



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

VIII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

УДК 159.9:61(063)

ББК 88.7я43

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. 22-23 ноября 2018 г. / Под ред. Ткаченко П.В. –Текстовое (сингольное) электронное издание (2,9 Мб). – Курск: КГМУ, 2018. – 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:

Запесоцкая Ирина Владимировна – и.о. зав. кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, доцент, д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Никишина Вера Борисовна – член-корреспондент Международной академии психологических наук, д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

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

Недуреева Татьяна Валерьевна – к.психол.н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Кузнецова Алеся Анатольевна – к.психол.н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ

Дата подписи к использованию: 5.11.18

Минимальные системные требования:

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

Adobe Flash Player 12 и выше.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ I

<i>Азина Е.Г., Сорокоумова С.Н., Вершинина Т.А.</i>	13
Развитие эмоциональной готовности старших дошкольников с задержкой психического развития к школьному обучению	
<i>Акбирова Р.Р., Сибгатуллина Л.Р.</i>	18
Особенности суеверного мышления лиц, страдающих невротическими расстройствами	
<i>Архипова И.В., Фирсова Т.А.</i>	25
Нейропсихологические особенности детей младшего школьного возраста в образовательной деятельности	
<i>Благов И.А., Молчанова Л.Н.</i>	31
Человек и интернет: здоровье и зависимость, методы профилактики	
<i>Блюм А.И., Лушникова Д.Д.</i>	37
Индивидуально-личностные особенности беременной женщины как фактор адаптации к роли матери	
<i>Брянцев А.О., Поляков Д.В., Конопля Е.Н.</i>	40
Современные способы взаимодействия педагога высшей школы – возможность профессионального саморазвития студента	
<i>Василенко Т.Д., Тинякова Е.В.</i>	46
Экзистенциальная исполненность больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	
<i>Веденьев К.Ю., Поляков Д.В., Конопля Е.Н.</i>	51
Организация практической подготовки будущих врачей через призму клинико-психологических приемов в образовательном процессе	
<i>Водопьянова Н.Е., Никифоров Г.С., Старченкова Е.С., Столярчук Е.А.</i>	55
Личностные ресурсы профессионального здоровья руководителей, находящихся на разных этапах профессионального пути: теоретико-методологические основы психологического сопровождения	
<i>Голосова А.В.</i>	62
Проявление стрессовых реакций у школьников в период подготовки и сдачи единого государственного экзамена	
<i>Горобец Т.Н.</i>	65
Современные социально-психологические стигмы будущих специалистов как основа психологической коррекции	

<i>Григорьева А.А., Афонина Ю.С.</i>	69
Характеристика подростков групп риска с аутоагрессивным поведением	
<i>Григорьева А.А., Афонина Ю.С.</i>	74
Индивидуально-психологические особенности подростков как группы риска самоповреждающего, суицидального поведения и употребления ПАВ	
<i>Гуреева И. Л., Терехина А. А.</i>	79
Нейропсихологические нарушения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	
<i>Денисов В.В., Кузнецова А.А.</i>	84
Пилотажное исследование феномена доверия при алкогольной зависимости	
<i>Дервянко Ю.П., Ерыгина И. А.</i>	89
Жизненные перспективы агрессивных подростков из неблагополучных семей	
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.</i>	95
Конфликтогенная среда: элементы изучения психологического статуса	
<i>Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н.</i>	98
Психологические особенности личностной структуры больных с соматической патологией и перспективы коррекции	
<i>Дудченко З. Ф., Родионова Е.А., Никифоров Г. С., Доминяк В.И.</i>	101
Ценностное отношение к здоровью и здоровому образу жизни у студентов на этапе профессиональной подготовки	
<i>Ельникова О.Е.</i>	108
Специфика восприятия сенсорного потока людьми с разным типом отношения к болезни	
<i>Богданова Г.Н.</i>	114
Источник смысла жизни у лиц с невротическим расстройством	
<i>Звягинцева Е.И., Силакова В.О., Шутеева Е.Ю.</i>	120
Хроническая ишемия мозга: патогенетические вопросы терапии	
<i>Земзюлина И.Н., Северинова А.В.</i>	126
Клинико-психологический анализ факторов психологического бесплодия в супружеской паре	
<i>Ильина В.В.</i>	133
Индивидуально-психологические особенности студентов, имеющих склонность и устойчивый паттерн интернет-зависимого поведения	
<i>Кайдалова Д.А., Кузнецова А.А.</i>	139
Пилотажное кросскультурное исследование эмоционально-ценностного отношения студентов-медиков к своей будущей профессии	

<i>Калинина Н.В.</i>	143
Основные направления совершенствования деятельности образовательных организаций в сфере профилактики интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков	
<i>Карнаухов В.А., Карнаухова В.В.</i>	150
Феномен здоровья человека в психологии	
<i>Кетова Н.А., Черникова С.И.</i>	156
Добровольческая деятельность, как способ проживания кризиса профессиональной идентичности студентов	
<i>Ковалёва О. Л., Египко Т.А.</i>	162
Стилевые особенности саморегуляции студентов с различной выраженностью коммуникативной компетентности	
<i>Ковалёва О.Л., Туранцева О.А.</i>	169
Особенности саморегуляции у девушек, склонных к различным формам пищевого поведения	
<i>Ковтун Ю.Ю., Грищенко А.А.</i>	173
Изучение субъектных качеств у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, с разным уровнем комплаентности	
<i>Ковтун Ю.Ю., Зубова К.О.</i>	179
Изучение комплаентности пациентов с разным уровнем саморегуляции	
<i>Козлова Е.М.</i>	184
Особенности проведения психологического исследования при диагностике болезни Альцгеймера	
<i>Кокоренко В.Л.</i>	189
Технологии работы с образом «я» в процессе психологического консультирования женщин	
<i>Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.</i>	194
Психологические аспекты больных ХОБЛ и бронхиальной астмой	
<i>Константинова Ю.О., Кузнецова А.А.</i>	196
Зависимость формирования синдрома профессионального выгорания от стажа работы педагога	
<i>Коростелева О.Е.</i>	203
Проблема дифференциальной диагностики суицидального поведения	
<i>Логачева Е.А., Шутеева Т.В.</i>	209
Когнитивно-эмоциональные нарушения у пациентов с хронической ишемией мозга: современный взгляд на проблему	

<i>Маль Г.С.</i>	206
Генетические маркеры в оценке эффективности здоровьесберегающих технологий	
<i>Маркин А.А., Егорова П.А.</i>	219
Психологические аспекты готовности курсантов к прохождению военной службы	
<i>Меренкова В.С.</i>	225
Особенности тормозных процессов детей школьного возраста с разным уровнем ВКЗ	
<i>Меркулова В.А.</i>	231
Мотивационный тренинг, направленный на формирование здоровьесберегающего поведения	
<i>Михайлова В.В.</i>	238
Клинический разбор пациента с обсессивно - компульсивным расстройством	
<i>Моренко И.М.</i>	242
Формирование основ здорового образа жизни ученика начальной школы	
<i>Мухина Т. Г., Егорова П. А.</i>	247
Приоритетные принципы построения модели психологического сопровождения инклюзивного образования дошкольников с ограниченными возможностями здоровья	
<i>Никитина Е.А., Ворошилова О.Л.</i>	254
Основные проблемы развития медиации в Курской области	
<i>Никифоров Г. С., Дудченко З. Ф.</i>	260
Здоровая личность в трудах отечественных психологов и психиатров (конец XIX — начало XX вв.)	
<i>Новикова С.Н., Лебедев И.Ю., Брынцева Н.М.</i>	267
Ранний период первичной туберкулезной инфекции как тонкая грань между здоровьем и болезнью	
<i>Олешкевич В.И.</i>	270
Проектирование развивающихся реабилитационных систем в психиатрической клинике	
<i>Очкасова Ю.А., Пастух И.А.</i>	277
Нейропсихологические особенности больных эндогенной депрессией	

<i>Пастух И.А., Голозубова К.Н.</i>	281
Особенности качества жизни и психологического благополучия больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в результате комплексных психотерапевтических мероприятий	
<i>Поповцев В.А.</i>	289
Индивидуально-психологические особенности лиц, страдающих полизависимостью	
<i>Прокофьева Ю.В., Лесная Н.П., Овчаренко А. М.</i>	295
Оценка психоэмоционального состояния родителей детей с врожденным пороком сердца	
<i>Прокофьева А.А., Булычев М.А., Молчанова Л.Н.</i>	301
Особенности взаимосвязи одиночества и склонности к Интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза	
<i>Пузиков В.Г.</i>	309
Психологические установки на болезнь с позиций транзактного анализа	
<i>Пчелкина Е.П., Швецова В.А.</i>	316
Психологические аспекты социальной реабилитации несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении	
<i>Разуваева Т.Н., Воротынцева Д.А.</i>	324
Особенности и коррекция эмоционально-волевой сферы лиц с ограниченными возможностями здоровья	
<i>Селина И.А., Толоконникова И.С.</i>	330
Клинико-психологические особенности личности людей, страдающих паническими расстройствами	
<i>Семакова Е.В., Машкова И.Ю.</i>	336
Основы нейропсихологической коррекции случая ребенка с аутистическим расстройством	
<i>Силакова В.О., Звягинцева Е.И., Шутеева Е.Ю.</i>	342
Функциональная астения у лиц молодого возраста	
<i>Скакуненко О.В.</i>	348
Социально-демографический профиль лиц, совершивших парасуицид в состоянии алкогольного опьянения	
<i>Скрипкина Н.В., Казакова Г.А.</i>	353
Медицинское сопровождение в системе социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	

<i>Солодухин А.В., Помешкина Е.Е., Серый А.В., Яницкий М.С., Барбараиш О.Л.</i>	359
Эффективность методов когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с внутренней картиной болезни пациентов с ИБС при подготовке к коронарному шунтированию	
<i>Сорокоумова С.Н., Мухина Д. Д.</i>	364
Содержание и формы психолого-педагогического сопровождения детей с овз в массовую общеобразовательную среду в контексте новых ФГОС	
<i>Старченкова Е.С.</i>	370
Роль проактивного совладающего поведения в сохранении профессионального здоровья специалистов социномических профессий	
<i>Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Яковлева В.И., Тайтелиева А.Б.</i>	377
Современная семья и плюсы психотерапии	
<i>Цуркин В.А.</i>	380
Нарушение эмоциональной привязанности к матери как один из факторов искажения границ образа тела	
<i>Чеканова А.В., Молчанова Л.Н.</i>	386
Особенности психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, в их отношениях с детьми (пилотажное исследование).	
<i>Швецова В. А.</i>	395
Уровень невротизации личности студентов-первокурсников	
<i>Шкуркова А. С., Блюм А. И.</i>	402
Взаимосвязь характера детско-родительских отношений и психологической готовности к материнству	
<i>Шумаков А.Ю.</i>	407
Современные подходы к измерению информативности цифровой образовательной среды	
<i>Шутеева Е.Ю., Силакова В.О., Звягинцева Е.И.</i>	413
Особенности эпидемиологии инсульта у лиц молодого возраста	
<i>Юдина Е.И.</i>	418
Совершенствование психологического здоровья учащихся в образовательном процессе	
<i>Яковлева А.В.</i>	422
Специфика работы психолога-консультанта в формате телефонного консультирования	

ЧАСТЬ II

<i>Абдулгалимова У.К.</i>	426
Особенности гностических функций у детей младшегошкольного возраста с умственной отсталостью	
<i>Алеева Л.А.</i>	428
Специфика прогностической компетентности младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата	
<i>Алпатова А.И., Алпатова М.П.</i>	435
Роль психолога в современном образовании	
<i>Антипова Д.А.</i>	439
Теоретический обзор стратегий формирования прогностической компетентности младших школьников	
<i>Ахкиямова А.И.</i>	447
Особенности коммуникативных навыков дошкольников с тяжелыми нарушениями речи	
<i>Блинова К.В.</i>	454
Исследование гностических функций при шизофрении: клинический случай	
<i>Блинова К.В., Коробкин Н.Э., Краснов В.С.</i>	459
Структура нарушенных гностических функций при шизофрении	
<i>Глотова А.П.</i>	469
Особенности внутренней картины болезни у подростков с аллергическими заболеваниями	
<i>Глотова И.В.</i>	467
Особенности психологического статуса у женщин нарушением репродуктивного здоровья	
<i>Григорьева И.А.</i>	470
Нейропсихологическое исследование гностических функций больного с алкогольной зависимостью: клинический случай	
<i>Гуреева А.В.</i>	475
Особенности психического выгорания преподавателей высшей школы (на примере преподавателей медицинского вуза)	
<i>Денисова И.В.</i>	483
Психологический стресс как проблема профессионального становления студентов медицинских вузов (на примере ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)	

<i>Затолокина Е.С.</i>	489
Особенности взаимосвязи коммуникативной толерантности и коммуникативных, организаторских способностей студентов фармацевтического факультета	
<i>Зозуля О.Я.</i>	497
Групповая мотивация как основа эффективности совместной деятельности в экстремальных условиях	
<i>Иванова Л. Р.</i>	502
Особенности диагностики моторной асимметрии у младших школьников с легкой степенью умственной отсталости	
<i>Ильина Н.С.</i>	504
Особенности личностных взаимоотношений подростков, склонных к суицидальному поведению с окружающими их людьми	
<i>Карпенко Т. М.</i>	508
Нейропсихологическое исследование гностических функций больного с наркотической зависимостью: клинический случай	
<i>Кизилова А.В.</i>	513
Особенности эмоциональной сферы подростков, склонных к суицидальному поведению	
<i>Колганова Ю.А.</i>	517
Уровень алекситимии пациентов кардиологического профиля	
<i>Колеватова А.С.</i>	520
Пилотажное исследование особенностей зрительного и оптико-пространственного гнозиса детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью	
<i>Константинова Ю.О.</i>	526
Особенности нарушений пищевого поведения в подростковом возрасте	
<i>Коробьина Ю.О.</i>	532
Способность к прогнозированию: история изучения	
<i>Краснов В.С., Коробкин Н.Э.</i>	539
Нейропсихологический статус при остром нарушении мозгового кровообращения лобно-теменной локализации: клинический случай афферентной моторной афазии	
<i>Кузминчук Д.Е, Перепечко В.В.</i>	545
Динамика восстановительного обучения локомоторных функций при ЧМТ в височной доле в ранний восстановительный период	

<i>Лазарева С.А.</i>	549
Психологическая готовность к состязательной деятельности у детей творческих коллективов	
<i>Литвинов Г.А.</i>	552
Нейропсихологическое исследование гностических функций у лиц с алкогольной зависимостью	
<i>Миронова О.М., Храмцова А.С.</i>	558
Особенности стрессоустойчивости у подростков с сахарным диабетом	
<i>Озерова И.Ю.</i>	563
Проявления тревожных и депрессивных расстройств у больных в пред- и послеоперационном периоде	
<i>Павилова Е.Ю.</i>	567
Феномен самостигматизации у пациентов с соматизированными расстройствами	
<i>Переверзева Е.Г.</i>	573
Особенности межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью в лёгкой степени как вариант сенсорной дезинтеграции	
<i>Протопопова М.А.</i>	579
Теоретико-методологический анализ проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств	
<i>Сивик О.А, Симочкина Ю.И.</i>	584
Особенности гностической сферы у пациентов, перенесших ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии	
<i>Сирош Д.С.</i>	587
Теоретико-методологический анализ понятия депрессивное расстройство	
<i>Суркова А.А.</i>	594
Онтогенетические механизмы временного восприятия у детей с различными особенностями межполушарного взаимодействия	
<i>Тимофеев М.Е.</i>	597
Особенности кинетического праксиса у слабослышащих младших школьников: клинический случай	
<i>Удалова Е.А.</i>	601
Особенности отношения к собственному телу в юношеском возрасте	
<i>Улейская М.В.</i>	607
Особенности привязанности к романтическому партнеру у женщин в период ранней взрослости и в зрелом возрасте	

<i>Хахутадзе Н.М.К.</i>	614
Гендерная идентичность в структуре квир-теории	
<i>Черкасова В.В.</i>	616
Влияние типа мышления на профессиональное самоопределение старшекласников	
<i>Чуйкова Ж. В.</i>	621
Особенности состояния проспективной памяти у больных параноидной шизофрени	
<i>Юндалова Т.А.</i>	624
Когнитивные нарушения у больных с алкогольными психозами в анамнезе	
<i>Яснюк М.Э.</i>	628
Развитие коммуникативных навыков у студентов, как профилактика зависимости от социальных сетей	

РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Азина Е.Г.¹, Сорокоумова С.Н.², Вершинина Т.А.³

¹Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 46», г. Набережные Челны, Россия

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва, Россия

³Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение Детский сад комбинированного вида № 84 «Серебряное копытце», г. Набережные Челны, Россия

Аннотация. Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с задержкой психического развития обуславливает своеобразие формирования их поведения и личностные особенности. Нарушение эмоционального развития затрудняют их отражательную деятельность и ограничивают возможности социальной адаптации, что особенно актуально при переходе этой категории дошкольников из детского сада в школу. Развитие эмоциональной сферы старших дошкольников с задержкой психического развития является одной из наиболее важных задач коррекционного обучения и воспитания. Хорошо сформированная эмоциональная устойчивость (отсутствие импульсивных реакций, способность длительное время выполнять не очень привлекательные задания, эмоциональный контроль за своим поведением, низкий уровень тревожности) может стать тем благоприятным фоном, на котором будет происходить развитие учебной деятельности ребенка.

Ключевые слова: задержка психического развития, старшие дошкольники, подготовка к школе, незрелость эмоционально-волевой сферы.

**DEVELOPMENT OF EMOTIONAL READINESS OF SENIOR
PRESCHOOL CHILDREN WITH DELAYS OF MENTAL DEVELOPMENT
TO SCHOOL TRAINING**

Azina E.G., Sorokoumova S.N., Vershinina T.A.

Abstract. The immaturity of the emotional-volitional sphere of children with mental retardation determines the peculiar formation of their behavior and personality characteristics. The disturbance of emotional development makes their reflective activity difficult and limits the possibilities of social adaptation, which is especially important when this category of preschoolers moves from kindergarten to school. The development of the emotional sphere of senior preschoolers with mental retardation is one of the most important tasks of remedial education and training. Well-formed emotional stability (lack of impulsive reactions, the ability to perform not very attractive tasks for a long time, emotional control over one's behavior, a low level of anxiety) can become the favorable background against which the development of a child's learning activity will take place.

Key words: mental retardation, older preschoolers, preparation for school, immaturity of the emotional-volitional sphere.

Как показывают современные исследования, эмоциональное развитие дошкольников с задержкой психического развития (ЗПР) отличается от нормы по многим параметрам, протекает в замедленном темпе и подчиняется не только общим, но и особым специфическим закономерностям. По уровню развития эмоционально-волевой сферы дети находятся на низкой ступени развития [1, 4]. Страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к «эмоционально-теплым» отношениям со сверстниками, могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми [2, 9, 10]. Поведение младших школьников с ЗПР характеризуется выраженной зависимостью функционирования моральных норм от внешнего контроля, их размытостью, видением окружающих сверстников как людей, способных в основном на аморальное поведение, становлением нравственности в сторону ее прагматичности [3]. У данной категории детей трудности «врастания» в культуру на этапе восприятия внешней информации; трудности установления ассоциативных связей; несформированность собственной позиции по отношению к миру «добра» и «зла» и проявлению ее в реальной жизни [6].

Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР обуславливает своеобразие формирования их поведения и личностные особенности. При этом, так же, как и в норме, эмоциональная сфера ребенка с ЗПР выполняет



важнейшие функции, связанные с отражением окружающего мира, с приспособлением его к постоянно изменяющимся условиям. Соответственно, нарушение эмоционального развития в той или иной мере, присущие всем детям с ЗПР, затрудняют их отражательную деятельность и ограничивают возможности социальной адаптации, что особенно актуально при переходе этой категории дошкольников из детского сада в стены школы. Поэтому развитие эмоциональной сферы старших дошкольников с ЗПР является одной из наиболее важных задач коррекционного обучения и воспитания [9, 10].

Когда мы рассматриваем подготовку к школе ребенка с ЗПР, традиционно все внимание обращаем на развитие его познавательных способностей. И очень редко, готовя особенного ребенка, думаем о том, как подготовить на уровне эмоций и чувств к тому, что ждет его в школе. Но хорошо сформированная эмоциональная устойчивость (отсутствие импульсивных реакций, способность длительное время выполнять не очень привлекательные задания, эмоциональный контроль за своим поведением, низкий уровень тревожности) может стать тем благоприятным фоном, на котором будет происходить развитие его учебной деятельности [5, 8].

В детском саду в старшей дошкольной группе, проводя наблюдение за детьми с ЗПР, мы заметили, что у них ярко выражена эмоциональная незрелость, проявляющаяся в эмоциональной импульсивности, конфликтности, чрезмерной обидчивости и раздражительности. Была проведена диагностика тревожности этой категории воспитанников (по методике А.М. Прихожан), которая показала, что повышенный уровень тревожности выявляется у 80% детей с ЗПР. Проявления тревожности (сильный тремор рук, невозможность дать ответ, слезы, отказ от ответа, снижение интереса к занятию) особенно обнаруживаются в ситуациях, когда занятия начинают строиться по типу школьного, например, выход «к доске». Заметив данную тенденцию, мы разработали алгоритм адаптации к школе детей с ЗПР на занятиях в детском саду. Незрелость эмоциональной сферы дошкольника с ЗПР позволяет говорить о специфической потребности ребенка рассматриваемой категории в эмоциональном воспитании.

Одним из главных условий проведения занятий являлось максимально доброжелательное отношение педагога к ребенку, а так же возможность тактильных контактов. Прикосновения и объятия любому ребенку дают ощущение безопасности и заботы, но в норме дети к 7 годам уже не нуждаются в тактильном подтверждении так сильно: им достаточно словестного «я рядом»,

«я с тобой». В случае с ребёнком с ЗПР есть явное несоответствие между биологическим возрастом и внутренним эмоциональным состоянием ребенка, поэтому ему все еще требуется тактильное подтверждение его значимости.

Второе условие – это создание ситуаций успеха. При наблюдении и сравнении детей ЗПР и детей с нормой развития было выявлено, что детей второй группы чаще хвалят и восхищаются ими, их родителям чаще сообщают об успехах. С детьми первой группы все несколько иначе: фокус внимания педагогов направлен не на успех, а на неудачу (*«У Вани, снова не получается рисовать дерево»*). На наших занятиях мы стали специально смещать акцент внимания педагогов и родителей на положительные моменты в поведении и обучении этих воспитанников (*«Сегодня у Вани получились отличные веточки»*). Наличие таких ситуаций успеха дают ребенку уверенность в себе на будущее.

Третье условие – это систематичность и последовательность наших мероприятий. Система для любого ребенка дает уверенность в будущем, а для ребенка с ЗПР это особенно важно. Для всех занятий с детьми с ЗПР были разработаны определенные ритуалы начала и окончания занятия, а так же выполнения определенных действий в процессе самого занятия.

Адаптационный комплекс упражнений мы проводили в течение всего учебного года, включая его в образовательный процесс детского сада. Первый этап это – беседы с куклой Машей. Мы разыгрывали сценки и игры школьной тематики. К нам в группу пришла кукла Маша, которая стала первоклассницей. Метаморфоза началась с того, что поменялась одежда, появился портфель, а затем настала очередь изменения поведения: Маша перестала играть с детьми, как делала раньше, а перешла на образовательные мероприятия. Маша рассказывала детям о школе, ее предназначении, показывала ее (мы использовали слайды и видеоэкскурсию).

Второй этап – включение школьной атрибутики в занятия. У нас появилась указка, и мы начали практиковать ответы у доски. Реакции детей весьма различны на эти действия – от удовольствия до сильного страха. Один из мальчиков справлялся с дрожью только в объятиях педагога. Это наиболее длительный этап, который включал в себя много нюансов и особенностей. Но важным элементом этих занятий являлась поддержка группы и педагога после ответа ребенка: педагог, обязательно хвалил за ответ, ведь что-то обязательно получилось, а дети хлопали. Этот этап может иметь множество вариаций

исполнения, зависит от уровня развития детей их особенностей, но главная его задача – получение одобрения в условиях, когда ребенок «как в школе».

Третий и заключительный этап – это окончание детского сада и переход в почти взрослую жизнь. Момент волнительный и радостный одновременно. На этом этапе дети получают положительную оценку своих усилий за целый год. Важное условие – присутствие родителей при этом процессе. Это сразу повышает ценность похвалы. Мы брали работы каждого ребенка с начала учебного года и сравнивали с аналогичными работами конца года, хвалили, отмечая, как многому он научился за год, как старался и т.д. Так же вручали каждому ребенку звания «Самый внимательный в группе», «Лучший рассказчик группы» и т.д. Кажется, что дети получали слишком много похвалы, но ребенка с ЗПР сложно перехвалять, потому что в повседневной жизни он получает больше критики от всего окружения.

Результаты проведенной психокоррекционной работы позволили подтвердить правильность выбранной нами стратегии: уровень тревожности старших дошкольников с ЗПР на этапе перехода в начальную школу был снижен на 30%. Эффективность данной методики обусловлена установлением устойчивого тактильного контакта и доверительных взаимоотношений с воспитанниками; богатым набором занимательных и потому привлекательных для детей заданий «от первоклассницы Маши»; постоянной акцентуацией положительных аспектов деятельности детей; максимальной направленностью на преодоление возможных негативных тенденций, сопутствующих эмоциональному развитию личности будущего ученика.

Список литературы

1. Азина Е.Г. Психолого-педагогическое сопровождение эмоционально-нравственной сферы младших школьников с задержкой психического развития / Е.Г. Азина, С.Н. Сорокоумова // Научная инициатива в психологии: Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых / Под ред. Ткаченко П.В. - Курск: КГМУ, 2018. – С. 8-15.
2. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студентов педвузов / Н.Ю. Борякова. – М.: АСТ; Астель, 2008. – 222 с.

3. Винникова Е.А. О психологических механизмах становления морального поведения у детей с задержкой психического развития / Е.А. Винникова, Е.С. Слепович // Дефектология. – 1999. – №1. – С. 18 – 24.
4. Дмитриева Е.Е., Сорокоумова С.Н. Психолого-педагогические проблемы инклюзивного образования старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья // Приволжский научный журнал. – 2012. – № 4 (24). – С. 255-258.
5. Князева Т.Н. Психологическая готовность как критерий возможной интеграции ребенка с проблемным развитием в общеобразовательную среду // Вестник Мининского университета. – 2014. – №3
6. Медведева Е.А. Изучение особенностей социокультурного становления личности ребенка с задержкой психического развития средствами искусства // Дефектология. – 2007. – №3 – С. 49 – 54.
7. Прихожан А.М. Проективная методика для диагностики школьной тревожности / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. – С.47-60.
8. Пядышева Т.Г. Формирование интеллектуально-эмоциональной готовности детей с задержкой психического развития к школьному обучению в условиях дошкольной образовательной среды // Социально-экономические явления и процессы. – 2011. – №1-2.
9. Сорокоумова С.Н. Изучение эмпатии у старших дошкольников в условиях инклюзивного обучения // Вестник Московского государственного областного университета. 2011. – № 2. – С. 138-144.
10. Сорокоумова С.Н. Организация психологической помощи дошкольникам в инклюзивном образовании // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. 2011. – Т. 13. – № 2-5. С. – 1172-1177.

ОСОБЕННОСТИ СУЕВЕРНОГО МЫШЛЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Акбирова Р.Р.¹, Сибгатуллина Л.Р.²

**¹Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Казань, Россия**

**²Казанское высшее танковое командное училище (КВТКУ),
Казань, Россия**

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

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

SUPERSTITIOUSNESS OF THE PATIENTS SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDERS

Akbirova R. R.¹, Sibgatullina L. R.²

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

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

Исследования социологов, проводимые в последние десятилетия, указывают на то, что значительная часть населения России верит в

паранормальные явления, соблюдают различные ритуалы, обращаются за помощью к колдунам, предсказателям, экстрасенсам. Следует отметить, что данные явления достаточно распространены как среди здоровых людей, так и больных с невротическими расстройствами [4].

Исследованием суеверности и суеверий занимаются такие ученые как Н.Н. Измоденова, Ю.В. Саенко, М.Ю. Строгальщикова и др. [2, 4, 6]

Н.Н. Измоденова указывает на то, что суеверия относятся к социальным представлениям или к формам коллективного сознания, которые формируются в процессе совместной жизнедеятельности людей. Суеверия понимаются ею как предрассудки, представляющие собой веру в какие-либо потусторонние силы, содержащие допущение, часто неосознанное, что от этих сил можно найти защиту или достигнуть с ними приемлемого для человека компромисса. По мнению автора, суеверия как правило, проявляют себя на поведенческом уровне в редуцированных обрядовых формах: использовании талисманов, татуировке, магических жестах и пр. [2] Также к суевериям относится вера в приметы, когда определенным событиям приписывается прогностическое значение.

По мнению Ю.В. Саенко, в основе суеверий лежат разнообразные иррациональные страхи. Следуя приметам, человек стремится защитить свое самосознание и эмоциональную сферу от вторжения тревоги и страха. По результатам исследования, проведенного Ю.В. Саенко на студенческой выборке, суеверность связана с такими характеристиками личности как тревожность и экстернальный локус контроля. Чем более тревожен человек, чем более выражено у него стремление относить причины своих успехов и неудач к внешним влияниям, тем более он суеверен. По мнению Ю.В. Саенко, суеверность – одна из форм, которую может принимать тревожность, на ряду с невротическими симптомами и религиозностью [5].

В своих работах В.Д. Менделевич описывает черты дизгармоничного характера, которые не позволяют эффективно адаптироваться к жизни в социуме и успешно самореализовываться. Среди таких дизгармоничных черт характера ключевыми являются нездравомыслие, иррациональность, в основе которых лежит суеверность. Описывая личность «потенциального невротика» В.Д. Менделевич обращает внимание на его ригидность, прогностическую несостоятельность. Одной из главных причин неспособности прогнозировать последствия своего поведения и возможные негативные события в будущем выступают закрепленные в процессе семейного воспитания и усваиваемые

через культурные единицы (пословицы, поговорки, приметы и т.д.) психологические стереотипы – запреты на прогнозирование отрицательного исхода событий [3].

Учитывая вышесказанное, мы поставили перед собой цель исследовать некоторые психологические особенности больных с невротическими и депрессивными расстройствами. Мы сосредоточили свое внимание на таких психологических особенностях как суеверность и вера в паранормальное.

Для выявления выраженности суеверности и веры в паранормальное нами были использованы «Шкала веры в паранормальное» Дж. Тобасика [1] и авторский опросник суеверности И.Р. Абитова. «Шкала веры в паранормальное» Дж. Тобасика содержит 26 вопросов и состоит из семи субшкал: традиционная религиозная вера, пси-способности, колдовство, суеверия, спиритизм, экстраординарные формы жизни и предсказания. Для диагностики выраженности суеверности мы использовали авторский опросник И.Р. Абитова, включающий в себя 30 утверждений, касающихся поведения испытуемых, выполнения ими действий, предписываемых приметами, разделения ими верований, принятых в современном российском обществе.

Также нами были проведены эксперименты, направленные на выявление особенностей поведения здоровых испытуемых и испытуемых, страдающих невротическим расстройством в ситуациях стресса и неопределенности, и эксперимент на выявление отношения испытуемых к астрологическим прогнозам.

Эксперимент №1 был направлен на выявление склонности испытуемых при решении проблем обращаться к магическим силам и предметам. Инструкция к эксперименту №1 предъявлялась в следующем виде: «Представьте себе, что существует предмет, заряженный сильным экстрасенсом, который может помочь решить любые жизненные проблемы. Сколько Вы готовы за него заплатить (в рублях)?». Таким образом, испытуемым предлагалось назвать точную сумму, которую они были бы согласны заплатить и тем самым решить имеющиеся у них проблемы.

Эксперимент №2 был направлен на выявление склонности испытуемых к избеганию неудач (неприятностей), возникающих в результате отрицательного действия магических сил (наведение порчи). Инструкция к эксперименту №2: «Представьте себе, что Вам известно, что некто нанял сильного мага (экстрасенса), чтобы навести на Вас порчу. Сколько Вы готовы ему заплатить, чтобы он этого не делал (в рублях)?». Испытуемым так же, как и в предыдущем

эксперименте требовалось назвать конкретную сумму, которая бы предотвратила негативные последствия действия магических сил.

Эксперимент №3 включал в себя астрологические прогнозы: «неблагоприятный», «благоприятный» и «нейтральный». Данные прогнозы были составлены нами с использованием общих фраз, клише, взятых из популярных астрологических прогнозов. Далее эти прогнозы предъявлялись испытуемым как индивидуально составленные разными астрологами по их дате рождения. Испытуемым предлагалось оценить вероятность подтверждения прогнозов по 5-ти бальной шкале (0 – не подтвердится, 5 – точно подтвердится). По окончании эксперимента его участники получали объяснение того, что прогнозы были выдуманы и не имеют к ним никакого отношения

В качестве испытуемых выступили 50 пациентов, проходивших лечение по поводу невротических расстройств в отделении психотерапии городской клинической больницы №18 г. Казани (12 испытуемых – мужчины, 38 – женщины). Для проверки нашей гипотезы исследование также проводилось в группе здоровых испытуемых, включающей в себя также 50 человек, не имеющих в анамнезе невротических расстройств и не обращавшихся ранее за психотерапевтической помощью (12 испытуемых – мужчины, 38 – женщины). Возраст испытуемых в обеих группах варьировал от 25 до 55 лет.

Для выявления различий между исследуемыми группами использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, для выявления взаимосвязей между различными показателями был использован коэффициент корреляции Спирмена.

При использовании критерия Манна-Уитни для независимых выборок были обнаружены различия между исследуемыми группами. У лиц, страдающих невротическими расстройствами наблюдаются более высокие показатели по шкалам веры в пси-способности ($U=927,5$; $p \leq 0,026$) и суеверия ($U=755,0$; $p \leq 0,001$) опросника Дж. Тобасика, чем в группе здоровых испытуемых. Также в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами выявлены более высокие значения показателя суеверности по опроснику И.Р. Абитова, чем в группе здоровых испытуемых ($U=943,0$; $p \leq 0,034$).

Результаты эксперимента показали, что больные с невротическими расстройствами более склонны верить в благоприятные прогнозы, чем здоровые испытуемые ($U=872,5$; $p \leq 0,007$). Так, больные демонстрируют неспособность прогнозировать возможные негативные последствия в будущем,

а это, в свою очередь, затрудняет процесс прогнозирования и возможность корректирования своего поведения для выхода из трудных, непредвиденных жизненных ситуаций. Такая прогностическая несостоятельность не позволяет эффективно адаптироваться к жизни в социуме, повышает уровень тревожности, депрессии и беспокойства, что, возможно, и приводит к развитию у них невротических расстройств.

Больные с невротическими расстройствами в большей степени, чем здоровые верят в приметы и используют их в своей жизни. Они в большей степени, чем здоровые склонны верить в возможность «мысленного» влияния на окружающую действительность и в возможность избежать неприятных для себя последствий при помощи выполнения ритуальных действий.

Для выявления взаимосвязей между исследуемыми показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

В обеих исследуемых группах обнаруживаются значимые прямые взаимосвязи между результатами экспериментов №1 и 2. То есть, и здоровые испытуемые, и испытуемые с невротическими расстройствами, готовы заплатить большие деньги за обладание некоторым артефактом, способным решить все их проблемы, одновременно с этим готовы заплатить крупную сумму за избегание негативного воздействия магических сил. И, наоборот, те испытуемые, которые не были готовы платить за приобретение магического предмета, который решил бы все их проблемы, не готовы платить и магам (колдунам), которые избавили бы их от порчи. Можно предположить, что в данном эксперименте есть дополнительная переменная (не измеряемая нами) – тревожность. Высокий уровень тревожности испытуемых, вероятно, определяет высокую степень их веры, что проявляется в готовности испытуемых «откупиться», чтобы получить выгоду и избежать трудности.

В группе здоровых испытуемых выявляются прямые значимые взаимосвязи показателей экспериментов №1 и №2 (в денежном эквиваленте) с показателем суеверности по методике Дж. Тобасика ($r=0,29$; $p \leq 0,05$ и $r=0,34$; $p \leq 0,05$ соответственно), тогда как в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, данные связи статистически незначимы. Чем более суеверными являются здоровые испытуемые, тем большую сумму денег они готовы заплатить за обладание некоторым артефактом, способным решить все их проблемы (за получение некоторой выгоды) и за избегание негативного воздействия магических сил (избежать трудности). Мы предполагаем, что у здоровых испытуемых подобное поведение связано с мировоззрением

(рациональность/иррациональность), тогда как у лиц, страдающих невротическими расстройствами, данное поведение не зависит от степени их суеверности, а является одним из способов избавиться от тревоги.

В группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, выявляются прямые значимые взаимосвязи показателя эксперимента №2 (денежная сумма) с показателями веры в неблагоприятный ($r=0,30$; $p\leq 0,05$) и благоприятный ($r=0,49$; $p\leq 0,01$) прогнозы. Также в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, наблюдаются статистически значимые прямые взаимосвязи показателя эксперимента №1 с показателем веры в нейтральный прогноз ($r=0,32$; $p\leq 0,05$). В группе здоровых испытуемых подобные связи не выявляются. На наш взгляд, данная взаимосвязь отражает склонность лиц, страдающих невротическими расстройствами, воспринимать информацию с разных каналов с низкой критикой, находить себе объекты веры, их доверчивость, высокую чувствительность к возможным стрессам. При этом, они не дифференцируют прогнозы, признавая и благоприятный, и неблагоприятный прогнозы в одинаковой степени высоковероятными. Для лиц, страдающих невротическими расстройствами, важно будущее, они чувствительны к тому, что с ними может случиться, поэтому готовы вкладывать ресурсы, чтобы случилось какое-то событие (благоприятный исход) или не случилось (неблагоприятный). Это усиливает тревожность.

Таким образом, у испытуемых, страдающих невротическими расстройствами, более выражена вера в сверхъестественные способности (пси-способности), такие как телекинез, левитация, а также вера в приметы и склонность соблюдать их. Люди, страдающие невротическими расстройствами, в большей степени склонны, чем здоровые испытуемые, отдавать предпочтение благоприятным прогнозам, быть необоснованно оптимистичными по отношению к реальной действительности

Лица с невротическими расстройствами обладают повышенной восприимчивостью к информации, поступающей в том числе из ненадежных источников, пониженной критичностью и готовы платить, чтобы обезопасить себя, снизить уровень тревожности.

Список литературы

1. Григорьев Д.С. Адаптация и валидизация шкалы веры в паранормальное Дж. Тобасика // Социальная психология и общество. 2015.Т. 6. №2. С. 132 – 145.

2. Измоденова Н.Н. Суеверия как способ жизнедеятельности образованных групп населения // Труды Кольского научного центра РАН. 2013. № 6 (19). С. 20—35.
3. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. – Казань: Медицина, 2011.
4. Шестопалова Л.Ф., Никишина В.Б., Недуруева Т.В., Петраш Е.А. Социальный капитал как фактор мотивации поведения студентов в отношении собственного здоровья // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2014. № 3. С. 87-93.
5. Саенко Ю.В. Психологические аспекты изучения суеверий // Вопросы психологии. 2006. №6. С. 85—97.
6. Строгальщикова М.Ю. Социально-психологические особенности феномена суеверия. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.05 – социальная психология, Москва, 2012, 23 с.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Архипова И.В., Фирсова Т.А.

Самарский государственный социально-педагогический
университет,
г. Самара, Россия

Статья подготовлена в рамках гранта «Социальная адаптация детей младшего школьного возраста с особенностями в развитии» (№ 18-013-00083), поддержанного РФФИ (Российским Фондом Фундаментальных Исследований)

Аннотация. В статье представлены особенности процесса социализации младшего школьника в учебно-воспитательной деятельности и определена важность системы микросоциальных отношений «учитель-ребенок». Раскрыта значимость нейропсихологической работы с младшими школьниками, необходимой для деятельности специалистов образовательного учреждения. Описаны результаты эмпирического исследования, которое выявило

повышение уровня отдельных нейропсихологических показателей первоклассников в процессе комплексной полугодовой коррекционной работы.

Ключевые слова: дети младшего школьного возраста, нейропсихологические особенности, психология образования, образовательный процесс, школьные трудности адаптации.

NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE IN EDUCATIONAL ACTIVITY

Arkhipova I.V., Phirsova T.A.

Abstract. The article presents the features of the process of socialization of the younger schoolchild in educational activities and the importance of the system of micro-social relations "teacher-child". The importance of neuropsychological work with younger students, necessary for the activities of specialists of an educational institution, is revealed. The results of an empirical study that revealed an increase in the level of individual neuropsychological indicators of first-graders in the process of comprehensive semi-annual remedial work are described.

Keywords: children of primary school age, neuropsychological features, psychology of education, educational process, school difficulties of adaptation.

В настоящее время модернизация и реформирование общественных процессов оказывают непосредственное влияние на сферу образования, что прослеживается в ее направленности на изменение уровня владения детьми навыками общения в процессе их социализации на различных возрастных этапах, формирование прочных и разносторонних убеждений, ответственности и самостоятельности, развитие устойчивой морально-нравственной позиции. При этом достижение намеченных образовательных целей и задач в развитии ребенка школа и учителя не смогут осуществить без участия и поддержки родителей и семьи в целом. Процесс обучения, во многом определяясь индивидуальными показателями, совершается и происходит в общении с учителем, одноклассниками и очень зависит от атмосферы сотрудничества, взаимопомощи и поддержки, осуществляемой в семье.

В современной психологии образование рассматривается как процесс трансформации внешних условий влияния на ребенка в его внутренние психические процессы, свойства и состояния. В структуру этой деятельности



входят побуждающие ее мотивы, действия и процессы, которые подчиняются сознательной цели, операции, зависящие от внешних условий, в которых деятельность совершается. Психические процессы, стимулируемые учением, реализуют те способы и средства, которые передает обучение либо в форме действия, либо во внешней речи. Передача и освоение этих внешних способов порой очень сложны для ребенка, и происходят они в процессе плотного взаимодействия субъектов образовательной деятельности [1].

Учитель создает необходимые условия для успешного протекания обучения детей и тем, что он отбирает в соответствии с поставленными целями его содержание, и тем, что вводит в действие разнообразные методы, при помощи которых содержание становится доступным, глубоко интересным, необходимым для учащихся. Обучающий педагог не только организует процесс учения, но и всю его длинную цепь отдельных учебных и личностных действий он приводит во взаимосвязанную систему. Для этого педагогу необходимо учитывать все психологические процессы, которые лежат в основе познавательной деятельности учащихся [2].

Важнейшим показателем продуктивности и результативности процесса учения является сформированность познавательной активности и самостоятельности учащихся. Этот вопрос стоит в центре многих исследований, которые доказывали, что познавательная активность и самостоятельность учащихся – есть основной фактор эффективного учения и становления творческой личности в широком плане, выражения ее внутреннего мира, ее непрерывного духовного роста. В современной психологии активность рассматривается как подготовительная ступень познавательной самостоятельности [3].

Характеристика нейропсихологических и психофизиологических особенностей, возможностей детей в различные периоды развития имеет свои особенности и значение. Особенно важно отметить изменения в коре больших полушарий у ребенка в период поступления в школу, определяющие функциональные возможности при адаптации ребенка к учебной деятельности. Когнитивная и личностная готовность к систематическому обучению в школе, в значительной мере зависящая от индивидуальной морфофункциональной зрелости организма ребенка, и прежде всего, его центральной нервной системы, отражает его способность выдерживать новый объем интеллектуальных и эмоциональных нагрузок, обеспечивать их распределение. Заметим, что в значительной мере особенности деятельности мозга зависят от степени

морфофункциональной зрелости и тесно связанных между собой двух его основных структурных образований: коры больших полушарий и подкорковых структур. На уровне подкорки расположены структуры, управляющие эмоциями и потребностями, также через нее проходит и частично перерабатывается информация из внешнего мира. На подкорковом уровне находятся структуры, изменяющие активность клеток коры больших полушарий. Одни из них обладают тормозящим воздействием, с ними связано наступление расслабления, отдыха и сна. Другие, к которым относится так называемая сетчатая формация, получая сигналы от всех органов чувств, активируют кору больших полушарий, участвуя в организации тонуса, необходимого для произвольных познавательных процессов [4]. Таким образом, зрелые подкорково-корковые связи обеспечивают оптимальные процессы, необходимые для реализации познавательной активности в учебной деятельности школьников.

С ростом и развитием ребенка его взаимодействие с внешней средой в различных социальных группах, по мнению Ю.В. Микадзе, на каждом возрастном этапе не только изменяется и перестраивается, но становится сложнее и интенсивнее, под их воздействием, соответственно, развивается и совершенствуется мозговая структурно-функциональная организация ребенка. Для ребенка 6-7-летнего возраста характерны проявления генерализованных нейропсихологических и физиологических реакций, то есть в ответ на внешние воздействия организм реагирует активацией самых разнообразных внутренних систем. Данный способ реагирования ребёнка на внешние стимулы позволяет правильно распределять энергетические ресурсы между системами, при необходимости экономить их, поэтому может обеспечивать нормальное функционирование различных действий в течение длительного времени [5]. Однако Д.А. Фарбер отмечает отсутствие в системе организма младшего школьника сформированных функциональных возможностей для длительного поддержания разнообразных устойчивых состояний, необходимых для разных видов деятельности, что проявляется в быстром утомлении ребёнка при физических и умственных нагрузках [6].

В период младшего школьного возраста под воздействием обучения происходят интенсивные качественные преобразования мозговых функций ребенка, так как на этом этапе развития нервные элементы единой системы еще достаточно пластичны. С этой точки зрения данный этап развития, связанный с качественными изменениями нейропсихологических механизмов восприятия,



важно рассматривать как особо чувствительный в целенаправленном развитии познавательных функций [7]. Вместе с тем, в младшем школьном возрасте восприятие характеризуется рядом особенностей, которые нельзя не учитывать в педагогическом процессе. Прежде всего, это затруднения, возникающие у детей в произвольной регуляции восприятия, в умении управлять различными свойствами данного процесса в ситуации решения учебных задач. Кроме того, дети часто испытывают трудности в выделении наиболее существенных признаков поступающей информации, а это влияет на самостоятельное выполнение заданий и инструкций учителя. В данном возрасте в восприятии информации еще не в полной мере участвуют высшие корковые формации – лобные отделы коры, которые и осуществляют заключительные этапы в принятии решения и оценке значимости стимула. Ещё одной важной составляющей восприятия в младшем школьном возрасте являются эмоциональные характеристики стимула. Выявлено, что вызванные ответные реакции детей на ярко эмоциональные стимулы в 1,5-2 раза превышают их ответы на эмоционально нейтральные объекты. Другими словами, важно, чтобы предъявляемый материал и его объяснение были достаточно интересными для ребенка [6, 8].

В процессе эмпирического исследования нейропсихологических особенностей младших школьников образовательных учреждений г.о. Самара были выявлены наиболее часто возникающие школьные трудности первоклассников, связанные с энергетическим потенциалом организма (48%), зрительно-пространственными представлениями (47%), статическими процессами (41%), межполушарным взаимодействием (40%), слухоречевой памятью (40%) и функцией программирования, регуляции и контроля (37%).

В соответствии с выявленными особенностями школьников нами были составлены с учетом индивидуального нейропсихологического статуса ребенка коррекционные программы занятий, которые реализовывались с мая по октябрь 2018 года на базе ЦДН «Счастливые детки» (с частотностью 1-3 раза в неделю). Кроме того, учителям и родителям предлагались рекомендации для осуществления единообразной поддержки ребенка с их стороны в условиях повседневного учебно-воспитательного процесса.

На организационном этапе исследования было замечено, что 57% родителей и 85% учителей не готовы к выполнению даже рекомендаций, не говоря уже о непосредственном участии в коррекционном процессе. Наиболее сложным для них оказалось изменение собственного отношения к ребенку и

собственного стереотипа поведения в ситуации педагогических воздействий на него. Однако 43% родителей и, соответственно, 15% учителей в той или иной степени включились в совместную с психологами коррекционную работу, что позволило получить следующие положительные результаты.

Полученные по результатам коррекционной работы нейропсихологические показатели младших школьников отражают положительную динамику их развития. В целом по выборке детей, участвующих в коррекционном процессе, наблюдается уменьшение трудностей (то есть снижение первоначальных значений) в среднем на 25%. Так, наиболее показательно повысился уровень зрительно-пространственных представлений школьников, что отражается в наличии устойчивых трудностей в этой сфере лишь у 17% детей (по сравнению с 47% исходных). Кроме того, тенденция улучшения значений на 20-23% выявлена по показателям слухоречевой памяти и в сфере статических процессов школьников. В параметре энергетического потенциала и в достаточной степени зависящей от него функции программирования, регуляции и контроля отмечается менее заметная положительная динамика (на 10-15%), что связано, на наш взгляд, с необходимостью изменения системы интеллектуальной и эмоциональной нагрузки (режима дня) в условиях реального учебно-воспитательного процесса, что осуществить учителям и родителям зачастую достаточно проблематично.

Результаты исследования показали, что, понимая суть первичного дефицита в структуре мозговой организации ребенка, лежащего в основе школьных трудностей, и в игровой деятельности, с учетом сильных сторон развития ребенка организуя нейропсихологическую коррекцию, возможно более эффективным путем компенсировать сложности развития и тем самым не допустить их усугубления в дальнейшей учебной деятельности ребенка.

Таким образом, использование в деятельности специалистов образовательных учреждений нейропсихологического подхода, признанного наиболее перспективным на современном этапе развития общества, является, с нашей точки зрения, актуальным и необходимым фактором эффективной работы по преодолению школьных трудностей на начальном этапе обучения. Для этого необходимо обучать учителей и родителей основам нейропсихологического метода, искать возможности применения и внедрения нейропсихологического знания в учебно-воспитательный процесс, что, несомненно, успешно объединит усилия семьи и школы в обеспечении сохранения психологического здоровья будущего поколения.

Список литературы

1. Фридман, Л.М. Психолого-педагогические проблемы начального образования: Пособие для учителей и руководителей школ / Л.М. Фридман. – Новгород: Изд-во НРЦРО 1995. – 46 с.
2. Эльконин, Д.Б. Психология обучения младшего школьника / Д.Б. Эльконин. – М.: Просвещение, 2008. – 325 с.
3. Битянова, М.Р. Работа психолога в начальной школе / М.Р. Битянова. – М.: Совершенство, 1998. – 352 с.
4. Безруких, М.М. Возрастная физиология / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – М., Академия, 2009. – 416 с.
5. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие / Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.
6. Фарбер, Д.А. Физиология школьника / Д.А. Фарбер, И.А. Корниенко, В.Д. Сонькин. – М.: Педагогика, 1990. – 64 с.
7. Белоусова, М.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учебно-методическое пособие / М.В. Белоусова, В.А. Меркулова, И.Ю. Гаврикова. – Казань, 2015. – 100 с.
8. Адаптация ребёнка в школе: диагностика, коррекция, педагогическая поддержка: Сб. метод. мат. для админ., педагогов и шк. психол. / М.Р. Битянова. – М.: Образоват. центр «Педагогический поиск», 1997. – 112 с.

ЧЕЛОВЕК И ИНТЕРНЕТ: ЗДОРОВЬЕ И ЗАВИСИМОСТЬ, МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Благов И.А., Молчанова Л.Н.

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

Аннотация. Статья посвящена актуальной теме взаимодействия человека и интернета. В статье представлен контент-анализ статей на тему интернет-зависимости. Проведена грань между зависимостью и здоровым

использованием интернета. Предложены стратегии поведения родителей по профилактике интернет-зависимости.

Ключевые слова: интернет-зависимость, киберпространство, социальный интеллект, социально-психологическая дезадаптация, цифровая компетентность, профилактика.

PERSON AND INTERNET: PHENOMENOLOGY, PROBLEM, HEALTH AND DEPENDENCE, PREVENTION METHODS

Blagov I.A., Molchanova L.N.

Abstract. Article is devoted to a hot topic of interaction of the person and the Internet. The content analysis of articles on Internet dependence is presented in article. A distinction between dependence and healthy use of the Internet is drawn. The strategy of behavior of parents on prevention of Internet dependence are offered.

Keywords: Internet dependence, cyberspace, social intelligence, social and psychological disadaptation, digital competence, prevention.

Интернет становится неотъемлемой составляющей жизни каждого современного человека. Интернет позволяет не только получать всю необходимую информацию о работе, способах достижения той или иной цели, но и местом общения и обучения. Рассматривать интернет-зависимость как в первую очередь нечто опасное уже не актуально. Например, интернет-платформы могут быть не менее полезными и более мобильными, в отличие от реальных встреч.

Понятие «интернет-зависимость» мы начинаем встречать в научной литературе с 1985 года [1]. Интересно заметить, что, сколько бы ни говорили о данном явлении как о зависимости, на сегодняшний день она не внесена ни в МКБ, ни в DSM. Поэтому мы рассматриваем данную проблему как психолого-педагогическую. Но стоит отметить, что на формирование интернет-зависимости оказывают влияние и медико-биологические факторы, среди которых: межполушарная асимметрия, повышенная нервно-психическая истощаемость, особенности строения ЦНС [1], а также мы выделяем психологические факторы: чувство одиночества, застенчивость, эмоциональная напряжённость, и факторы социальные: внутрисемейные

конфликты, недостаток общения со сверстниками, проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом.

Многие исследования говорят о коморбидности интернет-зависимости с другими психическими расстройствами, такими как депрессии и обсессивно-компульсивные [1; 4]. Обнаружен высокий риск возникновения зависимости от психоактивных веществ [4].

Тем не менее, мы отмечаем, что в современной среде возникает всё чаще необходимость пользоваться интернетом при общении в социуме, в ходе обучения в школе и университетах, в работе.

Обозначить грань между интернет-зависимостью и нормальным, социально эффективным использованием интернетом нам может помочь следующий взгляд. Разрешить эту проблема предлагает Р. Дэвис, определяя нормальное использование интернета следующим образом: здоровые пользователи Интернета имеют строгую цель и тратят на ее реализацию разумное и ограниченное количество времени, не испытывая при этом психологического или когнитивного дискомфорта; они в состоянии отграничить общение онлайн от живого общения [7]. То есть, интернет в целом для них является инструментом. Такой взгляд позволяет не только абстрагироваться от его использования, не делая его единственным пространством для социальной жизни, но и прагматически использовать его как инструмент в реальной повседневной жизни.

Проанализировав ряд статей, мы приходим к выводу, что цифровое пространство имеет свои привлекательные особенности [1; 2; 6]:

1) наличие собственного мира, который каждый из нас формирует при помощи абстрактного мышления в «своей голове»; особенно актуально для подростков, которые очень хотят стать уникальными и независимыми, но не имеют на то пока что достаточно возможностей вне интернета;

2) что бы ты ни делал, вас разделяет экран, и в этой безопасности риски при общении самые минимальные;

3) качество техники, компьютеров и телефонов, позволяет человеку испытывать чувство полного присутствия, полной реалистичности;

4) кроме того, если это в компьютерной игре, есть возможность исправить любую ошибку путём многократных повторений, принимая при этом самостоятельные решения.

Необходимо также отметить, что чем дольше человек использует интернет-ресурсы не как инструмент, а как приоритетный вид реальности и

единственное пространство социальной жизни в ущерб реальному взаимодействию, тем более выраженные нарушения социально-психологической адаптации мы может диагностировать. То есть, интернет-зависимость есть и причина, и следствие нарушения психологического и социального здоровья человека.

Например, исследования выявили особые проблемные аспекты у подростков с интернет-зависимостью [1;3; 6]: тенденция обесценивать общение, даже саму потребность в нём; ради избегания конфликтов отсутствие эмоциональной привязанности к собеседнику; общение ради выгоды, манипуляции; неадекватность реакций в общении и неискренность; низкая мотивация прилагать усилия для улучшения коммуникации.

Таким образом, мы наблюдаем насколько простым и искажённым становится взгляд человека с интернет-аддикцией на социальную жизнь.

Далее приведен следующий ряд факторов, которые мы выделили, проанализировав исследования, посвящённые интернет-зависимости. Это особенности не только коммуникации, но признаки человека с интернет-зависимостью: низкая самооценка; проблем и ответственности; склонность к лжи; нарушение межличностной коммуникации; фрустрированные потребности; стремление к анонимности и независимости.

Исследования показывают, что в подростковом возрасте интернет-зависимость особенно опасна, так как препятствует решению основных задач развития в подростковом возрасте. Данные показывают, что социальный интеллект достоверно находится на более низком уровне у подростков с высокой интернет-зависимостью от социальных сетей, в сравнении со сверстниками с низкой интернет-зависимостью [2; 4].

Рассматривая интернет-зависимость как психолого-педагогическую проблему, мы обращаем внимание на ряд особенностей.

Также мы вынуждены признать, что двоякое отношение специалистов к активному пользованию интернетом не позволяет выработать однозначные способы разграничения зависимости и инструментального, социально эффективного способа пользования интернетом. Компьютерные сети являются на сегодняшний день крайне распространённым явлением, а потому требуют соответствующей компетенции в пользовании такими технологиями. Необходимо формирование так называемой цифровой компетенции.

Говоря о том, что наибольшая ответственность в вопросе обеспечения безопасности детей в интернете лежит на их родителях, мы говорим о цифровой

компетенции в первую очередь для них. Родители должны быть информированы о том, какие последствия могут быть при некомпетентном использовании интернета. Специалисты делятся практическими рекомендациями для родителей, которые способствуют формированию цифровой компетенции

Отмечаем, что грань между инструментальным использованием интернета и зависимостью на наш взгляд находится там, где интернет становится преградой социально-психологической адаптации. Учитывая наличие социальных сетей в интернете, некоторое время в сети может быть даже на пользу социальной адаптации (обсудить домашнее задание, встречу и т.д.). Но это не должно занимать приоритетную, центральную часть социальной жизни.

Мы сформулировали стратегию поведения для родителей, которые желают помочь своим детям безопасно для собственного психологического и социального здоровья пользоваться интернетом:

1. Демонстрировать личный положительный пример. Важно, чтобы слова не расходились с делом. И если отец разрешает сыну играть за компьютером не более часа в день, то и сам он не должен играть по три-четыре часа.

2. Ограничить время работы с компьютером, объяснив, что важно делать не только перерывы на 10-15 минут каждые 40-50 минут, но и гимнастику для глаз, спины и шеи.

3. Предложить другие возможности времяпровождения. Можно составить список дел, которыми можно заняться в свободное время. Желательно, чтобы в списке были совместные занятия (походы в кино, на природу, игру в шахматы и спортивные игры, и т. д.).

4. Использовать компьютер как элемент эффективного воспитания, в качестве поощрения (например, за правильно и вовремя сделанное домашнее задание, уборку квартиры и т. д.) не рекомендуется, ибо тогда ребёнок начёт воспринимать компьютер как «запретный плод», нечто очень хорошее и труднодоступное.

5. Обсуждать игры вместе с ребенком. Отдавать предпочтение развивающим играм. Крайне важно научить ребенка критически относиться к компьютерным играм, показывать, что это очень малая часть доступных развлечений, что жизнь гораздо разнообразней, что игра не заменит общения.

6. Желательно уметь пользоваться компьютерными технологиями, телефонами и социальными сетями, чтобы понимать, что это само по себе не

может стать причиной дезадаптации и нарушения социальной жизни и развития ребёнка. Если у ребёнка психологически здоровая атмосфера в семье, есть пример свободного времяпрепровождения от родителей и близких, есть круг друзей, с кем он может и хочет поиграть, погулять, а также лично у ребёнка есть свои увлечения и хобби, то ему будет просто скучно и неинтересно «сидеть в телефоне или компьютере».

7. Следующая рекомендация относится к формированию здоровой социальной среды для ребёнка: дополнительная активность после школы (секции, кружки); приобщать ребёнка к домашним обязанностям и вместе с ним проводить время; ежедневно общаться с ребёнком, быть в курсе возникающих у него проблем и конфликтов; учить своего ребёнка правилам общения, расширяйте его кругозор.

Необходимо помнить о том, что родители для ребёнка являются образцом для подражания. Поэтому сами родители не должны нарушать правила, которые установили для ребёнка. Поскольку в случае с интернет-зависимостью отсутствует физиологическое привыкание к объекту зависимости, именно психолого-педагогическая коррекция данного вида зависимости представляется наиболее эффективной.

Таким образом, проведённый контент-анализ позволил нам сформулировать стратегию профилактики интернет-зависимости и провести грань между зависимостью и инструментальным, социально эффективным использованием интернета. В будущем нами запланировано провести экспериментальные исследования на данную тему и встречи в школах с родителями на тему цифровой компетенции.

Список литературы

1. Антоненко, А.А. Интернет-зависимость подростков от компьютерных игр и онлайн-общения: клинико-психологические особенности и профилактика /А.А. Антоненко. – Дисс.канд. психол. наук. –Москва, 2014. –105 с.
2. Ильина В. В., Молчанова Л. Н., Психологические факторы возникновения склонности к интернет зависимому поведению у подростков. // Конференция «Ломоносов 2018». - 2018.
3. Карпова Е.Е. Теоретический анализ понятия «цифровая зависимость» в зарубежных исследованиях // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2017. №4.

4. Малыгин, В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Н.С. Хомерики [и др.]. – М.: Изд-во «Мнемозина», 2010. – 136 с.
5. Суркова И. Ю., Потенциал использования интернет-технологий в региональных социальных сервисах для молодежи // Информационная безопасность регионов. 2017. №1 (26).
6. Шаталина Мария Александровна Анализ факторов, влияющих на формирование Интернет-аддикции // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2009. №1.
7. Davis S.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use // Computers in Human Behavior. – 2001. – Vol. 17, № 2. – P. 187–195.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ КАК ФАКТОР АДАПТАЦИИ К РОЛИ МАТЕРИ

Блюм А.И., Лушникова Д.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В данной статье рассматривается влияние индивидуально-личностных особенностей беременной женщины на её адаптацию к роли матери. Защитные механизмы и стратегии совладания играют значительную роль не только в формировании новой роли, но и в формировании нового психосоматического состояния, как матери, так и ребёнка.

Ключевые слова: адаптация, индивидуально-личностные особенности, роль матери.

INDIVIDUAL PERSONAL FEATURES OF PREGNANT WOMAN AS A FACTOR OF ADAPTATION TO THE ROLE OF THE MOTHER

Blum A.I., Lushnikova D.D.

Abstract. This article discusses the impact of individual and personal characteristics of a pregnant woman on her adaptation to the role of the mother. Protective mechanisms and coping strategies play a significant role not only in the formation of a new role, but also in the formation of a new psychosomatic state, both mother and child.

Keywords: adaptation, individual and personal characteristics, the role of the mother.

Многочисленные исследования показывают, что на формирование готовности женщины стать матерью влияет множество взаимодействующих факторов, изменяющих её сознание и подготавливающих к принятию ребёнка. Все эти факторы начинают проявлять своё влияние ещё до рождения ребёнка. К ним относятся: изменения в эмоциональном состоянии, личностные особенности женщины и др. Результатом успешного завершения подобных изменений становится достижение внутренней и внешней интегрированности и обретение нового социального статуса [4].

Последние несколько десятилетий категория индивидуальности является одной из самых распространённых и важных во всех сферах человеческой жизни. Предпочтения людьми определённого вида работы, отдыха, круга общения и многого другого определяется не только внешними условиями. Важнейшую роль в таком выборе играют и индивидуально-личностные особенности каждого. Подтверждением этому может служить огромное количество самых разных исследований. Особенно часто рассматриваются проблемы индивидуально-личностных особенностей в профессиональной сфере, спорте и сфере искусства и творчества в целом. Однако не менее важной сферой жизни человека является семья. Именно в ней впервые проявляется индивидуальность человека и продолжает развиваться дальше, формируя в нём всё больше отличительных черт. Но семья это та среда, в которой на первый план выступают отношения, имеющие яркий эмоциональный окрас, в отличие от деловых. Это значит, что периодически эмоции и чувства людей в семье перекрывают рациональный компонент этих отношений, что нередко усложняет анализ взаимодействия между членами семьи. Однако преобладание чувственного компонента не лишает семейное взаимодействие важности, а наоборот, придаёт им значительный вес.

Отдельно стоит отметить, что эмоциональный окрас взаимодействия между членами семьи зависит не только от их отношения друг к другу. Важным



фактором также являются и индивидуально-личностные особенности каждого. Так, например, В. Сатир отмечала, что именно в семейной среде самооценка становится уязвимее всего. Этим она подчёркивала важность, как индивидуальной особенности каждого – уровень самооценки, так и значимость и влияние семейных отношений на всех, кто состоит в этой семейной системе [5]. Личностные особенности человека проявляются во всём, с чем он хоть как-то связан, будь то идеальная – воспоминания, фантазии или материальная – творчество, общение, связь. К одной из таких связей можно отнести взаимоотношения матери и ребёнка. Очевидно, что первичной средой для роста и развития ребёнка является его собственная мать. Сначала это её организм, а потом физический контакт с ней, но уже более активный и ничем не опосредованный. И уже в эти ранние периоды отношений мамы и ребёнка индивидуально-личностные особенности женщины оказывают влияние на характер развития малыша. Другими словами, психология матери становится психосоматикой ребёнка.

Беременная женщина сталкивается с новыми адаптационными задачами, для разрешения которых требуется активная личностная перестройка. В течение беременности она должна принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребёнка как отдельного от неё и соотносить свои потребности с учётом его существования.

Индивидуально-личностными особенностями, которые влияют на адаптацию женщины к роли матери, являются психологические защиты, копинг-стратегии, идентичность и другие.

Так, например, Подобина О.Б. утверждает, что стратегии совладающего поведения меняются в соответствии с переходом к этапу принятия роли матери. В период беременности «охранительные» стратегии избегания и отвлечения помогают женщине уберечь свою психику (и здоровье ребёнка) от неблагоприятных стрессовых ситуаций, и поэтому она чаще их использует. Матери значительно реже уходят от проблем, предпочитая отнестись к возникшей трудной ситуации как к задаче и сосредоточиться на её решении. Если говорить о направленности совладающего с жизненными трудностями поведения – приближение или удаление от проблемы, – матери ориентированы на первый (приближение), беременные – на второй (удаление) [1].

Психологические защиты и копинг-стратегии, например, бегство из стрессогенной ситуации, отрицание проблемы, вытеснение, уход, «бегство в болезнь» так же значительно влияют на адаптацию женщины. Они затрудняют

ранний контакт с ребёнком, что, в свою очередь, дезадаптирует её ещё больше. Такие стратегии поведения приводят к усилению проявлений негативной симптоматики, если она имеется у женщины, так как появление соматического или эмоционального симптома не приводит её к мысли об изменении своего поведения или разрешения имеющейся проблемы в отношениях и т.п. [2,3].

Таким образом, можно заключить, что значение индивидуально-личностных особенностей для адаптации женщины к роли матери трудно переоценить. Оказывая влияние не только на её психосоматическое состояние, но и на контакт с ребёнком, личность матери выполняет сразу две функции – адаптации себя к новой роли и адаптации ребёнка к новому миру.

Список литературы

1. Подобина, О. Б. Совладающее поведение женщины на этапе принятия роли матери /О.Б. Подобина/ Кострома, 2005. – 211 с.
2. Филиппова Г. Г. Современное состояние и задачи психологической помощи родителям в период ожидания и раннего развития ребенка // Журнал практического психолога. 2003.
3. Филиппова Г. Г. Психология материнства. – М., 2002.
4. Хамитова, И.Ю. Семейная история и её влияние на переживание беременности /И.Ю. Хамитова/ Консультативная психология и психотерапия, 2001. № 3. С. 125–151.
5. Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту /В. Сатир/ Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2000. – 320 с. (Серия «Психологическая коллекция»).

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ – ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОРАЗВИТИЯ СТУДЕНТА

Брянцев А.О., Поляков Д.В., Конопля Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, Россия, г. Курск

Аннотация. В статье представлены ключевые трудности межкультурной адаптации студентов, возникающие при интеграции студентов в учебный процесс. Освещаются оптимальные пути формирования целостного коллектива из группы разрозненных индивидуумов. Раскрывается ключевая роль преподавателя в более быстром и мягком приспособлении студентов к изменившимся условиям труда и быта.

Ключевые слова: социализация, межкультурная адаптация, мотивация учебной деятельности, формирование представления о выбранной профессии

MODERN WAYS OF HIGH SCHOOL TEACHER'S INTERACTION AS OPPORTUNITY FOR STUDENT'S SELF-EDUCATION

Bryantsev A.O., Polyakov D.V., Konoplya E.N.

Abstract. Key difficulties of student's intercultural adaptation, which emerge during the integration to educational process. Appropriate ways of formation of holistic group from group of disparate persons are lighted. The key role of a teacher in comfort adaptation of students to unfamiliar working and living conditions are opened.

Keywords: socialization, intercultural adaptation, motivation to educational process, formation of the chosen job's image.

Предоставление образовательных услуг на данный момент является наиболее перспективной сферой для привлечения финансовых вложений извне. Обучение иностранных студентов в вузах России имеет исключительную важность, поскольку является отличным способом для установления и укрепления долгосрочных благоприятных условий развития сотрудничества с зарубежными странами, как политического, так и научно-технического. В подтверждение вышесказанного можно привести в пример проект «5-100-2020», утвержденный указом президента РФ В.В. Путина 7 мая 2012 г. Его целью является повышение престижности отечественных вузов на международной арене, а конкретнее – вывести минимум 5 университетов России в сотню лучших в мире по мнениям трех авторитетных мировых рейтингов. Но недостаточно лишь обеспечить постоянный приток иностранных студентов в российские вузы; на первый план выходит необходимость решения

проблемы социо-культурной адаптации студентов к непривычным условиям чужой страны, которая может затянуться на несколько лет [3].

На текущий момент не существует единой концепции социально психологической адаптации. В рамках отечественной психологии социализация рассматривается как обогащение личностного опыта посредством обучения и воспитания в различных сферах деятельности и общения, как процесс становления личности, где передовое место занимают контакты конкретного индивида в социально ценной и лично значимой совместной деятельности [6]. По мнению С.И. Розума, целью социализации является создание субъектом в ходе общения такой картины мира, которая бы в наибольшей степени соответствовала картине, разделяемой окружающим сообществом. Только при соответствии систем ценностей индивид сможет полноценно реализовывать свои цели и задачи в новом коллективе [5]. Этнопсихолог Т.Г. Стефаненко даёт определение социо-культурной адаптации как «процессу вождения личности в новую культуру, постепенное освоение ее норм, ценностей, образцов поведения. При этом подлинная адаптация предполагает достижение социальной и психологической интеграции с еще одной культурой без потери богатств собственной» [4].

Ведущим институтом социализации в условиях рассматриваемой ситуации будет являться небольшая группа субъектов, в частности – учебная группа. Здесь краеугольным камнем является баланс «автономности - зависимости» индивидов, крайними вариантами которого является либо полное «растворение» личности в группе, либо же напротив полное отчуждение от нее. В ходе множества отечественных и зарубежных исследований было установлено, что идеальным вариантом будет оптимальное взаимоотношение индивидов, при котором образ индивидов будет внедряться в единое сознание группы, а образ группы – в сознание индивида. Г.М. Андреева утверждает, что личность как феномен является продуктом синтеза социальной деятельности, и включение ее в группы не только не лишит ее субъективных качеств, но и сделает саму группу результатом интеграции личностных качеств всех ее членов. Другая же сторона вопроса состоит в прямой зависимости формирования определенных качеств группы, ее складывания от того «исходного материала», с которого начинается формирование группы [1].

В конечном итоге, изобилие теорий о формировании и гармоничном развитии учебного коллектива и межличностных отношений в нем привело к выделению психологии образования в обособленную область знаний. Это



отрасль психологической науки, изучающая процессы созидания человеком образа мира внутри самого себя посредством полагания себя в мир культуры, тем самым, присваивая ее и привнося в нее свой вклад, способствуя формированию систем отношений к природе, обществу, окружающим людям и самому себе. В рамках данного учения образование не ограничивается только лишь включением индивида в организованный процесс обучения, а позиционируется как непрерывный культуросообразный и культуурообразующий процесс познания окружающего мира, проходящий красной нитью в течение всей жизни индивидуума. Ведущую роль при этом занимают персональные цели обучаемого, формируемые в ходе диалоге и равнопартнерских отношений с другими субъектами образовательного процесса. По этой причине в настоящее время отмечается рост требований к компетенции преподавателей (в том числе и высшей школы), обусловленный переходом от устаревшей технологии подачи «готовой» информации к гуманистической педагогике – сотрудничества и сотворчества с обучающимися в процессе раскрытия и постижения духовной и интеллектуальной культуры.

В стенах Курского государственного медицинского университета ежегодно получают высшее образование представители более чем 40 государств. Это подразумевает под собой тот факт, что состав групп может быть крайне разнородным в плане количества представителей различных национальностей. Данная особенность лишь актуализирует проблему межнациональной адаптации личности, поскольку зачастую представители разных культур недостаточно знают друг друга, основываясь в основном на стереотипах, а иногда и вовсе располагают заведомо искаженной информацией о культуре другого государства. Помимо этого, установлено, что главными трудностями на пути к полноценной адаптации и интеграции в учебный процесс являются непривычный климат, условия проживания в общежитии, необходимость общения на языке-посреднике (английском) и на русском языке, отношение окружающих и отсутствие семьи.

Принимая во внимания все вышеуказанные особенности, преподавательский состав кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета внедряет актуальные образовательные методики, направленные на преодоление психологического барьера как внутри группы, так и между группой и преподавателем. В течение занятия главной задачей преподавателя является нахождение баланса между фокусировкой на каждом студенте в отдельности и работой с группой как с

неделимым коллективом. Как показывает многолетняя практика, наиболее оптимальным решением в данном случае является интерактивная форма занятия, в ходе которой в учебный процесс вовлечены сразу все студенты. Такой подход позволяет концентрировать внимание всех членов группы не только на рассказе преподавателя, но и на репликах друг друга, что в конечном итоге повышает мотивацию к обсуждению темы. Если же кто-либо из студентов не проявляет активного участия в обсуждении, необходимо выяснить, чем это обусловлено, поскольку часто причиной подобного пассивного поведения является банальное непонимание профессионального медицинского английского языка. В этом случае преподавателю следует еще раз тщательно проработать с конкретным студентом упущенный фрагмент материала.

Еще одной формой обучения, подразумевающей внутригрупповое взаимодействие, является отработка практических навыков и клинических ситуаций с использованием симуляционного оборудования. В данном случае студенты разделяют роли врачей, среднего медицинского персонала, пациентов и т.д. Здесь в ход идут не только приобретенные теоретические знания, но и индивидуальные качества каждого студента, такие как коммуникабельность, нестандартное мышление и др. Именно подобные практические занятия помогают преодолеть проблему межличностной адаптации и готовят студентов к работе с реальными пациентами. Также с целью решения проблемы поиска литературы для самоподготовки (помимо лекционного курса) кафедрой регулярно разрабатываются учебно-методические пособия на языке-посреднике. Преимущество их заключается в том, что помимо материала для самостоятельного обучения также предусмотрен блок заданий для контроля знаний. Таким образом, после разбора темы с преподавателем, студенту предстоит выполнить соответствующие задания дома с целью закрепления полученных знаний и навыков, а поскольку задания идентичны, студенты зачастую объединяются в группы для их решения, что способствует формированию социальных связей внутри коллектива. Важным моментом в процессе формирования адекватного представления об избранной профессии является знакомство студентов с работой лечебно-профилактических учреждений. Уже начиная с первого курса, студенты воочию видят организацию работы в больнице, в частности, приемного отделения, процедурного кабинета, пищеблока и т.д. Важность подобных экскурсий обусловлена тем, что представление об устройстве лечебных организаций у большинства основано на стереотипах и мало чем напоминает реальное

положение вещей. В ходе такого ознакомления главной задачей преподавателя является разъяснение функции того или иного отделения и ответы на непременно возникающие вопросы.

Таким образом, подведя итог вышесказанному, можно сделать вывод что лишь включенность группы студентов в совместную активность входе социально значимой деятельности (в данном случае, практического занятия) способствует усвоению социального опыта и скорейшей адаптации к непривычным условиям. Первостепенной задачей преподавателя высшей школы при этом является рациональное использование профессиональных компетенций с целью создания оптимальных условий для повышения мотивации студентов к принятию активного участия в учебном процессе и как следствие – повышению успеваемости и быстрому освоению профессиональны навыков и общекультурных норм [2].

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект Пресс, 2001. 384 с.
2. Брянцев А.О., Поляков Д.В., Конопля Е.Н. Современные образовательные техники в образовательном процессе // Материалы III международной научно-методической онлайн-конференции - 14 мая 2018. – С.192.
3. Сергеева Л. В. Социально-психологические проблемы адаптации иностранных студентов в межкультурной образовательной среде // Вестник Томского государственного университета, 2017. – С. 111.
4. Стефаненко Т. Г. Этнопсихология: учеб. для вузов. 3-е изд., испр. и доп. М.: Аспект Пресс, 2004. 368 с.
5. Розум С. И. Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб.: Речь, 2007. 365 с. 10.
6. Форопонова А.А. Социально-психологические аспекты социализации иностранных студентов в условиях российского образования // Ученые записки. Электронный журнал Курского государственного медицинского университета, 2017. – №3.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ИСПОЛНЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Василенко Т.Д., Тинякова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В данной статье поднимается вопрос особенностей экзистенциальной сферы у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Приведён теоретический обзор литературы по субъективной оценке экзистенциальной исполненности в клинической психологии. Результаты проведённого эмпирического исследования могут быть полезны при составлении коррекционных и профилактических программ, направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, а также в индивидуальной и групповой терапии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, экзистенция, экзистенциальная исполненность.

EXISTENTIAL FULLFILLMENT IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Vasilenko T., Tiniakova E.

Abstract. This article raises the question of the characteristics of the existential sphere in patients with cardiovascular diseases. The paper contains a theoretical review of the literature on the subject of existential fulfillment in clinical psychology. The results of the research can be useful for prevention of cardiovascular diseases, as well as individual and group therapy with patients.

Keywords: cardiovascular diseases, existence, existential fulfillment.

В субъективной картине жизненного пути личности отражаются значимые события прошлого, настоящего и будущего. Р.А. Ахмеров характеризует жизненный путь личности как часть самосознания, содержащую результат познания субъектом себя и окружающего мира [1]. Однако жизненный путь не является совокупностью всех жизненных событий человека, постольку, поскольку далеко не все события несут в себе личностный смысл и



являются значимыми в пространстве всего жизненного пути [2]. Одним из параметров жизненного пути личности является его временная перспектива, то есть смысловая ориентация на настоящее, прошлое или будущее. В силу отличий психологического времени от физического, неверным будет говорить о линейном течении личностного времени. Т.Д. Василенко рассматривает жизненный путь личности как систему, развивающуюся под влиянием циклической смены циклов событий различной значимости. От динамики смены циклов жизненных событий зависит ориентация временной перспективы жизненного пути личности [2]. Сдвиг или фиксация временной перспективы являются одновременно и следствием глубокой дезадаптации личности, и причиной дальнейших нарушений адаптации и усиления кризиса идентичности. Личностный кризис блокирует способность к постановке отдаленных целей, и субъект застревает в наполненном переживаниями прошлого настоящим. Так, Т.Д. Василенко было установлено, что у больных с отрицательным оценочным переживанием ситуации хронического заболевания наблюдается существенное сужение временной перспективы, негативное отношение к будущему, снижение удовлетворенности результатами своей жизни, присутствует негативная установка на все компоненты собственного жизненного пути [3]. По данным А.В. Селина, в ситуации хронического кардиологического у пациентов отсутствует тенденция строить планы на будущее, они живут вчерашним или сегодняшним днем; фрустрируются не только процессы целеполагания, но и процесс удовлетворенности настоящим периодом жизни. Больные воспринимают процесс своей жизни лишенным интереса, ярких положительных эмоций, и значимых смыслов [5].

Целью нашего исследования было выявить, имеются ли у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями специфические характеристики экзистенциальной исполненности. Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская городская больница № 3» в терапевтическом отделении, поликлинике №4 Северного района г. Орла, а также в терапевтическом и хирургическом отделениях БУЗ Орловской области «Городская больница им. С.П. Боткина». Общий объем выборки составил 33 человека. В основную группу вошли 16 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (62,5% с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», 37,5% имеют диагноз «эссенциальная гипертензия») в возрасте от 22 до 47 лет. Средний возраст основной группы – 38 лет. В группу сравнения вошли 17 здоровых испытуемых в возрасте от 25 до 47 лет, средний возраст группы – 34 года.

Нами была использована «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер. «Шкала экзистенции» является одним из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. Над опросником в 1988–1989 гг. работала К. Орглер, она подобрала вопросы и получила первые данные по стандартизации на выборке, составляющей более тысячи испытуемых. Тест измеряет экзистенциальную исполненность испытуемого, основываясь на его субъективных ощущениях.

Нами было проведено попарное сравнение результатов двух групп испытуемых по методике «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер с помощью U-критерия Манна-Уитни. В результате сравнения параметров экзистенциальной исполненности здоровых испытуемых и пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы были получены результаты, представленные в Таблице 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей экзистенциальной исполненности по результатам методики «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер (U критерий Манна-Уитни).

Методика	U	p-level	Основная группа N=16	Группа сравнения N=17
			Mean	Mean
Самодистанцирование	85,5000	0,041029*	30,35	34,24
Самотрансценденция	136,0000	0,785665	61,24	61,71
Свобода	79,5000	0,023766*	40,71	47,24
Ответственность	49,5000	0,000646*	48,06	55,24
Общий показатель экзистенциальной исполненности	77,5000	0,019588*	180,35	198,41
Person	124,5000	0,495846	91,59	95,94
Экзистенциальность	62,5000	0,003763*	88,7	102,47

* - статистически значимые различия

Различия на достоверном уровне статистической значимости были обнаружены по субшкалам «Самодистанцирование», «Свобода», «Общий показатель экзистенциальной исполненности». Различия на высоком уровне статистической значимости были выявлены по субшкалам «Ответственность» и «Экзистенциальность».

Способность к самодистанцированию позволяет человеку удалиться от собственных желаний, переживаний, намерений, то есть принять положение



активного наблюдателя. Данная субшкала отражает не наличие страхов, конфликтов и критических ситуаций, а способность отделиться от внутренних проблем, посмотреть на себя со стороны и объективно воспринимать обстоятельства ситуации. В группе пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями этот показатель ниже по сравнению со здоровыми испытуемыми, тем не менее оба показателя находятся в пределах нормы по субшкале. Необходимо отметить, что со снижением способности к самодистанцированию у человека наблюдается потеря ориентации в жизненном пространстве, появляются навязчивые мысли и действия, происходит фиксация на чувствах, сознание наполнено предубеждениями и автоматическими мыслями.

Субшкала «Свобода» измеряет решительность личности, её способность реально оценивать существующие возможности выхода из ситуации, тенденцию отстаивать свою позицию и быть уверенным в своём решении. Свободный человек принимает решения, опираясь на собственную иерархию ценностей, выбор дальнейших действий даётся ему легко и ясно. Показатель свободы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями ниже, чем у здоровых испытуемых, и находится на нижней границе нормы. Неуверенность в собственных решениях, неспособность их принимать может иметь множество разных причин: боязнь ошибки, недостаток личностной силы, недифференцированность внутреннего пространства. К причинам ограничения свободы также относится отсутствие экзистенциальности. У таких лиц присутствует фаталистическая установка на жизнь, выборы и решения воспринимаются как не имеющие смысла, человек убеждён, что не способен ничего изменить. Отсутствие экзистенциальности может приводить к развитию зависимых форм поведения [4].

Субшкала «Ответственность» отражает тенденцию доводить принятые решения до конца. У ответственной личности присутствует осознание обязательства по исполнению решения перед другим или собой. Такой человек аутентичен, имеет развитую самоответственность и в значительной степени включен в события собственной жизни. Со снижением показателя «Ответственность» личность переходит из позиции деятеля в позицию наблюдателя, теряет активность и становится сдержанным, безвольным. Показатели ответственности в двух группах испытуемых находятся в пределах нормы, но ответственность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно ниже, что может свидетельствовать о тенденции пускать

жизненные события «на самотёк», отсутствии включенности в собственные жизненные события у таких больных.

Такой параметр, как «Экзистенциальность», содержит способность решительно и ответственно включаться в события внешнего мира, конструктивно с ним общаться. Субшкала «Экзистенциальность» складывается из субшкал «Свобода» и «Ответственность». Нарушения экзистенциальности могут проявлять себя как невротические расстройства, низкая стрессоустойчивость, неадекватное реагирование на внешние стимулы, ориентацию скорее на сиюминутное желание, чем на устоявшуюся иерархическую систему жизненных ценностей личности. В основной группе показатель экзистенциальности оказался ниже, чем в группе сравнения, что указывает на неуверенность в принятии решений, в собственном положении в системе общественных отношений и невротические проявления у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

«Общий показатель экзистенциальной исполненности» отражает способность справляться с собой и с миром, принимать внутренние и внешние вызовы, ориентируясь на собственную иерархию ценностей. В. Франкл понимал экзистенциальный смысл как «наполненность жизни смыслом, который, как правило, ощущается как «полнота жизни», «настоящая» жизнь, как исполнение и как глубокое счастье» [6]. Ведение экзистенциально исполненной жизни аутентично, такой человек чуток к собственным потребностям и к обстоятельствам среды, он открыт к диалогу с миром. Неисполненная экзистенция означает эмоциональную закрытость, неспособность к ведению диалога, заикленность на себе. Низкие значения экзистенциальной исполненности являются предпосылками к развитию психических, в том числе психосоматических, расстройств. Отметим, что несмотря на то, что показатель экзистенциальной исполненности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно ниже в сравнении со здоровой группой, обе выборки продемонстрировали результаты, находящиеся у нижней границы нормы (норма по субшкале 169-249 баллов, средний показатель = 216). В обеих группах в разной степени наблюдается снижение внутренней открытости, способности к адаптации к внешней среде, а также стеснение в осуществлении собственных жизненных стремлений.

Таким образом, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями были обнаружены специфические параметры экзистенциальной исполненности, не свойственные для здоровых людей. Данную группу больных

характеризует фрустрированная способность оценить собственный внутренний мир со стороны, объективно и открыто воспринимать обстоятельства внешнего мира, неуверенность в собственных решениях, затрудненное обращение к собственной ценностно-смысловой сфере. Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о сниженном субъективном ощущении экзистенциальной исполненности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Список литературы

1. Ахмеров Р. А. Субъективная картина жизненного пути в структуре самосознания //В мире научных открытий. – 2013. – №. 7.3. – С. 190-220.
2. Василенко Т. Д. Смысловая организация времени человеческого бытия как основание построения жизненного пути личности //Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5. – №. 5 (22).
3. Василенко Т. Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности //Дис... доктора психол. наук. Санкт-Петербург. – 2012. – С. 414.
4. Кривцова С. В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер //Экзистенциальный анализ. – 2009. – №. 1. – С. 141-170.
5. Селин А. В. Жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания //Дисс.... канд. психол. наук. Курск, 2009.
6. Франкл В. Поиск смысла жизни и логотерапия //Психология личности: Тексты. М. – 1982. – С. 118-126.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Веденьев К.Ю., Поляков Д.В., Конопля Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье показан опыт использования авторами методики преподавания практикоориентированной дисциплины с применением клинико-психологических приемов для студентов медицинского ВУЗа на примере описания структуры и ключевых моментов занятия.

Ключевые слова: учебная практика, преподавание, медицина

PRACTICAL TRAINING OF FUTURE DOCTORS ORGANIZATION THROUGH A PRISM OF USING CLINICAL-PSYCHOLOGICAL METHODS IN EDUCATIONAL PROCESS.

Vedenyev K.Yu., Polyakov D.V., Konoplya E.N.

Abstract. The article shows the experience of using the methods of teaching the practice-oriented discipline using clinical and psychological techniques for students of medical universities using the example of the description of the structure and key points of class.

Keywords: educational practice, teaching, medicine

Введение нового государственного образовательного стандарта, для обучающихся медицинским специальностям в Российской Федерации, требует значительного повышения качества профессионального образования. Обновление стандартов медпомощи, ежегодные переиздания клинических рекомендаций, национальных руководств постоянно повышают требования не только к качеству выполнения трудовых функций, культуре труда и межличностным коммуникациям современного врача, но и предусматривают его умение инициативно решать профессиональные проблемы. Реализуемый в профессиональном образовании принцип вариативности дает возможность применения различных вариантов дифференцированной работы студентов, с дополнением, насыщением коллективных форм обучения элементами самостоятельной деятельности.

Практическое обучение – компонент педагогического процесса (в организациях профессионального образования), основной целью которого является формирование основ профессионального мастерства студентов в определенной области деятельности, развития профессиональных компетенций. Понятие «профессиональная компетенция» рассматривается как категория, выходящая за рамки профессиональной квалификации. Она



включает в себя способность мобильно действовать в определенной ситуации, применяя свой профессиональный опыт самостоятельного решения возникших задач.

Для подготовки компетентных и профессиональных кадров кафедра педиатрии внутренних болезней Курского государственного медицинского университета использует разнообразные формы и методы обучения на занятиях по учебной клинической практике по получению первичных профессиональных умений и навыков "Уход за больными терапевтического профиля. Первая помощь".

Практическое обучение включает базовые принципы успешного клинико-психологического подхода в образовательном процессе. Практическое направление в формировании будущего специалиста обеспечивается посредством овладения им клинико-психологическим методом, характеризующимся многоаспектностью, ситуативностью, интуитивностью, индивидуализацией и интерактивностью. Форму практического обучения можно определить как способ, характер взаимодействия преподавателя, обладающего опытом работы в здравоохранении и студента между собой и с учебным материалом. Наряду с методами и средствами обучения форма организации практического освоения материала непосредственно влияет на его продуктивность. Развитие форм обучения – это постепенное их обновление, насыщение элементами самостоятельной познавательной и преобразующей учебной деятельности [2].

Местом проведения занятий является учебная комната кафедры. Такая комната должна быть оснащена необходимым инструментарием, набором фантомов, литературой и персональным компьютером для демонстрации обучающих видеоматериалов. Также важны занятия, в рамках которых обучающиеся имеют возможность посетить отделения стационара для формирования наиболее полной картины по изучаемой тематике. Не менее важны данные визиты тем, что они формируют интерес к изучаемой специальности и выбранной профессии в целом. В рамках данных визитов, многие из студентов начинают понимать и представлять свою профессию. Исходя из этого, они ставят перед собой цель получения как можно больше знаний, умений и приобрести практический опыт. На базе учебной комнаты кафедры студенты первого курса отрабатывают первичные умения и навыки, без которых невозможна повседневная работа в стационаре. Занятие по учебной практике начинается с беседы, в рамках которой оценивается уровень

теоретической подготовки, даются указания и приемы выполнения практических манипуляций. Студенты в ходе такой беседы самостоятельно понимают цель занятия, всю важность и необходимость правильного выполнения поставленной перед ними задачи. Практические манипуляции подаются обучающимся в несколько этапов:

- демонстрация с разъяснениями;
- демонстрация отдельных движений;
- повтор демонстрации в рабочем темпе.

При данном клинико-психологическом образовательном приеме дополнительно обращается внимание на основы общения с пациентом в рамках выполнения манипуляции. Эффективность демонстрации зависит от нескольких факторов, таких как необходимый «входной» уровень теоретических знаний, психологической готовности студента совершать ошибки в силу недостатка опыта и выносить из них новые знания, умения преподавателя заинтересовать студента, вплоть до поиска индивидуальных подходов к каждому обучающемуся. В ходе занятия, преподаватель акцентирует внимание группы на наиболее эффективных методиках выполнения изучаемой манипуляции, корректирует действия студентов допускающих ошибки. Зачастую успех группы зависит от умения преподавателя организовать целенаправленное и дифференцированное наблюдение за работой каждого студента. Также, мотивированные и наиболее успешные обучающиеся активно участвуют в помощи преподавателю при «работе над ошибками» с другими студентами. На ранних этапах обучения у студентов медицинских специальностей необходимо формировать навыки самостоятельной работы, которые отражались бы не только в самостоятельном поиске теоретического материала и прочей информации к занятию, а отработки конкретных практических манипуляций не только в рамках занятия. Самостоятельная подготовка такого уровня позволяет избежать простого «копирования» действий преподавателя, дает возможность понять суть и смысл каждого действия, логическую подоплёку каждого этапа манипуляции [1].

Компетентный клинико-психологический подход в практическом обучении в высшей школы позволит формировать более сложные навыки и умения у обучающихся по медицинским специальностям.

Список литературы

1. Клиническая дисциплина как основополагающий базис формирования клинического мышления. Проблемы и их решения / Веденьев К.Ю., Веденьева М.О., Поляков Д.В., Конопля Е.Н. // Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации.: матер. конф.. – Курск, 2018. – С. 402-405.
2. Основные трудности профессиональной адаптации молодых преподавателей клинических дисциплин с использованием языка-посредника / Д.В. Поляков, Е.Н. Конопля, К.Ю. Веденьев // Язык. Образование. Культура.: матер. конф. – Курск, 2018. –С. 189-191.

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПУТИ: ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Водопьянова Н.Е., Никифоров Г.С., Старченкова Е.С., Столярчук Е.А.

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

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования ресурсов профессионального здоровья руководителей. Показано, что на разных этапах профессионального пути различен вклад личностных факторов (предикторов) профессионального здоровья и психологического благополучия руководителей. С увеличением возраста повышается роль интрасубъектных ресурсов как детерминант профессионального здоровья. Многие из них выполняют компенсирующую роль в сохранности профессионального здоровья. В соответствии с этим система психологического сопровождения здоровья субъектов труда должна учитывать сложные взаимосвязи «ключевых» ресурсов профессионального здоровья. Резюмируются общие методологические принципы системы психологического

обеспечения профессионального здоровья руководителей с позиций субъектно-ресурсного подхода.

Ключевые слова: профессиональное здоровье, личностные ресурсы, психологическое благополучие, руководители.

PERSONAL RESOURCES OF OCCUPATIONAL HEALTH OF MANAGERS AT DIFFERENT STAGES OF THE PROFESSIONAL WAY: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL BASES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Vodopyanova N.E., Nikiforov G.S., Starchenkova E.S., Stolyarchuk E.A.

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the resources of occupational health of managers. It is shown that at different stages of the professional path the contribution of personal factors (predictors) to the safety of occupational health and psychological well-being of managers is different. With increasing age of managers, the role of intrasubjective resources as determinants of occupational health increases. Many of them perform a compensating role in the safety of occupational health. In accordance with those results, the system of psychological support for the health of labor subjects must take into account the complex interrelationships of the labor subject and the “key” resources of occupational health. The general methodological principles of the system of psychological ensuring of the professional health of managers from the position of the subject-resource approach are summarized.

Keywords: occupational health, personal resources, psychological well-being, managers.

Проблема профессионального здоровья (ПЗ) является приоритетной областью междисциплинарных исследований научно-прикладной направленности. Важность данной проблемы определяется по многим позициям. Одна из них связана с продолжительностью и качеством их трудовой жизни, работоспособностью и профессиональной самореализацией трудоспособных субъектов, психологическим благополучием. Другая сторона ПЗ – качество и психологическое благополучие жизни вне работы, надежности и долголетию профессиональной деятельности [1, 8].



Главный мейнстрим проблемы профессионального здоровья в отечественной и зарубежной психологии концентрируется на трех взаимосвязанных целях: 1) обеспечение и поддержание здоровья работников; 2) улучшение производственных условий, способствующих безопасности и здоровью; 3) развитие научной организации труда и рабочей культуры, которые обеспечивают здоровье и безопасность на работе, поддерживают позитивный социальный климат и увеличивают производительность труда [9]. Теория и практика психологического обеспечения профессионального здоровья и благополучия субъектов труда в зарубежной и отечественной литературе в основном ориентированы на здоровый образ жизни, профилактику стресса и профессионального выгорания на этапе регулярной профессиональной деятельности (интерналов, мастеров). Отсутствует системный подход к психологическому сопровождению ПЗ субъектов труда с учетом этапов профессионального пути.

Недостаточно изученными остаются вопросы предикторов отношения к здоровью и личностных ресурсов ПЗ здоровья молодого поколения на этапе «входа» в профессию – выбора жизненного пути и профессии, этапах профессиональной подготовки и первичной адаптации (оптантов, адептов, адаптантов). Практически не определены личностные предикторы сохранности ПЗ специалистов предпенсионного и пенсионного возраста в период ожидания и «выхода» из профессии. Актуальность данного вопроса существенно возрастает в связи с изменением пенсионного возраста [6].

На протяжении многих лет, начиная с 1989 г. на кафедре психологического обеспечения профессиональной деятельности СПбГУ проводятся научно-прикладные исследования факторов здоровья и методологии психологического сопровождения здорового образа жизни и интегративного развития здоровой личности. В качестве индикаторов профессионального здоровья нами признаются и рассматриваются: отсутствие профессионально-личностных деформаций, профессиональное и личностное благополучие, активная и позитивная позиция в различных жизненных сферах, проактивное совладание, ответственность за собственное здоровье и др. [4, 2, 3].

Ниже представлены результаты одного из исследований, проведенного на кафедре при финансовой поддержке гранта РГНФ по теме «Теоретико-методологические основы ресурсного подхода к психологическому обеспечению профессионального здоровья руководителей».

Целями исследования являлись: 1. выявление предикторов профессионального здоровья руководителей, находящихся на разных этапах профессионального пути; 2. разработка и обоснование теоретико-методологического базиса ресурсного подхода к психологическому обеспечению профессионального здоровья (ПЗ) руководителей от «входа» до «выхода» из профессии.

На основании теоретического анализа, свидетельствующего о важности атрибутивных признаков субъектности для сохранности профессионального здоровья (ПЗ) были выдвинуты следующие *гипотезы*:

1. Предикторами профессионального здоровья руководителей являются активная и позитивная жизненная позиция, высокая выраженность субъектности личности, в том числе склонность к «субъектным» стратегиям совладания с трудностями.

Существуют различия предикторов ПЗ у руководителей, находящихся на разных этапах профессионального пути.

Задачи исследования: 1. Сравнить показатели субъектности у руководителей разных возрастных групп. 2. Изучить взаимосвязь показателей состояния здоровья, субъектности и жизненной позиции руководителей. 3. Выявить влияние субъектности и жизненной позиции на профессиональное здоровье руководителей.

Использовались следующие *методы исследования*:

- для оценки уровня субъектности – методика «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной (показатели активность, автономность, целостность, опосредованность, креативность и самооценность);

- для оценки стратегий совладания – опросник «Когнитивной регуляции эмоций» (ОКРЕ) Рассказовой Е.И. (показатели «субъектных» копинг-стратегий - позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка, рассмотрение в перспективе и «объектных» копинг-стратегий - самообвинение, принятие, руминация, катастрофизация, обвинение других.

- Для оценки жизненной позиции – шкала РАО (реализм, активность, оптимизм) Водопьяновой с соавт.

- Для оценки профессионального здоровья применялись две методики: а) анкета «Профессиональное здоровье» Никифорова Г.С., Водопьяновой Н.Е., Старченковой Е.С. (показатели: общее здоровье, хронические заболевания, психическое благополучие, усилия, физическая работоспособность и умственная работоспособность); б) методика «Оценка профессионального

благополучия (МОПБ) Рут Е.И., Березовской Р.А. (показатели автономность в профессиональной деятельности, профессиональное самопринятие, профессиональное развитие, позитивные отношения в коллективе).

Результаты и выводы:

1. На этапах профессионального самоопределения и профессиональной подготовки – выбора профессии (старшеклассники и студенты, выбирающие менеджерские профессии. 150 чел.) когнитивно-рефлексивные характеристики образа «Я как будущего менеджера», представления о требованиях к здоровью со стороны профессии выполняют функции ключевых ресурсов профессиональной успешности, здоровья и благополучия.

2. На этапе «входа» в профессию (первичная профессиональная адаптация) когнитивно-рефлексивные характеристики детерминируют развитие целеполагания и совладающего поведения как ресурсов сохранности ПЗ (120 чел.).

3. На этапе регулярной деятельности ведущими предикторами профессионального здоровья руководителей являются проактивное совладание с рабочими стрессом, позитивное мышление (оптимизм, реализм), активная жизненная позиция по отношению к собственному здоровью и здоровому образу жизни, удовлетворенность профессиональной востребованностью, мотивация к личностному и профессиональному росту, высокий уровень развития профессиональных компетентностей (130 чел.).

4. Предикторами сохранности профессионального здоровья и благополучия руководителей пенсионного возраста являются высокие проявления субъектности: «целостность», «креативность», «активность», реализм, копинг-стратегии «позитивная переоценка» и «фокусирование на планировании» (70 чел.).

С увеличением возраста повышается роль интрасубъектных ресурсов как детерминант профессионального здоровья. Многие из них выполняют компенсирующую роль в сохранности ПЗ. Показатели субъектности, состояния профессионального здоровья и жизненной позиции тесно взаимосвязаны.

Показатели жизненной позиции (оптимизм, активность), как и большинство показателей субъектности, в значительной мере оказывают прямое влияние на профессиональное здоровье. Позитивно настроенные и обладающие высокой субъектностью руководители имеют более высокие показатели профессионального здоровья и благополучия и работоспособности.

Технологии психологического обеспечения и поддержания ПЗ руководителей

пожилого (предпенсионного и пенсионного) возраста целесообразно выстраивать в соответствии с разработанной нами ресурсной моделью ПЗ.

Этапы профессионального пути отличаются по комплексам «ключевых» ресурсов ПЗ. В соответствии с этим система психологического обеспечения должна учитывать сложные взаимосвязи субъекта труда и «ключевых» ресурсов ПЗ.

На основе обобщения полученных результатов резюмируется:

Показатели субъектности, профессионального здоровья и жизненной позиции взаимосвязаны, что подтверждается факторным, корреляционным и регрессионным анализами. Высокая субъектность обуславливает сохранность профессионального здоровья руководителей пенсионного возраста.

Показатели жизненной позиции (оптимизм, активность), как и большинство показателей субъектности, в значительной мере оказывают влияние на профессиональное здоровье, причём связь имеет прямой характер. Позитивно настроенные и обладающие высокой субъектностью руководители имеют более высокие показатели профессионального здоровья и благополучия, включая такие проявления ПЗ как работоспособность, усилия о сохранении здоровья, профессиональное благополучие. С увеличением возраста повышается роль интрасубъектных ресурсов как детерминант профессионального здоровья.

На основе систематизации и обобщения результатов всего проекта сформулированы общие методологические принципы психологического сопровождения профессионального здоровья руководителей:

1. Интегральная система психологического сопровождения профессионального здоровья – «сквозной» процесс управления ресурсообеспечением субъектов труда на организационном и персональном уровнях. Система мероприятий психологического сопровождения должна быть ориентирована на ресурсное «обогащение» и активизацию механизмов психической регуляции (ресурсов) с учетом этапов профессионализации и рисков деструктивного профессионального развития, включая риски профзаболеваний и потери трудоспособности.

2. Человек – субъект собственной жизни и актуализации ресурсов здоровья. Сохранность ПЗ зависит от сознательного отношения к собственному здоровью как ценности и ресурсу психологического и профессионального благополучия, от активности заботы о здоровье (усилий по

эмоциональному, когнитивному, поведенческому контролю и развитию ресурсов ПЗ).

3. Система психологического сопровождения ПЗ субъектов труда состоит: на персональном уровне – в помощи осознания и развития механизмов психической регуляции разных уровней (физического, психического, социально-психологического, духовно-нравственного), выполняющих ресурсные функции адаптации и преодоления трудностей в системе «человек-профессия-организация»); на организационном уровне – в оптимизации условий труда, создании условий для повышения квалификации, развития профессиональных компетентностей, формирования здоровых сценариев жизни, достижения профессионального благополучия, профессиональной самореализации, сохранности ПЗ.

Методологическая значимость полученных результатов состоит в перспективности их использования при разработке мероприятий по психологическим интервенциям в целях коррекции профессионально-личностных и возрастных изменений, обуславливающих снижение ПЗ на этапе «выхода» их профессии.

Список литературы

1. Березовская Р.А. Психология профессионального здоровья за рубежом: современное состояние и перспективы развития // Психологические исследования. 2012. Т. 5. № 26. С. 12.
2. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания: методология, теория, практика. СПбГУ, 2011. С. 160.
3. Водопьянова Н.Е., Ходырева Н.В. Психология здоровья // Вестник ЛГУ. Сер. Вып. 4. 1991. С. 50-58
4. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2007. С. 950.
5. Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2013. С. 399.
6. Никифоров Г. С., Водопьянова Н.Е., Гофман О.О. Постановка проблемы психологического обеспечения завершения профессионального пути: теоретический обзор /Организационная психология. 2018. Т. 8. № 3. С. 86–103.

7. Никифоров Г.С. Восточная традиция и западная психология здоровья // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Вып. 1. СПб., 2015. С. 59-72.
8. Никифоров Г.С., Шингаев С.М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление // Психологический журнал. 2015. Том 36. №2. С.44-54.
9. Шингаев С.М., Никифоров Г.С. Профессиональное здоровье руководителя: монография. – СПб.: СПбАППО, 2017. – 188 с.

ПРОЯВЛЕНИЕ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЙ У ШКОЛЬНИКОВ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И СДАЧИ ЕДИНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Голосова А.В.

МКУ ЦППМСП «Гармония» г. Курск, Россия

Аннотация. В статье обсуждается необходимость подготовки старшеклассников к итоговой аттестации в формате единого государственного экзамена (далее - ЕГЭ). Единый государственный экзамен рассматривается как острый экзаменационный стресс.

Ключевые слова: единый государственный экзамен, экзаменационный стресс, выпускники, психолог.

MANIFESTATION OF STRESS REACTIONS AMONG SCHOOLCHILDREN IN THE PERIOD OF PREPARING FOR AND PASSING STRONG UNBALANCED AND WEAK TYPE OF GNI

Golossova A.V.

Abstract. The article discusses the need to prepare high school students for the final certification in the format of the unified state exam (hereinafter-the exam). The unified state exam is considered as an acute examination stress.

Keywords: unified state exam, examination stress, graduates, psychologist.



Российские исследователи рассматривают единый государственный экзамен как острый экзаменационный стресс, который затрагивает всех участников образовательного процесса: и старшеклассников, и педагогов, и родителей [3, 4]. Мы согласны с их мнением, что главной причиной экзаменационного стресса является ситуация неопределённости, в которой находятся выпускники. Выделяют два основных варианта реакции на экзаменационный стресс [1]. При первом варианте происходит активизация, мобилизация, концентрация всех усилий. Как правило, школьники сохраняют способность спокойно выполнять предлагаемые задания, и успешно справляются с возникающими трудностями. Второй вариант реакции предполагает возникновение растерянности, страха неудачи, панических атак. У некоторых школьников теряется способность даже адекватно реагировать. В исследованиях приводятся случаи, когда школьники с определенным типом высшей нервной деятельности более успешно проходят экзаменационные испытания [3].

Анализ изученных работ позволяет утверждать, что экзаменационный стресс усиливают ежегодные изменения в процедуре проведения итоговой аттестации. Предполагают, что результаты единого государственного экзамена начнут учитывать при выдаче аттестата с отличием с 2019 года. На официальном информационном портале единого государственного экзамена приводятся рекомендации для выпускников, советы родителям, но они не предотвращают проявления экзаменационного стресса [5].

Собственный опыт практической деятельности со старшеклассниками позволяет утверждать, что на развитие экзаменационного стресса влияют психофизические и личностные особенности. Зачастую повышенная тревожность за собственные знания и способности, неуверенность, астеничность, а также низкая стрессоустойчивость, повышенная ответственность перед родителями и школой, не позволяют выпускникам успешно сдать экзамены и получить высокие баллы. Излишнее эмоциональное напряжение добавляют организационные моменты: ранний подъем, сопровождение в другую школу, ожидание сначала самого экзамена, длительное ограничение движений во время экзамена, определенное время, отпущенное на подготовку к ответам и многое другое. Развитию стрессовых реакций способствует этап ожидания оценки результатов и их сравнение с проходными баллами для поступления в ВУЗ. Дополнительное напряжение у школьников создают как родители, так и педагоги, используя тактику

психологического давления. Известный психолог М.Ю. Чибисова считает, что работа школьного психолога по подготовке выпускников к ЕГЭ должна стать органичной частью единой психолого-педагогической программы школы [3]. Поэтому основной задачей психолога является изучение личности каждого выпускника и выявление степени стрессоустойчивости, чтобы подобрать для каждого школьника оптимальный уровень волнения и страха, при котором он сможет показывать наилучшие результаты. Оптимально, если психолог с выпускниками будет проводить групповые занятия по развитию навыков самопознания, что позволит узнать свои психологические особенности, и успешно пройти итоговую аттестацию.

Таким образом, во время подготовки и сдачи ЕГЭ обучающиеся сталкиваются с постоянно действующими стрессогенными факторами, приводящих в итоге, к развитию экзаменационного стресса.

Список литературы

1. Никишина В.Б., Кузнецова А.А. Методика исследования редукции достижений в условиях педагогической деятельности (сорт): методология и технология стандартизации // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. - 2014., № 26 (197). -С. 154-161.
2. Приказ «Об утверждении порядка проведения единого государственного экзамена». Часть 4 статьи 59 федерального закона от 29 декабря 2012 г. №273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». URL: <http://docs.cntd.ru/document/499071166> (дата обращения: 15.10.2018).
3. Чибисова М.Ю. Психологическая подготовка к ЕГЭ. Работа с учащимися, педагогами, родителями. – М.: Генезис, 2009. – 184 с. С. 69.
4. Филакова Е.М., Шабатина Ю.А. Модель психологического сопровождения учащихся при подготовке к ЕГЭ. <http://festival.1september.ru/articles/569551/3>. / (дата обращения: 10.10.2018).
5. <http://ege.edu.ru/ru/> / (дата обращения: 13.10.2018).

СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СТИГМЫ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Горобец Т.Н.

Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина,
г. Москва, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования современной студенческой молодёжи на предмет выявления ведущих социально-психологических стигм, которые являются дифференциально-диагностическими основаниями для проведения психологической коррекции в контексте диалектического подхода – общего для всей группы обследуемых и выявления особенного на индивидуальном уровне.

Ключевые слова: социально-психологические стигмы, психологическая коррекция.

MODERN SOCIO-PSYCHOLOGICAL STIGMA OF FUTURE SPECIALISTS AS A BASIS FOR PSYCHOLOGICAL CORRECTION

Gorobets T. N.

Abstract. The article presents the results of a study of modern student youth to identify the leading socio-psychological stigma that are differential diagnostic grounds for psychological correction in the context of dialectical approach-common to the whole group of subjects and identify special at the individual level.

Keywords: socio-psychological stigma, psychological correction.

Современная социально-экономическая парадигма российского общества оказывает влияние и на смену ценностной ориентации людей, проживающих в России, и на изменения в потребностно-мотивационной сфере личности. «Духовная жизнь общества воспроизводится в контексте реализации идеологической функции государства, которая определяет основные приоритеты и фундаментальные ценности общества...», что сказывается на состоянии здоровья всего населения – здоровья духовного, социального и

биологического, «В результате отсутствия выполнения государством идеологической функции стало возможным проникновение ценностей иной духовной и политико-правовой культуры» [2]. Сохранение и преумножение духовного здоровья населения России является основополагающим фактором сохранения здоровья нации, отсутствие идеологических ориентиров приводит к обратным процессам. Эта мысль отражена в работе Н. Смелзера, он определял функциональную нагрузку идеологии как «ослабление социальной напряженности – если люди осознают расхождение между провозглашенными ценностями и реальными условиями своей жизни, то идеология выражает и защищает интересы различных социальных групп, придавая смысл действиям людей»[3].

Идеология и здоровье населения страны взаимообусловлены в контексте механизмов реализации фундаментальных духовных потребностей – потребностей в компетентности, преодолении, новизне. Духовные потребности человек может реализовать в процессе актуализации ведущей деятельности и самореализации в субъектно-деятельностной парадигме. Основная задача государства – формировать духовные потребности граждан и определять вектор реализации духовных потребностей в соответствии с ведущей идеологической доктриной. Отсутствие основной идеологемы и государственных механизмов формирования духовных потребностей приводит к двум направлениям поиска духовности – в этнических архетипических паттернах или изобретении псевдокомпенсаторных паттернов поведения. Фрустрированные духовные потребности приводят к состоянию экзистенциального вакуума и пониманию бесперспективности жизни на индивидуальном и социальном уровнях, - глубокие переживания фрустрированной личности детерминируют подвижки в психике человека и развитие психосоматической патологии.

Определение социально-психологических стигм (стигма – клеймо, ярлык) нами понимается как наличие определённых социально-психологических констант, характерных для данной социальной группы, отличающей её от других социальных групп. Социально-психологические стигмы могут иметь положительную окраску с точки зрения рефлексивного социально-психологического компонента – отношения к данному явлению со стороны общества – или отрицательную окраску, что становится фактором дезадаптивных процессов в социальной группе – носителе данных стигм. Для выявления социально-психологических стигм было проведено пилотажное



исследование студентов, а именно: интервью, беседа и дистанционный опрос. Участвовало в проведении исследования 154 (сто пятьдесят четыре) человека – студенты-психологи первого-второго-третьего курсов обучения. При проведении исследования вопросы для обсуждения были разделены на две группы в соответствии с потребностями человека – духовными и социальными. В контексте наличия духовных потребностей и их реализации выявлено, что потребность в преодолении практически никак не выражена, а диаметрально противоположная тенденция озвучивается как запрос на постоянное нахождение в зоне психологического и физического комфорта, а жизненная позиция выражается в доминанте созерцательности. Потребность в новизне мало презентабельна, в основном отношение к данному явлению таково: если надо что-то узнать – «загуглимся», зачем загружаться избыточной информацией? Потребность в компетентности в ведущей деятельности в основном представлена выхолащиванием основной функции психики – объединения настоящего с прошлым и будущим, - девиз прост: живи сегодня, забудь о «вчера», не думай о «завтра». Самое значимое из выявленных стигм стало отсутствие у нашей молодёжи национального героя, героя нашего времени, который бы стал кумиром миллионов и примером для подражания – идеалом поведения в социальных взаимодействиях с социальными группами, идеалом в формировании отношения к вечным ценностям, семье, Родине. Поэтому экзистенциальный вакуум заполняется всепоглощающим нарциссизмом, самолюбованием в отсутствие духовной и социальной зрелости, в отсутствие интенции к саморазвитию – самолюбование сводится к самосозерцанию в бытовой внешней обстановочной афферентации.

В контексте социальных потребностей и их реализации, в частности в потребности принадлежать к большой социальной группе и занимать определённую нишу в групповой иерархии перекликается с потребностью в компетентности, что выражается в понимании молодыми людьми отсутствия перспектив карьерного роста, по мнению молодых людей такие механизмы роста как компетентность и профессионализм в настоящее время не работают, а заменены механизмами «свой-чужой». Вместе с тем стремление к успеху в данном видении карьеры понимается как «любой ценой достигается желаемый результат» - ценой присвоения усилий и результатов другого, чужие достижения могут выдаваться за свои, молодые люди полагают, что в данном случае все средства хороши и в этом нет ничего предосудительного. В молодёжной социальной группе в настоящее время имеет место обретение

псевдопопулярности: экспектационные страдания проявляются в киче, неординарных элементах причёски, одежды, макияжа и т.д., - то есть тенденция выделиться любой ценой, даже со знаком «-». Отличие прослеживается в социальном взаимодействии в возрастном контексте - отрицание социальных норм «старший-младший». Отмечено практически у всей группы социально-психологической стигмы в отсутствии потребности и интереса к «другому» в живом общении и взаимодействии, в основном погружение в диалог происходит на основе дистанционных способов взаимодействия. Тем не менее в дистанционных способах взаимодействия молодые люди ищут признания и одобрения своей деятельности, которую предъявляют миру на фото и видео. Вопрос в том, что они предъявляют миру, но алчут «лайков» и восторженных отзывов, а количественное наличие «лайков» определяют критерием их собственной значимости. В интервью латентно прослеживалась социально-психологическая современная стигма монетизации социальных взаимодействий по вертикали и по горизонтали («купеческая модель») – в профессиональной деятельности, социальных связях, даже в семье. И что самое, на наш взгляд, важное – это стигма

Полученные данные выявили запрос на проведение социально-психологической коррекции в прикладном практическом плане, который предполагает переориентирование вектора активности современного молодого человека с эгоцентрической направленности на альтруистическую. Социально-психологическая коррекция должна проводиться по месту учёбы учащейся молодёжи на основе диагностики ресурсного потенциала каждого отдельного человека. Задача проведения социально-психологической коррекции студенческой молодёжи – поставить перед молодёжью вопрос и определить вектор реального практического ответа на него: во-первых, отказ от существующих саморазрушающих тенденций и, во-вторых, ориентация на самосозидание и направленность созидательной деятельности вовне, на достойную самореализацию в обществе.

Необходима системная работа с учащейся молодёжью по программам социально-психологической коррекции, которая должна состоять из двух модулей – первый модуль по проведению диагностического исследования для выявления наличия социально-психологических стигм. Второй модуль – работа с молодёжью по коррекции поведенческих паттернов. Второй модуль должен быть направлен на интериоризацию нормативных отношений в социуме, направленных на принятие вечных человеческих ценностей, с другой стороны

на отторжение антиобщественных субкультурных ценностей. Второй модуль должен разрабатываться на основе данных диагностики первого модуля, в этом случае социально-психологическая коррекция имеет возможность стать успешной, ориентированной на социальное и духовное оздоровление.

Второй модуль посвящён проектированию будущих целей, задач и направлений разработки проблемы изменения паттернов поведения и формирования нового отношения к духовным и социальным ценностям, к саморазвитию и самосовершенствованию.

Необходимо при реализации второго модуля разрабатывать индивидуальные планы - молодой человек принимает декларацию в изменении отношения к себе по индивидуальному плану с учетом результатов диагностики по выявленному ресурсному потенциалу.

Психокоррекция на основе рациональной психотерапии (объяснение и разъяснение) является основным методом коррекции поведения. [1] Программа психологической коррекции необходима в каждом учебном заведении для формирования новой модели поведения нового поколения с целью сохранения и преумножения духовного и социального здоровья нации.

Список литературы

1. Берёзкин А.С., Горобец Т.Н., Зражевская И.А. Основы психологической коррекции аутодеструктивного поведения.-М.:РУДН,2015.-156с.
2. Горобец Т.Н. Духовные потребности в контексте здоровья нации//«Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики», №1, 2013
3. Смелзер Н. Социология.-М.:Феникс,1994.-688с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ ГРУПП РИСКА С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Григорьева А.А.¹, Афонина Ю.С.²

¹Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ
«НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты обследования 2085 учащихся общеобразовательных школ Московской Области в возрасте от 10 до 18 лет, цель которого – выявление групп риска подростков с аутоагрессивным поведением. Были выявлены четыре группы риска с сочетанием самоповреждающего, суицидального поведения и употребления психоактивных веществ. Показано, что показатели употребления ПАВ, а также проявления интереса или осведомленности подростков в данной теме сочетаются с увеличением рисков прямого самоповреждающего и суицидального поведения. При этом выраженность видов аутоагрессивного поведения отличается в разные возрастные периоды и имеет гендерные особенности.

Ключевые слова: подростки, подростковые группы риска, самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, психоактивные вещества, прямое самоповреждение, косвенное самоповреждение.

CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS OF RISK GROUPS WITH SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

Grigorieva A. A., Afonina Y. S.

Abstract. The article presents the results of a survey of 2085 students of secondary schools of the Moscow Region aged 10 to 18 years, the purpose of which is to identify risk groups of adolescents with autoaggressive behavior. Four risk groups were identified with a combination of self-injurious, suicidal behaviour and substance use. It is shown that the indicators of the use of surfactants, as well as manifestations of interest or awareness of adolescents in this topic are combined with an increase in the risks of direct self-injurious and suicidal behavior. At the same time, the severity of types of autoaggressive behavior differs in different age periods and has gender characteristics.

Key words: adolescents, adolescent risk, cambridge behavior, suicidal behavior, substance abuse, direct harm, indirect harm.

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте является одной из актуальных социальных тем. Известно, что подростковый возраст наиболее сензитивен к формированию различных форм аутоагрессии. Потребление ПАВ за время обучения в школе увеличивается с 7-14% до 24-41% (M. Mason, 2015). Возраст появления первых симптомов самоповреждения – 12-14 лет (Rodham K., Hawton K., 2009), суицидальной активности – 14-16 лет (Крыжановская Л.А., 2000, Hassan R., 1994, Owusu A., 2008, ЮНИСЕФ, 2011). Подростки, употребляющие ПАВ, имеют повышенный риск самоповреждающего поведения (СПП), при этом, чем раньше начинается употребление, тем выше этот риск (Kaminer Y., 2015). В тоже время, среди подростков с СПП процент употребляющих ПАВ в четыре раза превышает популяционные показатели (Moran P., 2015). Что определяет целесообразность и значимость интервенций, направленных на выявление подростков групп риска, а также профилактику аутоагрессивного поведения.

По данным литературы к видам аутоагрессивного поведения относят прямое и косвенное самоповреждение, а также суицидальное поведение (Nock, 2006; Hooley, German, 2016). Употребление психоактивных веществ является «косвенной» формой самоповреждающего поведения. Для данной формы характерно постепенное причинение вреда телу, при котором физический ущерб становится виден через некоторое время, а непосредственного повреждения тканей не происходит (Nock, 2006; Hooley, German, 2016). При этом, присутствуют повторяющиеся поведенческие паттерны приводящие к постепенному ухудшению состояния здоровья (Turp, 2002; Nock M., 2006; German S., Sarah A., Hooley J.M., 2016). Прямое СПП – это непосредственное нанесение физического вреда, без переходных этапов, при котором нанесенный вред можно увидеть незамедлительно (Joiner, Gordon, 2006). Суицидальное поведение, в отличие от СПП характеризуется намерением умереть, включая в себя, суицидальные мысли, суицидальные намерения и суицидальные действия (Nock M., 2006, Положий Б.С., 2015).

Отмечаются трудности раннего выявления данных видов поведения у подростков, что во-многом связано с недостаточным количеством эмпирических и теоретических исследований в области самоповреждающего поведения, а также дефицитом комплексных программ профилактики (Whitlock J. et al, 2009; Gill Z. et al, 2016).

Проведенное исследование в общеобразовательных школах Московской Области позволило выявить подростков группы риска с самоповреждающим и суицидальным поведением, связанными с употреблением ПАВ для разработки программ профилактики аутоагрессивного поведения.

Цель исследования: выявление дифференцированных групп риска подростков с прямым и косвенным самоповреждающим поведением, а также с суицидальными интенциями. Обследование проходило анонимно. Все данные получены по результатам опроса подростков. Для выявления подростков групп риска использовались следующие методы: изучение проявлений разных форм аутоагрессивного поведения осуществлялось при помощи следующих методов: Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А., Кабанова А.С., 2007). Анкета предназначена выявления отношения к модификациям тела, а также наличие разных типов модификаций тела у подростков (самопорезы, употребление ПАВ, татуировки, пирсинг и др.) Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И., 2009). Методика констатирует начальный уровень развития склонности личности к суициду в период обследования. «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя» исследует интерес подростков к ПАВ (пассивный и активный), отношение к ПАВ (тревожное, положительное, отрицательное), осведомленность в теме ПАВ. Опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003) предназначен для определения динамики степени (актуальности) риска появления зависимого поведения в условиях системы образования.

Всего обследовано 2085 подростков в возрасте от 10 до 18 лет, среди них 1010 мальчиков, 967 девочек, 48 человек пол не указали.

Критерием для формирования групп риска были сочетания двух показателей, диагностирующих разные виды аутоагрессивного поведения как у самих подростков, так и их родителей. Выбор сочетаний осуществлялся из следующих показателей: интерес и осведомленность в теме ПАВ у подростков, факты употребления наркотиков и алкоголя у подростков и их родителей, суицидальные интенции у подростков, наличие фактов суицида в семье, самоповреждающее поведение у подростков. В группу риска попали подростки, показатели которых превышали средний балл по выборке.

Результаты исследования позволили получить следующие данные: среди всех обследуемых - 71% - это подростки из полных семей, 26% - из неполных, 3% данные о семье не указали. Аутоагрессивное поведение среди членов семьи

выявлено в 21% случаев, из них 76% - семьи, где родители употребляют алкоголь, 13% случаев – употребляют наркотики, 10% - у родителей были случаи суицида.

Было выделено 4 группы риска подростков с аутоагрессивным поведением: 1) подростки с самоповреждающим поведением, употребляющие ПАВ; 2) подростки с попыткой суицида, употребляющие алкоголь; 3) подростки с риском суицида и повышенным интересом к употреблению психоактивных веществ; 4) подростки с повышенным уровнем риска суицида, в семьях которых отмечались суицидальные попытки у родителей.

Группа риска с самоповреждающим поведением, употребляющие ПАВ составила - 7%, подростки с попыткой суицида и употреблением алкоголя 0,7%, подростки с выявленным риском суицида, а также повышенным интересом и осведомленностью к употреблению психоактивных веществ 4,7%; подростки с повышенным уровнем риска суицида, в семьях которых отмечались суицидальные попытки родителей - 0,5%.

Высокие показатели суицида оказались свойственны для подростков 12-15 лет ($p=0,002$). Активный интерес и осведомленность в отношении темы ПАВ преобладает среди подростков 16-18 лет ($p=0,000$). Самоповреждающее поведение повышается в 16-18 лет ($p=0,002$) и наиболее выражено у девочек, по сравнению с мальчиками ($p=0,001$).

Таким образом, проявления аутоагрессивного поведения у подростков отличаются полиморфными проявлениями: высокие показатели употребления ПАВ, а также проявления интереса или осведомленности в данной теме сочетаются с увеличением рисков прямого самоповреждающего и суицидального поведения. Немаловажную роль также играет такой фактор, как аутоагрессивное поведение родителей подростков. Специфика групп риска во многом связаны с возрастными и гендерными особенностями.

Список литературы

1. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии [Текст]: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Польская Наталия Анатольевна. – М., 2017. – 422 с.
2. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения// Суицидология. Том 6, №1 (18), 2015, с.3-7

3. Попов Ю.В. Суицидальное поведение у подростков [Текст] / Ю.В.Попов, А.А.Пичиков. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 366 с.
4. Kaminer Y., et al. (ed.). Youth substance disorders [Text] : American Psychiatric Pub., 2015. – 133 p.
5. Moran P. et al. Substance use in adulthood following adolescent self-harm : a population-based cohort study [Text] //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2015. – Т. 131. – №. 1. – P. 61–68.
6. Nock, M. K. The Oxford handbook of suicide and self-injury [Text] / edited by Matthew K. Nock. – NY. : Oxford University Press, 2017. – 516 p.
7. Non-suicidal and self-injurious behavior among Flemish adolescent : a web-survey [Text] / Baetens I., Claes L., Muehlenkamp J., Grieten H., Onghena P. // Archives of Suicide Research. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 56–67. DOI: 10.1080/13811118.2011.540467.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ КАК ГРУППЫ РИСКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО, СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Григорьева А.А.¹, Афонина Ю.С.²

**¹Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ
«НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия**

**²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты обследования 1926 подростков общеобразовательных школ г. Чехова в возрасте от 10 до 18 лет по проблеме взаимосвязи самоповреждающего, суицидального поведения и употребления психоактивных веществ. Показано, что с возрастом активный интерес, осведомленность о психоактивных веществах и позитивное отношение к модификациям тела возрастает. При этом выраженность видов аутоагрессивного поведения в разные возрастные периоды отличается.

Ключевые слова: подростки, подростковые группы риска, самоповреждение, суицидальное поведение, психоактивные вещества.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURE OF ADOLESCENTS AS A GROUP OF RISK OF SELF-INJURY, SUICIDAL BEHAVIOR AND USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Grigorieva A. A., Afonina Y. S.

Abstract. The article presents the results of a survey of 1926 adolescents from secondary schools in Chekhov, aged 10 to 18 years, on the relationship between self-injury, suicidal behavior and the use of psychoactive substances. It is shown that with age, active interest, awareness of psychoactive substances and a positive attitude to body modifications. At the same time, the severity of types of auto-aggressive behavior in different age periods is different.

Keywords: adolescents, adolescent risk groups, self-injury, suicidal behavior, psychoactive substances.

Высокий уровень аутоагрессивного поведения среди несовершеннолетних разных возрастов остается актуальной социальной и научно-практической проблемой. Самоповреждающее поведение (СПП) включает в себя спектр осознанных и неосознанных поведенческих реакций, сопровождающихся суицидальными или несуйцидальными намерениями [5]. Наиболее уязвимой категорией населения являются подростки. По эпидемиологическим оценкам распространенность разных видов СПП у подростков колеблется в пределах от 13 до 29 % [6]. К видам СПП относят инструментальные, соматические и химические воздействия на организм человека [1, 5]. Среди химических видов СПП особую роль отводят употреблению психоактивных веществ (ПАВ), рассматривая его одновременно и как вид самоповреждения, и как фактор, усиливающий СПП.

Подростки, употребляющие ПАВ, имеют повышенный риск СПП, при этом, чем раньше начинается употребление, тем выше этот риск [3]. По данным Роспотребнадзора и Всемирной организации здоровья, в России впервые употребление ПАВ происходит в 13 лет, пик массового употребления ПАВ – 14-15 лет, что в 5 раз увеличивает риск ранней подростковой алкоголизации.

В тоже время, употребление психоактивных веществ (ПАВ) повышает риск инструментальных самоповреждений, а также риск суицидального

поведения (Menninger, 1938; Kendal, 1983; Hufford R., 2001, Portzky et.al., 2008; Patton et.al., 1997). Среди подростков с СПП процент употребляющих ПАВ в четыре раза превышал популяционные показатели [4]. По данным литературы, 20-50% суицидентов страдали наркологическими расстройствами, а 22% самоубийств совершались в алкогольном опьянении [2].

За последние десятилетия в отечественной и зарубежной науке активно разрабатывалась проблема употребления подростками психоактивных веществ. Однако выделение мишеней психопрофилактики в зависимости от этапов подросткового периода, которые отличаются количественными и качественными преобразованиями и новообразованиями, в современных исследованиях представлены лишь единичными работами. В связи с данным фактом изучение взаимосвязи самоповреждающего, суицидального поведения и склонности употребления ПАВ среди подростков является актуальной научно-практической задачей.

Было обследовано 1926 учащихся общеобразовательных школ г. Чехова в возрасте от 10 до 18 лет ($M_{\text{возр.}} = 14,13 \pm 4,4$). Выделены 3 возрастные группы: 10-11 лет, 12-15 лет и 16-18 лет. Выборка была поделена на основании классификации, предложенной Д.Б. Элькониным, и возрастной периодизации Ш. Бюлер, выделяющей негативную (12-15 лет) и позитивную (16-18 лет) стадии подросткового возраста.

Диагностический комплекс включал следующие методики: опросники «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.), определения риска суицида «Суицидальная личность-19» (Юнацкевич П.И., 2009), исследования уровня импульсивности (Лосенков В.А.), «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003), дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD, Холмогорова А.В., 2016); методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А., 2017); «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя»; анкету, включающую социально-демографические данные по параметрам: «возраст», «пол», «семейное положение», «количество человек в семье», «вероисповедание», «собственная/съемная квартира», «отдельная комната», «проживание с родителями», «материальное положение», «случаи суицидов в семье», «злоупотребление алкоголем», «злоупотребление наркотиками», «случаи насилия в семье», «частота конфликтов в семье». Обследование проходило анонимно, бланки кодировались специальным образом.



Статистическая обработка данных производилась в программе IBM Statistics v20 с применением многофакторного дисперсионного анализа. Предполагалось сравнение внутри трех групп с учетом возрастного и гендерного аспекта. Критерием статистической достоверности полученных результатов является общепринятая в психологии величина $p \leq 0,05$.

На основании многофакторного дисперсионного анализа были выявлены значимые различия средних значений дисперсий психологических параметров суицидального, самоповреждающего поведения и риска употребления ПАВ между подростками трех возрастных категорий.

Подростков 10-11 лет характеризуют высокие значения переменных, отражающих уровень волевой саморегуляции ($p=0,000$), настойчивости ($p=0,000$), импульсивности ($p=0,014$) и тревожного отношения к ПАВ ($p=0,000$), причем значения переменных волевой саморегуляции и настойчивости у юношей достоверно выше по сравнению с девушками данной возрастной группы. Выявлено, что значение переменной «Тревожное отношение к ПАВ» выше в группе девушек, чем юношей.

Группа подростков 12-15 лет отличается, при сопоставлении данных с двумя другими возрастными группами, высокими показателями риска суицида ($p=0,002$) и импульсивности ($p=0,014$). Получены результаты, свидетельствующие о том, что значения переменных риска суицида ($p=0,012$) и импульсивности ($p=0,045$) в группе несовершеннолетних 12-15 лет выше у девушек, чем у юношей.

При сравнении результатов с группами 10-12 лет и 12-15 лет, подросткам старшего школьного возраста (16-18 лет) свойственны высокие показатели параметров самообладания ($p=0,000$), позитивного отношения к модификациям тела ($p=0,002$), активного интереса к ПАВ ($p=0,000$), готовности к пробе психоактивных веществ ($p=0,000$), интереса к наркотикам ($p=0,000$), при этом они больше осведомлены о психоактивных веществах ($p=0,000$). При сопоставлении полученных результатов между юношами и девушками внутри группы старшего школьного возраста выявлено, что для юношей характерны высокое самообладание ($p=0,013$), а для девушек – позитивное отношение к модификациям тела ($p=0,001$) и активный интерес к ПАВ ($p=0,000$).

Таким образом, между тремя подростковыми группами выявлены достоверно значимые различия по переменным, отражающим суицидальное, самоповреждающее поведение и склонность к употреблению психоактивных веществ. Если для несовершеннолетних 10-11 лет свойственны высокие

показатели волевой саморегуляции, настойчивости, импульсивности и тревожного отношения к ПАВ, то подростки 12-15 лет характеризуются высоким риском суицидального поведения и импульсивностью, подростки 16-18 лет отличаются позитивным отношением к модификациям своего тела, активного интереса ПАВ, они лучше осведомлены о психоактивных веществах, высказывают готовность к пробе, но при этом обладают высокими показателями самообладания.

Можно сделать вывод о том, что активный интерес к психоактивным веществам, позитивное отношение к модификациям тела возрастает к старшему школьному возрасту. При этом выраженность видов аутоагрессивного поведения отличается в разные возрастные периоды. На сегодняшний день значимым остается разработка комплексного подхода профилактики, учитывающего различные виды аутоагрессивного поведения, включая склонность к употреблению психоактивных веществ, выделение мишеней психопрофилактики подростков групп риска суицидального, самоповреждающего поведения и употребления ПАВ.

Список литературы

1. Польская, Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Польская Наталия Анатольевна. – М., 2017. – 422 с.
2. Попов, Ю.В. Суицидальное поведение у подростков [Текст] / Ю.В.Попов, А.А.Пичиков. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 366 с.
3. Kaminer, Y., et al. (ed.). Youth substance disorders [Text] : American Psychiatric Pub., 2015. – 133 p.
4. Moran P. et al. Substance use in adulthood following adolescent self-harm : a population-based cohort study [Text] //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2015. – Т. 131. – №. 1. – P. 61–68.
5. Nock, M. K. The Oxford handbook of suicide and self-injury [Text] / edited by Matthew K. Nock. – NY. : Oxford University Press, 2017. – 516 p.
6. Non-suicidal and self-injurious behavior among Flemish adolescent : a web-survey [Text] / Baetens I., Claes L., Muehlenkamp J., Grieten H., Onghena P. // Archives of Suicide Research. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 56–67. DOI: 10.1080/13811118.2011.540467.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гуреева И.Л., Терехина А.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. Публикация посвящена исследованию когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Гипотезой исследования явилось предположение о том, что степень нарушения эмоциональной сферы и когнитивных функций зависит от локализации очага инсульта. Данное исследование показало, что в остром периоде ОНМК степень выраженности когнитивных нарушений зависит от локализации очага поражения. Так, больные с окклюзией ЛСМА имеют более тяжелые когнитивные нарушения, чем пациенты с окклюзией ПСМА. У большинства пациентов имеются нарушения эмоциональной сферы в виде тревожных, депрессивных или тревожно-депрессивных переживаний.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, эмоциональные нарушения, тревожность, острое нарушение мозгового кровообращения, нарушения памяти, нарушения внимания.

NEUROPSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE BRAIN CIRCULATION

Gureeva I.L., Terekhina A.A.

Abstract. The publication is devoted to the study of cognitive and emotional disorders in patients with acute cerebral circulatory disorders (ONMK). The hypothesis of the study was the assumption that the degree of disturbance of the emotional sphere and cognitive functions depends on the localization of the focus of the stroke. This study showed that in the acute period of stroke, the severity of cognitive impairment depends on the localization of the lesion. Thus, patients with occlusions of LSMA have more severe cognitive impairment than patients with

PSMA occlusion. Most patients have disturbances in the emotional sphere in the form of anxious, depressive or anxious-depressive experiences.

Key words: cognitive impairment, emotional impairment, anxiety, acute cerebrovascular accident, memory impairment, attention disorder.

Лечение и реабилитация больных, перенесших инсульт, является одной из самых актуальных медико-социальных проблем.

Вероятность развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) повышается с возрастом: после 55 лет за каждое десятилетие жизни вероятность инсульта повышается в два раза. Однако происходит омоложение ОНМК: только две трети сосудистых катастроф происходит после 60 лет. Треть инсультов в стране происходит с людьми в возрасте между 20 и 60 годами [3].

Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В острой стадии заболевания (первые три недели) погибают 30-35% больных. К концу первого года **после инсульта** число неблагоприятных исходов превышает 50%. Около 10% больных, **переживших инсульт**, становятся зависимыми от посторонней помощи. Лишь 20% больных возвращаются к своей прежней работе. В России проживает свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, при этом третью часть их составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый пятый больной [1].

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу первого месяца на основные последствия инсульта приходятся: 1) двигательные нарушения - 81%, 2) речевые нарушения афазия - 35,9%, дизартрия - 13,4%, 3) когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания, интеллекта) - 26% и 4) эмоционально-волевые нарушения, в структуре которых входит тревожное расстройство наблюдается у 20-60% [2].

Тревожное расстройство у больных, перенесших инсульт, имеет тяжелые клинические, экономические и медико-социальные последствия, так как замедляет процесс реабилитации и увеличивает число случаев инвалидности, приводит к ограничению социальной активности, затруднению адаптации в быту, прогрессированию корковой атрофии [5].

Постинсультные тревожные расстройства имеют ряд отличительных особенностей, поскольку формируются у больного на фоне поражения структур головного мозга, нередко и тех, которые вовлечены в регуляцию аффективной сферы человека, это может являться причиной своеобразия патогенеза и

клинической картины тревожных расстройств. Поэтому исследования, посвященные детальному изучению особенностей синдрома тревоги, манифестировавшего после инсульта, представляются весьма актуальными [4].

Цель исследования: исследование эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов после ОНМК.

Задачи исследования:

1. Выявить степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов после ОНМК с разной локализацией очага поражения.
2. Измерить уровень тревоги и депрессии у пациентов после ОНМК с разной локализацией очага поражения.
3. Проанализировать выраженность отдельных компонентов тревожности по методике ИТТ у пациентов после ОНМК для создания дифференцированного метода эмоциональной коррекции.

Объект исследования – пациенты, перенесшие ОНМК

Предмет исследования – эмоциональные и когнитивные нарушения постинсультных больных.

Гипотеза: степень нарушения эмоциональной сферы и когнитивных функций зависит от локализации очага инсульта.

Степень выраженности когнитивных нарушений определялась с помощью следующих методик: «Монреальская шкала оценки когнитивного статуса», «методика запоминания 10 слов», «таблицы Шульте».

Показатели тревожности оценивались с помощью Интегративного теста тревожности и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Данное исследование проводилось на базах 1-го неврологического отделения для больных с ОНМК в составе регионального сосудистого центра СПб ГБУЗ «Городской многопрофильной больницы №2», 3-го неврологического отделения для больных с ОНМК в составе регионального сосудистого центра СПб ГБУЗ «Городской больницы № 26».

Всего обследовано 36 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в возрасте от 43 до 85 лет (средний возраст $64,97 \pm 9,89$), из которых 23 мужчин (64 %) и 13 женщин (36 %).

Формирование групп для проведения анализа и сравнительных исследований производилось на основании локализации очага поражения. Все респонденты были поделены на две группы. Первую группу составили 17 пациентов с ишемическим инсультом в левую средне мозговую

артерию (ЛСМА). Во вторую группу вошло 19 пациента с ишемическим инсультом в правую среднюю мозговую артерию (ПСМА).

Продолжительность заболевания на момент обследования не превышает 1 недели.

Результаты. Средние значения, полученные по результатам методики МОСА у первой и второй группы ($20,82 \pm 4,40$ и $24,11 \pm 3,21$) выходят за нормативные показатели (норма ≥ 26) и указывают на наличие умеренного когнитивного снижения. По данной методике обнаружены достоверные межгрупповые различия.

В исследуемых группах также была исследована мнестическая деятельность по методике заучивания 10 слов. Снижение процессов памяти (кратковременной, долговременной) выявлено как у первой, так и у второй группы, процесс запоминания ослаблен.

Устойчивость внимания и динамика работоспособности исследовалась с помощью таблиц Шульте. Эффективность работы у пациентов первой группы составила $66,45 \pm 18,56$, у второй группы $52,86 \pm 12,63$, данные показатели указывают на снижение темпа психомоторных реакций в легкой степени.

При оценке уровня депрессии по шкале HADS у 25% пациентов 1 группы выявлена субклинически выраженная депрессия, у 15% пациентов клинически выраженная депрессия, у 60% пациентов отсутствуют достоверно выраженные признаки депрессии.

При оценке уровня депрессии по шкале HADS у пациентов 2 группы выявлена субклиническая депрессия у 16% пациентов, у 84% пациентов нормальный уровень депрессии, симптомы клинически выраженной депрессии у пациентов 2 группы отсутствуют.

По шкале HADS-D были выявлены достоверные межгрупповые различия, средние значения у первой и второй группы ($7,29 \pm 2,56$ и $5,11 \pm 2,33$).

При оценке результатов методики ИТТ у пациентов первой группы самые высокие баллы отмечены по субшкалам личностного и ситуативного «Астенического компонента тревожности», по субшкалам «Тревожной оценки перспективы», по субшкале личностного «Эмоционального дискомфорта», показатели всех остальных шкал находятся примерно на одном уровне.

У пациентов второй группы самые высокие показатели отмечены по таким субшкалам личностной тревожности как «Тревожная оценка перспективы», «Социальные реакции защиты». Самый низкий показатель у

пациентов 1 и 2 группы наблюдается по субшкале ситуативной тревожности «Эмоциональный дискомфорт».

Выводы:

1. Когнитивные нарушения наблюдаются у большинства больных перенесших ОНМК, но в группе пациентов с инсультом в бассейне ЛСМА степень выраженности когнитивных нарушений статистически значимо выше, по сравнению с пациентами второй группы с локализацией инсульта в ПСМА.

2. В раннем восстановительном периоде инсульта у пациентов показатели тревоги и депрессии превышают норму, особенно в группе с очагом поражения в ЛСМА

3. У пациентов с ОНМК преобладает астенический компонент тревожности и тревожная оценка перспективы, вследствие чего наблюдаются пассивная жизненная позиция и повышенное беспокойство за будущее. С учетом полученных результатов, можно выделить направления психокоррекционных воздействий для пациентов с ОНМК.

Заключение. Ежегодно в мире регистрируется более 30 миллионов случаев инсульта. В Российской Федерации происходит около 400 тысяч инсультов в год, причем у 30 % больных перенесших инсульт наблюдается летальный исход, а 80 % выживших после этого страшного заболевания становятся инвалидами [3].

Высокая частота смерти, тяжелые последствия заболевания и позиция первого места в нетрудоспособности обуславливают высокую актуальность комплексного реабилитационного подхода к данной категории больных.

Последствиями инсульта являются не только физические изменения и нарушение высших психических функций, но и значительные нарушения в эмоционально сфере личности.

У пациентов с ОНМК с преобладанием компонента «Тревожная оценка перспективы» наблюдаются переживания за своё дальнейшее функционирование, в связи с имеющимися когнитивными нарушениями. В виду этого стоит уделить особое внимание коррекции и проведению нейропсихологических тренировок, для устранения тревоги через уменьшения когнитивных последствий инсульта.

Для пациентов с ОНМК, где лидирующие позиции занимает астенический компонент тревожности, будет целесообразна работа и с эмоциональной сферой, и с когнитивной.

Данное исследование показало, что в остром периоде ОНМК степень выраженности когнитивных нарушений зависит от локализации очага поражения. Так, больные с окклюзией ЛСМА имеют более тяжелые когнитивные нарушения, чем пациенты с окклюзией ПСМА. У большинства пациентов имеются нарушения эмоциональной сферы в виде тревожных, депрессивных или тревожно-депрессивных переживаний.

Список литературы

1. Виленский Б.С., Тупицын Ю.Я. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт. // Неврологический журнал-2003-Т.8, №2-С.23-26.
2. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепов А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // Журнал неврологии и психиатрии. Приложение «Инсульт». — 2001. — Вып. 3. — С. 28-31.
3. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Инсульт и когнитивные нарушения // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. 2011. № 2. С. 8–16.
4. И.А. Щукин, А.В. Лебедева, В.И. Чубыкин, С.М. Сороколетов Астения у пациентов с хроническими неврологическими заболеваниями, Клиницист, №2, 2013
5. Петрова Е.А.. Постинсультное генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, диагностика, клиническая типология / В.И. Скворцова, В.А. Концевой, М.А. Савина и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 9 (110) – С. 4-7.

ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА ДОВЕРИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Денисов В.В., Кузнецова А.А.

Аннотация. В статье представлены результаты сравнения уровня выраженности доверия в группе испытуемых с состоянием алкогольной зависимости (без опыта психотического эпизода, с опытом психотического эпизода) с испытуемыми без состояния зависимости.

При сравнении группы испытуемых с состоянием алкогольной зависимости без опыта психотического эпизода с группой испытуемых без состояния зависимости были выявлены значимые различия по показателю «недоверие» с тенденцией повышения в группе испытуемых с состоянием алкогольной зависимости без опыта психотического эпизода. Аналогично с группой испытуемых с алкоголизмом без опыта психотического эпизода, в группе испытуемых с алкоголизмом с опытом психотического эпизода, также было выявлено значимое повышение показателя «недоверие» по сравнению с испытуемыми без состояния зависимости.

Ключевые слова: состоянием алкогольной зависимости, доверие, психотический эпизод.

PILOT STUDY OF THE PHENOMENON OF TRUST WITH ALCOHOL ADDICTION

Denisov V. V., Kuznetsova A.A.

Abstract. The article presents the results of comparing the level of confidence in the group of subjects with the state of alcohol dependence (without the experience of a psychotic episode, with the experience of a psychotic episode) with the subjects without the state of dependence.

When comparing a group of subjects with the state of alcohol dependence without the experience of a psychotic episode with a group of subjects without the state of dependence, significant differences were revealed in the indicator of "distrust" with the tendency of increasing in the group of subjects with the state of alcohol dependence without the experience of a psychotic episode. Similarly with a group of subjects with alcoholism without experience of a psychotic episode, in a group of subjects with alcoholism with experience of a psychotic episode, a significant increase in the indicator of "distrust" in comparison with the subjects without a state of dependence was also revealed.

Key words: state of alcohol dependence, trust, psychotic episode.

В настоящее время в различных отраслях психологии (медицинская, социальная, психология отклоняющегося поведения, нейропсихология, психофизиология) уделяется большое внимание проблеме зависимого поведения человека. Состояние зависимости наносит деструктивный

отпечаток, как на личность человека, в виде патологических личностных особенностей, так и на характер его социального функционирования, коммуникацию [4]. Для зависимых людей характерна утрата чувства личностной целостности, идентичности, социальное отвержение, что может порождать кризис доверия, обнаруживаемый на всех уровнях социально-психологических отношений (доверие к себе, к миру, к другим людям) [3].

Методологическим основанием выступили: основные положения теории отношений, определяющие категорию отношений, как целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с объектами окружающего мира (субъект-объектные отношения) и другими людьми (субъект-субъектные отношения) [1, 6]; исследования, рассматривающие психологическую природу доверия как личностной характеристики, элемента общения и коммуникации [7].

Исследование осуществлялось на базе ООО «Многопрофильный Центр Реабилитации» г. Курска. Общий объем выборки испытуемых с зависимостью составил 17 человек (все испытуемые мужчины в возрасте от 27 до 55 лет). В соответствии с положениями международной классификации болезней МКБ-10 были сформированы группа испытуемых с алкоголизмом, не имевших опыта психотического эпизода (7 человека); группа испытуемых с алкоголизмом, имевших опыт психотического эпизода (10 человека). Формирование группы испытуемых без состояний зависимости осуществлялось по результатам анализа документации профосмотров (17 человек).

При этом психотический эпизод соответствует развернутой картине абстинентного синдрома, которая наблюдается преимущественно на третьей стадии алкоголизма [5]. Таким образом, опыт психотического эпизода в данном исследовании выступает, как феномен тяжелой стадии алкоголизма, которая также сопровождается выраженными личностными изменениями.

Эмпирические методы включали в себя: архивный метод (анализ медицинских карт), психодиагностические методы (опросник «Доверия-недоверия личности к миру, другим людям, себе» (Купрейченко А. Б.).

Методы количественной и качественной обработки данных: методы описательной статистики, методы сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни). Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета методов программы Statistica 8.0.

Согласно большинству существующих подходов состояние зависимости по своим проявлениям и механизмам формирования соответствует состоянию



дефицитарности доверия. На снижение доверия зависимого человека к окружающему миру в целом указывает наличие тревоги, гипертрофированный характер психологических защит, неадекватная оценка окружающей ситуации (З. Фрейд, А. Фрейд, А. Бек, А. Эллис). Недоверие к себе проявляется в неверии в свои силы и интеллектуальные ресурсы, нежелании брать на себя ответственность (К. Роджерс, В. Франкл, Х. Пезешкиан, В. Д. Менделевич). Недоверие к окружающим людям у зависимой личности может выражаться в недостатке безусловного принятия других, как ценности, избегании стойких эмоциональных контактов, нарушенные отношения с близким семейным окружением (В. Я. Семке, Г. Кристалл, Д. Винникот, М. Малер).

На сегодняшний день в психологии не существует единого определения феномена доверия к себе, поэтому на основании различных теоретических подходов охарактеризуем данное явление.

И. В. Антоненко выделяет следующие социально-психологические функции доверия: коммуникативная, интерактивная, перцептивная. В контексте коммуникации феномен рассмотрен также в исследовании Скрипкиной Т.П., в котором доверие определяют как механизм, направленный на объединение человека, с одной стороны, со своими внутренними ценностями, потребностями, интересами и желаниями, а с другой - с той частью мира, с которой он собирается вступить во взаимодействие [7]. Доверие, опосредуя процессы самопознания, самоотношения, саморегуляции, помогает выстраивать продуктивные взаимоотношения с окружающими людьми. В свою очередь нарушенный характер доверия проявляется в снижении фрустрационной толерантности, появлении негативных личностных черт, нарушении социального взаимодействия [2, 3]. Перечисленные феномены нарушенного характера доверия соответствуют проявлениям состояния зависимости, что обращает наше внимание на пока еще не освещенную в психологии проблему соотношения зависимости и доверия.

Цель исследования сравнить уровень выраженности доверия группы испытуемых с состоянием алкогольной зависимости (без опыта психотического эпизода и с опытом психотического эпизода) с группой испытуемых без состояния зависимости.

Обработка результатов осуществлялась по шкалам: доверие к себе, доверие к миру, доверие к людям, недоверие к миру, недоверие к людям. Средние показатели в группе отсутствием зависимости по этим шкалам ($19,53 \pm 10,11$; $5,30 \pm 1,05$; $10,45 \pm 3,1$; $7,8 \pm 2,89$; $11,09 \pm 2,49$, соответственно). В

группе без психотического эпизода ($21,13 \pm 6,17$; $3,30 \pm 1,32$; $9,26 \pm 2,21$; $10,8 \pm 5,08$; $11,99 \pm 5,61$, соответственно). В группе с психотическим эпизодом ($20,93 \pm 3,17$; $4,67 \pm 1,02$; $10,26 \pm 2,21$; $9,49 \pm 9,13$; $12,78 \pm 3,35$, соответственно).

При сравнении группы испытуемых с состоянием алкогольной зависимости без опыта психотического эпизода с группой испытуемых без состояния зависимости были выявлены значимые различия по показателю «недоверие к миру» с тенденцией повышения в группе испытуемых с состоянием алкогольной зависимости без опыта психотического эпизода ($U=81,00$, $p\text{-level}=0,011$).

На первых этапах приобщения к употреблению алкоголь выступают в качестве средства достижения эмоционального и физического комфорта. По мере формирования зависимости и в частности с появлением абстинентного синдрома отношение к алкоголю как к объекту зависимости коренным образом изменяется, для зависимого человека становится очевидным факт пагубного воздействия алкоголя. Возникает чувство недоверия к алкоголю, как к объекту зависимости, что и обуславливает усиление отношения недоверия к миру.

Аналогично с группой испытуемых с алкоголизмом в группе испытуемых с алкоголизмом с опытом психотического эпизода, также было выявлено значимое повышение показателя «недоверие к миру» по сравнению с испытуемыми без состояния зависимости ($U=72,50$, $p\text{-level}=0,034$).

Опыт психотического эпизода соответствует сформировавшейся картине абстинентного синдрома при глубокой степени алкогольной зависимости. Зачастую, на этой стадии происходит осознание и принятие тяжести состояния, проявляющегося в негативных физиологических, личностных, социальных последствиях принятия алкоголя. Вследствие этого алкоголь, как объект зависимости и объект окружающего мира наделяется значительной степенью недоверия к миру.

Выявленные личностные особенности людей с состоянием алкогольной зависимости указывают на нарушенный характер доверия в таких его формах как доверие к себе, доверие к миру, доверие к людям (тревога), что также подтверждается эмпирически установленным повышением показателя недоверия в целом. Факторы недоверия делятся на факторы оценки негативных последствий взаимодействия (риски открытости) и факторы прогноза успешности защиты от них (прогнозирование возможности и легкости/трудности защиты).

Список литературы

1. Мясищев В. Н. Психология отношений. - Воронеж: 2004 - с. 151.
2. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Ассоциативный эксперимент в диагностике состояния зависимости: концептуальный аспект // Ученые записки Российского государственного социального университета. - 2012. № 2 (102). - С. 158-162.
3. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Дихотомическая модель доверия-зависимости: детерминация, феноменология, генез // Социальная политика и социология. 2010. № 4 (58). С. 154-163.
4. Никишина В.Б., Кузнецова А.А., Петраш Е.А. Временная перспектива при нарушении идентичности у людей с алкогольной зависимостью // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 8-1. С. 138.
5. Погосов А. В. Проблемы наркологии. Курс лекций. - Курск - 2005. 120с.
6. Сарджвеладзе Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. Тбилиси: «Мецниереба», 1989 г. 204с.
7. Скрипкина Т.П. Психология доверия. М.: Издательский центр «Академия». 2000. 264с.

ЖИЗНЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ АГРЕССИВНЫХ ПОДРОСТКОВ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

Дервянко Ю.П., Ерыгина И.А.

НИУ Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье обосновывается необходимость психокоррекционной работы с агрессивными подростками, в основании которой лежат результаты исследования особенностей системы жизненных перспектив у подростков из неблагополучных семей при различной выраженности агрессивного поведения.

Ключевые слова: жизненные перспективы, подростковый возраст, агрессия, агрессивное поведение.

THE LIFE PROSPECTS OF AGGRESSIVE TEENAGERS FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES

Derevyanko Ju. P., Erygina I.A.

Abstract. The article substantiates the necessity of psychocorrectional work with aggressive teenagers. The results of the study of the features of the system of life perspectives in adolescents from disadvantaged families with different manifestations of aggressive behavior are the basis for psychocorrectional work.

Keywords: life prospects, adolescence, aggression, aggressive behavior.

В современном обществе проблема неблагополучных семей остается нерешенной, вопреки научному интересу специалистов разных областей. Влияние деструктивных семейных ценностей и установок на развитие личности ребенка играет определяющую роль в формировании личностной незрелости, профессиональной несостоятельности и отсутствия планов на будущее. Низкая способность выстраивать собственные жизненные перспективы отражается не только в дезориентации в целях, но и в предпочтении деструктивных сценариев их реализации. Особенно кризисным в этом контексте является подростковый возраст, поскольку выросший ребенок, стремясь к «взрослости» и обособленности, начинает реализовывать доступные и понятные ему, усвоенные в неблагополучной семье, цели жизни, без понимания неэкологичности используемых им средств и реализуемых перспектив. Специфика системы жизненных перспектив подростков связана с характерными для него поведенческими стереотипами и привычными способами достижения потребностей. В контексте этого предметом научного исследования становится агрессивное поведение подростка из неблагополучных семей как фактор, влияющий на систему жизненных перспектив.

Проблема агрессивности у подростков является одной из самых значимых проблем современной психологии, так как она носит в себе определенные психологические особенности, которые могут создавать трудности для самого подростка, в его взаимоотношениях с окружающими [1]. Агрессивность формируется преимущественно в процессе ранней социализации в детском и

подростковом возрасте, и именно этот возраст наиболее благоприятен для профилактики и коррекции агрессивного поведения [2].

Индивидуальное и социальное развитие личности находит отражение в «субъективной картине жизненного пути в самосознании человека» (Е.Г. Ананьев). Понятие «жизненный путь» раскрывает вариативность тенденций и линий жизни в пределах конкретной биографии субъекта жизненного пути. Жизненный путь - «дорога» времени, биографический синтез времен в событийном процессе начала и окончания земного пути. Поль Жане одним из первых в психологии обратился к человеческой биографии, понятиям жизненного пути и индивидуальной истории личности. Он связывал биологическое, психологическое и историческое время в единой системе координат эволюции личности, соотносил возрастные фазы и биографические ступени жизненного пути. Родоначальником понятия «Психология жизненного пути» считают Ш. Бюлер. Она выделяла четыре доминирующих тенденции (лейтмотивов), определяющих путь человека, которые связаны с возрастом. Это стремление к удовлетворению простых жизненно важных потребностей, которое доминирует в раннем детстве; адаптация к объективным условиям среды, поведение, направленное на уравнивание со средой; творческая экспансия - стремление к расширению жизненной активности; установление внутреннего порядка - образование самооценки на основе внутренних достижений [3].

Б.Г. Ананьев определяет жизненный путь человека как историю формирования и развития личности в определенном обществе. Анализ жизненного пути личности подразумевает обращение к событийному процессу жизни. Жизненный путь личности есть разворачивающийся во времени и пространстве социальный процесс, заключающийся в непрерывном, индивидуальном порядке постоянно меняющихся типических событий, имеющих определенную ценность для индивида и являющихся результатом его взаимодействия с природной и социальной средой. У С.Л. Рубинштейна психическое развитие личности опосредовано ее практической и теоретической деятельностью: «линия, ведущая от того, чем человек был на одном этапе своей истории, к тому, чем меняющихся типических события, имеющих определенную ценность для индивида и являющихся результатом его взаимодействия с природной и социальной средой» [4].

Субъективная картина жизненного пути человека строится всегда соответственно индивидуальному и социальному развитию, которое

соизмеряется в исторических датах. Главные закономерности целостного индивидуального развития человека, рассматриваемые Б.Г. Ананьевым, определяют взаимосвязи онтогенеза и жизненного пути человека. Эти взаимосвязи психолог назвал предметом науки о целостном развитии человека в едином жизненном цикле – онтопсихологии [3].

Анализ временных модусов реализуется через взаимосвязь некоторых хронологических количественных измерений объективного времени с широким спектром его субъективно значимых характеристик, и опирается на базовые философско-психологические положения и психологический эмпирический подход.

Н.Н. Толстых утверждает, что при выявлении сущности формирования отношения к будущему с самого начала нужно рассматривать отношение к будущему как «сложное», «объемное» образование, всегда являющее собой определенное взаимоотношение настоящего, будущего и прошлого, характер которого, по-видимому, подвержен весьма существенным индивидуальным и возрастным вариациям [5].

Р.М. Гинзбург наделяет психологическое прошлое, настоящее и будущее различными функциями, определяя их следующим образом: психологическое прошлое воплощает прошлый опыт; психологическое настоящее - саморазвитие; психологическое будущее - обеспечение смысловой и временной перспективы. Психологическое прошлое по отношению к психологическому настоящему задает границы и характер [3].

На первом этапе исследования с помощью опросника агрессивности Басса-Дарки были отобраны 12 подростков из неблагополучных семей с высоким уровнем агрессии и 12 подростков из неблагополучных семей с умеренным уровнем агрессии. Затем были сформированы две группы: первая группа – подростки с высоким уровнем агрессии, вторая – с умеренным уровнем агрессии. Результаты, полученные с помощью данной методики, представлены на (см.рис. 1).

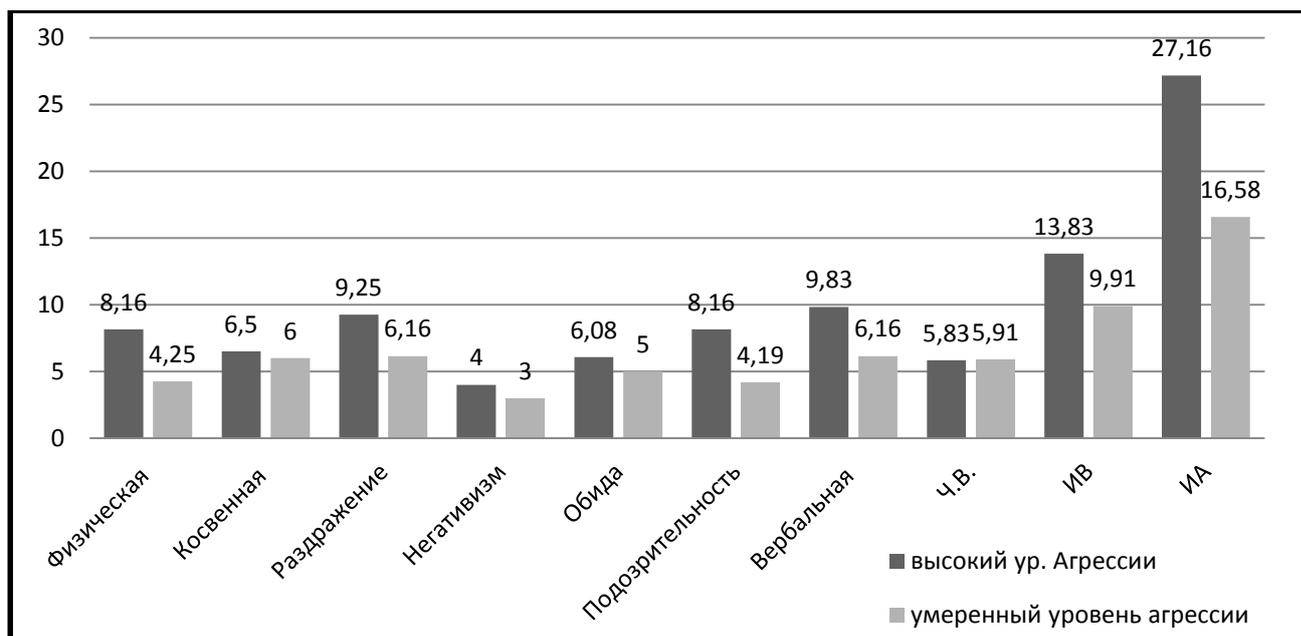


Рис. 1. Выраженность агрессивного поведения у подростков

Отметим что у подростков с высоким уровнем агрессии показатели по всем шкалам (кроме шкалы чувство вины) выше, чем у подростков с умеренным уровнем агрессивности. В первой группе испытуемых прослеживаются тенденции к проявлению физической и вербальной агрессии, раздражению и подозрительности, при значимости различий $p > 0,05$. Испытуемые склонны выражать негативные чувства через такие формы, как крик, визг, а так же через содержание словесных ответов, это могут быть угрозы, проклятия или ругань. Они склонны к подозрительности, к оппозиционной манере в поведении, выражающейся, как в пассивном сопротивлении, так и в активной борьбе против установившихся обычаев и законов. Так же имеется склонность к зависти и ненависти по отношению к окружающим.

У подростков с умеренным уровнем агрессивности имеется тенденция к проявлению косвенной и вербальной агрессии, которые проявляются через крик, визг, через негативные словесные ответы, которые могут быть направлены на другое лицо окольным путем или ни на кого не направлены.

Для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности был использован копинг-тест Лазаруса «Оценка поведения в трудной жизненной ситуации» [6] (см. рис.2).

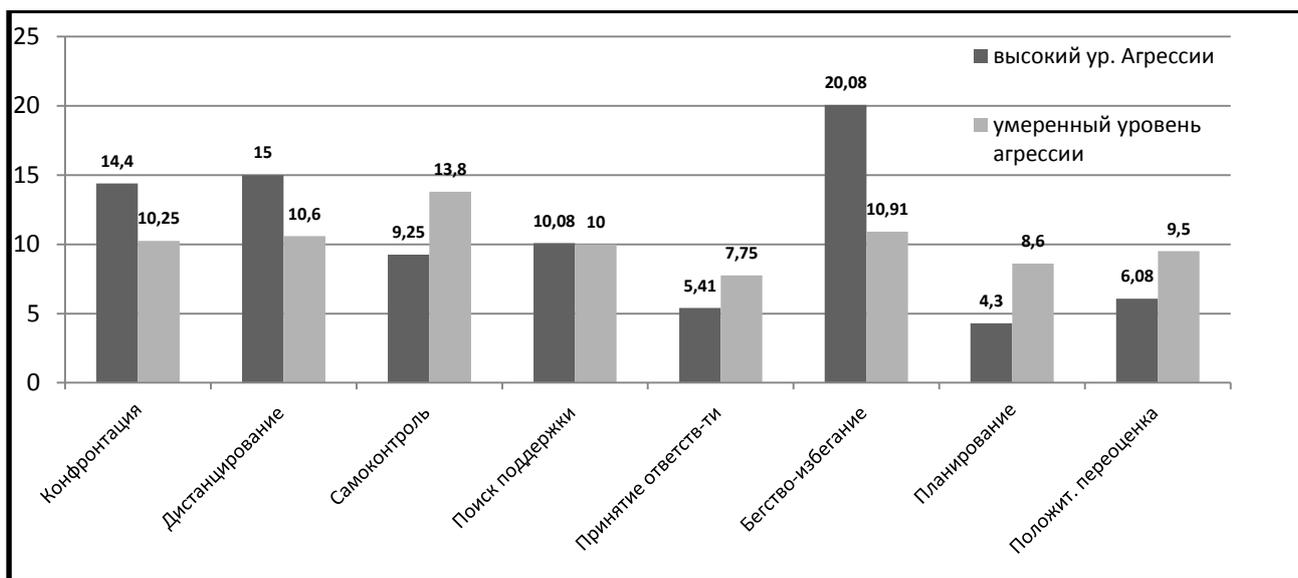


Рис. 2. Выраженность копинг-стратегий Лазаруса среди двух групп

У подростков из первой группы, с высоким уровнем агрессии, преобладает выраженное использование стратегий конфронтации, дистанционирования и бегства, при значимости различий $p > 0,05$. То есть для них характерны агрессивные усилия для изменения ситуации, предрасположенность к враждебности и готовности к риску; отделение и уменьшение значимости ситуации; мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы. Подростки из второй группы имеют средние показатели по всем копинг-стратегиям. Следует отметить сходство между использованием копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» у обеих групп, при незначимости различий $p < 0,01$. Это говорит о том, что подростки из неблагополучных семей прилагают усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.

По методике «УСЦД в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой был обнаружен низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере у подростков из обеих групп. При этом значимых различий выявлено не было [7].

Подводя итог, следует отметить, что подростки, входившие в первую группу, с высоким уровнем агрессии, часто используют стратегию «конфронтация» для которой характерны агрессивные усилия для изменения ситуации, предрасположенность к враждебности и готовности к риску. Следует отметить сходство между использованием копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» у обеих групп. Так же подростки с высоким уровнем агрессивности имеют несколько заниженные запросы, имеют тенденцию не

доводить дела, за которые берутся до конца, и отдают предпочтение проводить свое свободное время несерьезно. Таким образом, мы установили, что подростки из неблагополучных семей с разным уровнем агрессии отличаются по своим особенностям жизненных перспектив и их качественным характеристикам, что подтверждает необходимость коррекции жизненных перспектив посредством формирования адекватного уровня агрессии у подростков из неблагополучных семей.

Список литературы

1. Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 412 с.
2. Жукова Н.И., Савинова Т.В. Коррекция агрессивности подростков из неблагополучных семей // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(19).
3. Деревянко Ю.П. Особенности переживания времени в студенческом возрасте : дис. ... канд. психол. наук. – Белгород, 2011. – 178 с.
4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 2000. – 720 с.
5. Толстых А.В. Возрасты жизни. – М.: Мол. Гвардия, 1988. – 223 с.
6. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) Копинг-тест Лазаруса. Оценка поведения в трудной жизненной ситуации // Журнал практического психолога. – М., 2007. – № 3. – С. 93-112.
7. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: Издательский дом БАХРАХ – М., 2001. – 128 с.

КОНФЛИКТОГЕННАЯ СРЕДА: ЭЛЕМЕНТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ представления конфликтной среды между молодым возрастом и старостью. Анализ характеристик возраста старости проводился с помощью анкетирования.

Ключевые слова: конфликт, статус, взаимодействие.

CONFLICTED ENVIRONMENT: ELEMENTS OF STUDYING PSYCHOLOGICAL STATUS

Dorofeeva S.G., Shelukhina A.N.

Abstract. The article presents an analysis of the representation of the conflictogenic environment between young age and old age. The analysis of the characteristics of the age of old age was carried out with the help of a questionnaire.

Key: words: conflict, status, interaction.

Актуальность. Исследование проблемы межпоколенного взаимодействия остается всегда актуальной, так как мы находимся, и всегда будем находиться в тесном контакте с представителями различных поколений. Мы постоянно вступаем во взаимодействия с другими людьми, носящие разнообразный характер.

Проблема межпоколенных взаимодействий вечная, она существует со времен возникновения человеческого общества. Человеческое общество существует и развивается благодаря взаимодействию поколений.

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

Конфликт - это столкновение противоположных целей, позиций, мнений и взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия. Данная форма отношений между потенциальными или актуальными субъектами социального действия, мотивация которых обусловлена противостоящими ценностями и

нормами, интересами и потребностями. Огромная сторона социального конфликта состоит в том, что эти субъекты действуют в рамках некоторой более широкой системы связей, которая выделяется под воздействием конфликта.

Цель — изучить представления молодого поколения о старости.

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

Результаты. Проанализировав материалы данного исследования, мы получили 67 положительных и 43 отрицательных различных характеристик возраста старости. Попытались их классифицировать и выделить 3-х критерия: внешний вид, материальное положение (достаток), деятельность. При анализе описания деятельности большинство студентов выделили положительную характеристику старости: наличие трудоспособности, ведение домашнего хозяйства, забота о саде, игра с внуками, путешествия, увлечения.

При анализе описания внешнего вида, большинство студентов выделили как отрицательную характеристику. К положительным относят: чистоплотность, ухоженность, следование моде. К отрицательным: наличие морщин, пигментные пятна на коже, седина. А также, необходимо отметить, что больше половины студентов, отвечавших на вопросы, - это девушки. Вероятно, поэтому, описание изменений внешности носит отрицательные представления о старости.

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

Вывод: Было выделено, что с одной стороны, молодежи мало известно, что значит состариться, поэтому она относит старость к далеким и мрачным перспективам, о которых приятнее мыслить позитивно. С другой стороны, все опрошенные молодые люди имеют дедушек, бабушек. Видимо, юношеская позиция, выражающаяся в стремлении видеть желательное, вместо

действительного, сталкивается с эгоцентрической позицией пожилых людей.

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Психология личности. // М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. С. 134 – 140.
2. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Проблемы межпоколенного взаимодействия // «Информационные и коммуникативные технологии в психологии и педагогике»: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции.- Стерлитамак: АМИ, 2018. С. 17- 18.
3. Крайг Г. Психология развития // СПб.: Питер, 2009. С. 12 – 14.
4. Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Лесная Н.П. Анализ межпоколеннош взаимодействия в современной России // «Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход»: материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. – Курск: КГМУ, 2016. С.137 – 138.
5. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения // сборник СПб.:Питер, 2002. С. 127 – 140.
6. Фоломеева Т.В., Серегина И.И. Социальные представления о благополучии // Мир психологии. 2004. N 3. С. 122 - 131.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ

Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ психологического статуса больных с соматической патологией. Выявлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания.

Ключевые слова: эмоции, проблемы, психология.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PERSONAL STRUCTURE OF PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY AND PROSPECTS OF CORRECTION

Dorofeeva S. G., Shelukhina A. N.

Abstract. The article presents an analysis of the psychological status of patients with somatic pathology. It was revealed that the quality of life of patients is interconnected with the peculiarities of the clinical course of the disease.

Key words: emotions, problems, psychology.

Болезнь является главным стрессогенным фактором. Она сопровождается разнообразием эмоций, меняет жизненные планы, перспективу на будущее человека, изменяет мотивацию и имеет помимо медицинских, также психологические и социальные аспекты. Личностная реакция на заболевание зависит от длительности болезни, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Цель исследования: изучить психологические проблемы больных с ишемической болезнью сердца и определить перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы был использован статистический метод исследования и анкетирование пациентов с диагнозом ИБС. Было проведено изучение качества жизни 100 пациентов с диагнозами: 1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК; 2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, проходившие стационарное лечение в кардиологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД» в 2016 году. Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты, использованной в ходе исследования. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета программ «BioStat» и MicrosoftExcel.

Выводы: В ходе работы установлено, что качество жизни больных связано взаимно с особенностями клинического течения данного заболевания. Показатель удовлетворительности жизненной деятельностью ниже у пациентов, с ИБС: ПИКС (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, по сравнению с теми, у кого инфаркта в анамнезе не было с DS –

ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. В ходе исследования также были выявлены низкие значения качества жизни «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК без инфаркта миокарда в анамнезе, в котором факторы психологической дезадаптации отмечены в высокой степени. Ведущими психологическими характеристиками больных ИБС, связанные с низким уровнем качества жизни, являются недостаток самоконтроля, низкое чувство долга.

Отмечается снижение качества жизни у больных ИБС в случае преобладания таких личностных характеристик как доминантность, подозрительность, внутреннее напряжение, радикализм, чрезмерная чувствительность к болезни, увеличение в сфере межличностного взаимодействия конкурентности, холодности, критичности, переживание влияния болезни на социальный статус, пессимизма. Тенденция к увеличению качества жизни выявлена у пациентов с оптимистическим стилем жизни. С высокими характеристиками качества жизни связаны эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, уравновешенное эмоциональное состояние.

В ходе работы были выделены перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС: выявление психологических особенностей, связанные с уровнями удовлетворенности жизненной деятельностью, которая позволяет совместно с медикаментозной терапией рекомендовать психологическую коррекцию к дополнению в стандарт лечебных и реабилитационных мероприятий с целью повышения качества жизни больных с диагнозом ИБС.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пб.: НИИ им. Бехтерева, 2009. С. 32.
2. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Психологический аспект больных с ИБС // Материалы V Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции. – Курск: КГМУ, 2015. С. 64 – 65.
3. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания // Медицина, 2010. С. 160.

4. Соловьева С. Л. Психологические особенности «психосоматической» личностной структуры // Вестник клинической психологии. Т. 1, № 2. 2013. С. 199 – 204.
5. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения // сборник СПб.: Питер, 2015. С. 127 – 140.

ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ*

Дудченко З. Ф., Родионова Е.А., Никифоров Г. С., Доминьяк В.И.

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

* Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 18-013-00568.

Аннотация. Ценностное отношение к здоровью – это одна из ключевых задач в сфере демографического, социально-экономического и научно-технического развития. Несмотря на многочисленные работы по проблеме здорового образа жизни, вопрос ценностного составляющего остается до сих пор недостаточно изученным.

Ключевые слова: ценностное отношение, здоровье, студенты, профессиональная подготовка

VALUABLE RELATION TO HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE STUDENTS DURING TRAINING *

Dudchenko Z. F., Rodionova E.A., Nikiforov G.S., Dominyak V.I.

Abstract: Value of a healthy lifestyle is one of the key tasks in the area of demographic, socio-economic, scientific and technological development. Despite numerous works on the problem of a healthy lifestyle, the issue of ensuring its motivation remains insufficiently studied.

Keywords: value attitude, health, students, training

Проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи занимает одно из ведущих мест в системе приоритетов общества. Развитие ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у студентов является залогом сохранения здоровья не только на этапе профессиональной подготовки, но и позволит им в дальнейшем ответственно относиться к сохранению здоровья в период регулярной профессиональной деятельности. В рамках психологии здоровья, согласно концепции психологического обеспечения профессиональной деятельности (Г.С. Никифоров), изучаются теоретико-методологические подходы к психологическому обеспечению здоровья и здорового образа жизни на разных этапах профессиональной деятельности.

Современные научные исследования по проблеме здоровья и здорового образа жизни рассматривают вопросы, касающиеся проблем отношения к здоровью и здоровому образу жизни (Маджуга, 2014; Березовская, 2011; Журавлева, 2005); психологических барьеров здорового поведения (Дудченко, Никифоров, Цветкова, 2017; Никифоров, 2016); представления о здоровом образе жизни (Гальцев, 2012; Дудченко, 2010); формирования у студентов отношения к здоровому образу жизни как профессиональной ценности (Сорокина, 2010); формирования ориентации на здоровый образ жизни у обучающихся (Касимов, 2013; Игнатъев, 2012; Егорова, 2012; Дудченко, 2007); подходы к формированию здоровьесберегающего поведения (Дудченко, 2013; Завьялов, 2013; Смирнова, 2012; Гурьянов, 2011); ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью (Родионова, Доминьяк, Дудченко, Никифоров, 2018).

Исследователи отмечают, что поведение молодежи связано с профессиональной и личностной реализацией, при этом отмечается потребность в здоровье и молодежь информирована о принципах здорового образа жизни, однако ценность здоровья является недостаточно осознаваемой.

Зарубежными авторами в современных научных исследованиях рассматриваются вопросы понимания здоровья и образа жизни, выбора молодежью здорового или рискованного поведения (Eaton, 2010; Frolova, 2011); детерминант здорового поведения (Biddle, 2007; Ogden, 2010); роли социальных факторов (социальный контроль, социальная поддержка, просвещение) в поддержании и укреплении здоровья (Crosby, 2009; Fertman, Allensworth, 2010);



факторов здорового/нездорового поведения молодежи (Proctor, Tweed et al, 2014; Adrian, Charlesworth-Attie, et al, 2014).

В отечественной психологии понятие «отношение» упоминается в трудах И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, А.Ф. Лазурского, С.Л. Рубинштейна. Однако анализ категории «отношение» был в полной мере раскрыт и представлен в трудах известного отечественного психолога, ученика Лазурского В.Н. Мясищева, который показал, что сущностью личности является отношение к действительности. Психологические отношения, по мнению Мясищева, могут быть описаны с помощью трех компонентов, а именно эмоционального, познавательного и волевого.

Категория «отношения к здоровью» содержит когнитивный компонент, включающий знания о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих позитивное/негативное влияние на здоровье; эмоциональный компонент, который отражает переживания и чувства, связанные с состоянием здоровья и особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением самочувствия; мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, особенности мотивации в области здорового образа жизни, степень приверженности ЗОЖ, особенности поведения при ухудшении здоровья.

Адекватное отношение к здоровью рассматривают с позиции сформированности ценностного отношения. Проблеме ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни посвящены научные исследования Сухомлиновой, 2012; Плаксиной, 2008; Белинской, 2005; Овчинниковой, 2003; Чайникова, 2004; Беленова, 2000.

Ценностное отношение к здоровью и здоровому образу жизни авторами понимается как внутренний механизм поведения, направленный на сохранение и укрепление здоровья. Основу ценностного отношения к здоровью составляют высокая субъективная значимость здоровья и осознание того, что здоровье является важным инструментом в реализации жизненных задач.

Структура ценностного отношения представлена когнитивным, эмоционально-оценочным, и поведенческим компонентами. Когнитивный компонент ценностного отношения представляет собой информированность студентов и их готовность расширять знания в сфере здоровья для успешного функционирования и достижения благополучия в разных сферах жизнедеятельности. Эмоционально-оценочный компонент ценностного

отношения студентов содержит определенную аффективную окраску относительно своего здоровья на индивидуальном, субъектном и личностном уровнях. Характерным является приоритетная значимость здоровья на разных уровнях: физиологическом, психическом или психологическом. Поведенческий компонент ценностного отношения к здоровью у студентов включает владение умениями и навыками, необходимыми для поддержания, сохранения, восстановления и укрепления здоровья, а также ведения здорового образа жизни.

На данном этапе исследования использовались следующие методики:

- методика «Жизненные цели, ценности» (авторы: Э.Диси, Р.Райан, Рочестерский университет, США);
- методика изучения отношения к здоровому образу жизни (авторская методика З.Ф. Дудченко, Г.С. Никифоров);
- имплицитная диагностика ценностей .

На первом этапе исследования принимали участие студенты российских вузов 245 человек. Средний возраст респондентов 21 год. Мужская выборка – 111 человек, женская – 134 человек.

В рамках инструмента «Жизненные цели, ценности» (Э. Л. Деси и Р.М. Райан) были выделены внутренние и внешние ценности. К внутренним ценностям относятся такие, как «Свобода, открытость и демократия в обществе» (жить в открытом и демократическом обществе, где господствуют демократический плюрализм и свобода слова; быть гарантированным от произвола и незаконного преследования со стороны государственных или других органов власти), «Безопасность и защищенность» (жить в обществе свободном от преступлений и насилия, в предсказуемой и безопасной среде, быть защищенным от зла), «Служение людям» (работать на благо общества, помогать нуждающимся, помогать людям сделать свою жизнь счастливой), «Автономность» (иметь возможность делать то, что Вы считаете важным и интересным; быть свободным от контроля со стороны других, быть хозяином своей судьбы), «Богатство духовной культуры» (осознавать всю глубину интеллектуального и эстетического богатства человеческой культуры, находить духовное обогащение в работах великих мыслителей, писателей и художников, как можно чаще посещать музеи, художественные галереи и выставки), «Личностный рост» (постоянно самосовершенствоваться, реализовывать свои способности и задатки, быть в согласии с самим собой), «Здоровье» (иметь крепкое здоровье, сравнительно мало болеть, быть

довольным своим физическим состоянием или спортивной формой), «Привязанность и любовь» (разделять жизнь с любимым человеком, любить и быть любимой, быть окруженным заботливыми людьми, на которых можно положиться), «Богатая духовно-религиозная жизнь» (любить Бога и жить в соответствии с его волей, говорить и думать о Боге, участвовать в религиозных обрядах с людьми одной с Вами веры).

К внешним ценностям относятся такие, как «Власть и влияние» (оказывать существенное влияние на других людей, быть сильной и доминирующей личностью, быть лидером и организатором), «Известность» (стать знаменитым, достичь того, чтобы Ваше имя было известно многим людям, быть человеком, которым многие восхищаются), «Материальный успех» (достичь финансового благополучия, иметь высокооплачиваемую работу), «Привлекательность» (быть внешне привлекательной личностью, успевать следить за модой и одеждой, часто слышать от окружающих комплименты по поводу своей внешности), «Чувственные удовольствия и наслаждения» (вести жизнь полную удовольствий и развлечений, постоянно открывать для себя различные стороны секса, приобретать новый чувственный опыт), «Межличностные контакты и общение» (иметь много хороших и интересных знакомств, иметь верных и понимающих друзей, принадлежать к определенной социально-психологической группе).

Анализ результатов, полученных по методике «Жизненные цели, ценности» Э. Деси, Р. Райана, показал, что наиболее значимыми ценностями для респондентов являются:

- личностный рост (11,9);
- здоровье (11,4);
- привязанность и любовь (10,8);
- материальный успех (10,1);
- безопасность и защищенность (9,7).

Наименее важными ценностями для респондентов являются:

- религиозная жизнь (3,9);
- известность (5,4);
- власть и влияние (6,1);
- служение людям (6,1);
- привлекательность (7,1).

Таким образом, для молодых людей приоритетом являются внутренние ценности, при этом из внешних ценностей значимым является ценность

материального успеха. Наименее значимыми внутренними ценностями являются религиозная жизнь и служение людям.

Результаты анализа значимых ценностей молодых людей значимо коррелируют с их ответами по методике изучения отношения к здоровому образу жизни.

Самыми важными показателями счастливой жизни респонденты отметили «здоровье», «саморазвитие» и «семья» (более 70% всех опрошенных). Значимыми критериями здорового образа жизни респонденты называли «хорошее настроение» и «активность». Среди стимулов по имплицитной диагностике по показателю здоровья («Здоровье для меня – это...») преобладают такие, как «активность», «движение», «сила» (87% выборов), «свобода» (74%), «хорошее настроение, позитивизм, счастье» (67%). В качестве значимых факторов здорового образа жизни респонденты отметили «регулярные занятия спортом», «здоровое питание» и «отсутствие вредных привычек».

Статистически значимых различий по всем изучаемым феноменам между мужской и женской выборкой не обнаружено.

Выводы. Актуальность исследования ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни с последующей разработкой интегральной модели и практико-ориентированных индивидуальных программ психологического обеспечения здорового поведения определена рядом факторов:

1. По данным ВОЗ неинфекционные болезни и расстройства психического здоровья являются тотальной проблемой современного общества, они обусловлены социальными, экономическими обстоятельствами жизни людей и их образом жизни; факторам риска неинфекционных болезней относятся вредные привычки (табак, алкоголь, неправильное питание, низкая физическая активность и пр.).

2. Достаточно частое обращение к понятию «здоровый образ жизни», формирует клишированное представление об основных – внешних – правилах здорового поведения, но отсутствует должное внимание к внутренним – субъектным детерминантам. Здесь очевиден разрыв между здоровьем как регламентированной жизненной ценностью и отсутствием деятельной позиции, что связано с наличием барьеров и выбором стратегий их преодоления с учетом понимания факторов риска.

А наш взгляд, разработка методических основ исследования мотивации здорового образа жизни, являясь фундаментальной задачей психологии

здоровья, потребует изучения индивидуально-психологических особенностей, влияющих на мотивацию здорового образа жизни.

Список литературы

1. Дудченко З.Ф. Представления студентов о здоровом образе жизни//Ученые записки СПбГИПСР.-2010.-№1 (Т.13).-С.68-72.
2. Дудченко З.Ф. Психологическое обеспечение здорового образа жизни личности//Здоровая личность/Под ред.Г.С.Никифорова.-СПб.:Речь,2013.- С.356-367.
3. Дудченко З.Ф. Современные аспекты здорового образа жизни//3 Межд. Конгресс «Человек, спорт, здоровье» 19-21 апреля 2007г., СПб., Россия: Сборник статей Конгресса /Под ред.В.А.Таймазова.-СПб.:Изд-во Олимп-СПб, 2007.С.139-143.
4. Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С. Концепция здорового образа жизни – история становления// Юбилейный выпуск Ученые записки СПбГИПСР.- № 27.-Вып.1.-2017.-С.99-106.
5. Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С., Цветкова Н.А. Представления студентов о критериях здоровья//Ученые записки Российского государственного социального университета.-№ 2 (141).-Т.16.-2017.-С.55-63.
6. Никифоров Г.С. Барьеры, препятствующие здоровому поведению//Институт психологии РАН. Социальная и экономическая психология. Том 1 №4. 2016. – с.75 – 93.
7. Родионова Е.А., Доминяк В.И., Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С. Ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью// World Science:Problems and Innovations: Сборник статей 23-й Международной науч.-практ. конференции-Пенза, 30 августа 2018г.: МЦНС «Наука и просвещение».-2018.-С.309-312.
8. Nikiforov G.S. Rodionova E.A., Vodopyanova N.E., Dudchenko Z.F. Psychological factors of professional burnout// International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics “Grow up”, the 30th of November, 2016, Geneva (Switzerland), the 30th of November, 2016/ Publishing Center of the European Association of pedagogues and psychologists “Science”, Geneva, 2016, p.74-79.

**СПЕЦИФИКА ВОСПРИЯТИЯ СЕНСОРНОГО ПОТОКА ЛЮДЬМИ С
РАЗНЫМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ**

Ельникова О.Е.

Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, г. Елец, Россия

Работа поддержана грантом РФФИ 18-413-480007

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей восприятия сенсорного потока людьми с разным уровнем здоровья и разным типом отношения к болезни. Показано, что наличие психической дезадаптации в связи с заболеванием (что выявлено в ходе диагностики типов отношения к болезни) парадоксально влияет на восприятие сенсорного потока. В частности, повышает чувствительность и тормозной контроль.

Ключевые слова: здоровье, сенсомоторная интеграция, тормозной контроль, тип отношения к болезни.

**THE SPECIFICITY OF THE SENSORY FLOOD PEOPLE WITH
DIFFERENT TYPES OF ATTITUDE TO DISEASE.**

Elnikova O. E.

Abstract. The article presents the results of an empirical study of sensory perception of people with different levels of health and different types of attitude to the disease. It is shown that the presence of mental maladjustment in connection with the disease (as revealed in the diagnosis of types of attitude to the disease) paradoxically affects the perception of sensory flow. In particular, it increases sensitivity and brake control.

Keywords: health, sensorimotor integration, brake control, type of attitude to the disease.

Проблема потери здоровья подавляющего большинства современного населения не теряет своей актуальности вот уже много лет. Проводится



несчетное количество исследований направленных на изучение причин возникновения заболеваний, профилактических мер и т.д., казалось бы, обилие информации должно помочь людям найти путь оздоровления, но пугающая статистика указывает на то, что путь не найдет, люди продолжают болеть и очень не охотно обращаются за профилактической медицинской помощью. В результате всего сказанного возникает вопрос: почему люди выбирают неконструктивные модели поведения, какой механизм лежит в основе обозначенного феномена? Именно поэтому, задачей данного пилотажного исследования стало выявление особенностей восприятия сенсорного потока людьми с разным уровнем здоровья и разным типом отношения к болезни. Диагностика особенностей восприятия сенсорного потока позволит нам определить степень пластичности нервной системы. Возможно, именно ригидность не позволяет людям во время перестроиться в ситуации потери здоровья или в ситуации потенциальной угрозы заболеть.

В качестве респондентов были отобраны добровольные участники с разным уровнем здоровья, средний возраст которых составил 35,1 лет. Участники имеют разный уровень здоровья: люди, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии (3 группа здоровья), здоровые люди, но имеющие те или иные функциональные отклонения, без симптомов хронических заболеваний (вторая), и здоровые люди с нормативными показателями (1 группа). Уровень здоровья испытуемых было установлено на основании анализа медицинских карт, который проводился с согласия респондентов. Общее число участников исследования составило 80 человек.

Для реализации цели исследования были выбраны следующие методики.

Для диагностики типов отношения к болезни использовалась методика ТОБОЛ [2]. Методика позволяет диагностировать двенадцать типов отношения. Данные типы отношения к болезни объединены в три блока согласно двум критериям: «адаптивность» и «дезадаптивность». Первый блок объединяет типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. Результаты, полученные в ходе диагностики с использованием ТОБОЛ, позволят выявить конструктивную и не конструктивную модели поведения в ситуации потери здоровья.

Для оценки способности респондентов распознавать упорядоченность сенсорного потока использовалась компьютерная методика РеБОС [1]. С

помощью которой фиксировались простая и сложная сенсомоторная реакция. В случае оценки простой сенсомоторной реакции испытуемый должен был сидеть перед экраном монитора, на котором появлялись круги разного цвета. При появлении круга любого цвета респондент должен максимально быстро нажать клавишу «пробел». При выполнении сложной сенсомоторной реакции, согласно инструкции, нужно было нажать на клавишу «пробел» при появлении любых кругов, кроме красного, что позволило оценивать тормозные процессы. Поток предъявляемых сигналов имел фрактальную структуру. Оценивались следующие показатели: среднее время реакции, пропуски стимула, то есть ошибки. Фиксировались ошибки первого, второго и третьего рода. Ошибки первого рода - испытуемый нарушает инструкцию, не нажимает на «пробел», хотя необходимо было нажать; ошибки второго и третьего рода – в серии простой сенсомоторной реакции - нажимает на «пробел», в случаях, когда не надо нажать, в сложной сенсомоторной реакции, испытуемый нарушает инструкцию, нажимая на запрещенный стимул (круг красного цвета). Фиксация указанных показателей позволяет оценить характер сенсомоторной интеграции и уровень тормозного контроля. Следует отметить одну особенность, программа построена таким образом, что вторая часть сенсорного потока точно дублирует первую, но испытуемым об особенностях диагностической программы не сообщается.

Сначала были проанализированы данные, полученные в ходе диагностики типов отношения к болезни. Анализ полученных результатов позволяет нам утверждать, что не было выявлено различий в типах отношения к болезни между представителями различных групп здоровья. У людей имеющих 1,2 и 3 группы диагностируется практически идентичный набор типов. Полученные результаты позволили нам произвести дальнейшее деление респондентов с учетом их «адаптивности» и «деадаптивности» к заболеванию. Испытуемые были разделены на две группы:

- имеющие тип отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается (первый блок);
- имеющие тип реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием (второй и третий блоки).

Затем была проведена серия рефлексометрических измерений при помощи компьютерной методики РеБОС. На начальном этапе проводилась тренировочная серия, в ходе которой испытуемые запоминали инструкцию и нажимали на «пробел» при появлении стимула.

Таблица 1

**Рефлексометрические измерения
Тренировочная серия
(среднее и стандартное отклонение)**

Тип отношени я к болезни	Первая часть потока			Вторая часть потока		
	Среднее время реакций	Количеств о ошибок 1рода	Количеств о ошибок 3рода	Среднее время реакций	Количеств о ошибок 1рода	Количеств о ошибок 3рода
Первый блок – типов отношени я к болезни	321,3±41, 4	2,15±3,3	1,05±1,8	320,2±43, 9	1,9±3	1,25±1,9
Второй и третий блоки типов отношени я к болезни	311,2±24, 8	3±5,3	1,4±2,3	322,6±48, 3	3,5±5,7	1,2±1,7

Как видно из данных представленных в таблице 1, испытуемые, у которых выявлены типы отношения к болезни, относящиеся к первому блоку, успешно и стабильно прошли тренировочную серию. Среднее время реакции фактически не изменилось, равно как и количество ошибок. У испытуемых, имеющих тип отношения к болезни, указывающих на наличие дезадаптации, среднее время реакции возросло во второй части потока, но нельзя не отметить, что количество ошибок осталось практически неизменным. При сравнении их с испытуемыми первой группы, выявлено, что количество ошибок первого рода (надо нажимать – испытуемый не нажал) у них выше.

В серии простых сенсомоторных реакций, допущенные испытуемыми ошибки, сопровождались звуковым сигналом, таким образом, испытуемые понимали, что допустили ошибку.

Таблица 2

**Рефлексометрические измерения
Серия простых сенсомоторных реакций
(среднее и стандартное отклонение)**

Тип отношения к болезни	Первая часть потока			Вторая часть потока		
	Среднее время реакций	Количество ошибок 1 рода	Количество ошибок 3 рода	Среднее время реакций	Количество ошибок 1 рода	Количество ошибок 3 рода
Первый блок – типов отношения к болезни	320,05±53,4	1,7±2,8	1,55±2,8	328,1±51,7	2,05±2,7	2,1±5
Второй и третий блоки типов отношения к болезни	308,1±22,1*	2,2±2,8	0,6±0,7	321,7±42,7	1,2±1,9	0,5±0,7

*-достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента

Изменившиеся условия сказались на результатах. Показано (Табл. 2), что у испытуемых, психическая и социальная адаптация которых существенно не нарушается, увеличилось среднее время реакции во второй части потока и увеличилось количество ошибок особенно третьего рода (нажимает, когда не надо нажимать). Но следует отметить, что среднее время реакций на много стабильнее, что у испытуемых второй группы. Участники исследования имеющие тип отношения к болезни, характеризующийся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, в начале серии показали «лучшее» время реакции, в сравнении с представителями первой группы, но во второй части сенсорного потока время значительно возросло, при этом уменьшилось количество ошибок как первого, так и третьего рода. То есть дезадаптированные испытуемые перестроились, мобилизовались, и даже при увеличении «время реакции» стали совершать меньше ошибок, что нельзя сказать об адаптированных испытуемых, которые явно растерялись и начали

совершать большее количество ошибок, хотя в тренировочной серии демонстрировали завидную стабильность.

В серии сложных сенсомоторных реакций, как уже отмечалось выше, не нужно было нажать на клавишу «пробел» при появлении определенного стимула (красного круга) и ошибки так же сопровождались звуковым сигналом.

Таблица 3

**Рефлексометрические измерения
Серия сложных сенсомоторных реакций
(среднее и стандартное отклонение)**

Тип отношения к болезни	Первая часть потока				Вторая часть потока			
	Среднее время реакций	Количество ошибок 1 рода	Количество ошибок 2 рода	Количество ошибок 3 рода	Среднее время реакции	Количество ошибок 1 рода	Количество ошибок 2 рода	Количество ошибок 3 рода
Первый блок – типов отношения к болезни	380,8±43,7	3,1±2,8	7,15±3,1	0,4±1,1	395,7±42,7	2,8±4	5,4±3,5	0,5±1,9
Второй и третий блоки типов отношения к болезни	370,9±48,5	3±3,5	6,8±3	0,4±0,5	375,8±39,9	1,35±1,4*	5±2,5	0,1±0,3*

*-достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента

Из представленных в таблице 3 данных видно, что к концу исследования практически все испытуемые «научились» реагировать на стимулы. На это указывает уменьшение количества ошибок во второй части потока. Но лучше всего с задачей справились испытуемые, тип реагирования на болезнь которых, характеризуется наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, у них не значительно по сравнению с представителями первой группы увеличилось среднее время реакций и количество ошибок во второй части потока значительно уменьшилось. Что нельзя сказать об испытуемых, психическая и социальная адаптация которых существенно не нарушается, которые значительно увеличили среднее время реакций, а так же количество ошибок третьего рода.

Выводы.

1. Не обнаружено различий в типе отношения к болезни между представителями различных групп здоровья. Во всех группах диагностируется идентичный набор типов отношения к болезни.

2. Испытуемые, психическая и социальная адаптация которых существенно не нарушается (о чем свидетельствует выявленный тип отношения к болезни), тяжелее перестраиваются в меняющихся условиях. В ходе восприятия сенсорного потока представители данной группы от серии к серии демонстрируют ригидность и недостаточную развитость тормозные процессы на это указывают увеличение среднего времени реакции и количества ошибок.

3. У испытуемых, тип реагирования на болезнь которых, характеризуется наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, нервная система более пластична, и лучше развиты тормозные процессы в сравнении с представителями первой группы, на это указывает уменьшение количества ошибок от серии к серии.

Список литературы

1. Вергунов Е.Г. Связь сенсомоторной интеграции с успеваемостью у школьников 4-х и 6-х классов // Психология образования в поликультурном пространстве. 2010. №1(1). С. 66-72.
2. Психологическая диагностика отношения к болезни: // Пособие для врачей. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. / Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я. Вукс. - Санкт-Петербург, 2005. – 32с.

ИСТОЧНИК СМЫСЛА ЖИЗНИ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Богданова Г.Н.

Аннотация. В статье приводятся результаты исследования особенностей переживания онтологической значимости жизни пациентов с неврозами. Выявлен и проанализирован общий показатель осмысленности жизни больных неврозами, намечены возможности коррекции неадекватных установок и

невротических конфликтов через нормализацию компонентов смысловой сферы пациентов.

Ключевые слова: невроз, невротические расстройства, смысл, смысловая сфера, дисгармоничность смысловой сферы.

THE SOURCE OF MEANING OF LIFE IN PEOPLE WITH NEUROTIC DISORDER

Bogdanova Mr. N.

Abstract. The article presents the results of the study of the features of the experience of the ontological significance of the life of patients with neuroses. The General indicator of meaningfulness of life of patients with neuroses is revealed and analyzed, possibilities of correction of inadequate installations and neurotic conflicts through normalization of components of the semantic sphere of patients are outlined.

Key words: neurosis, neurotic disorders, meaning, semantic sphere, the semantic sphere disharmoniously.

Исследование отношения человека к миру необходимо начинать в онтологическом плане, это может раскрыть способ существования человека в мире. Само отношение человека к миру необходимо рассматривать с разных сторон [5]. Как к бесконечности включающей в себя самого человека (бесконечность может поглотить его, подавить). Как объект, тогда мир может быть переделан человеком, человек может проникнуть в него познанием. Наличие сознания объясняет различное отношение человека к миру, а при разном отношении к миру возникают разные жизненные смыслы [2].

Анализ «смысла жизни» равно как онтологической проблемы подразумевает, в первую очередь, сопоставление смысла жизни определенного лица со смыслом целого [7]. В конкретной степени смысл жизни как раз и считается связывающим звеном между индивидуумом и человечеством, находится в зависимости от смысла целого (согласно терминологии разных авторов, смысла Вселенной, смысла события, смысла существования и т.д), этой смысловой действительности, что накоплена человечеством в продолжительном процессе собственного становления. Это дало базу

большинству научным работникам сказать, то, что именно в свете смысла целого обретает смысл определенная человеческая жизнь [3, 9].

Дисгармоничность смысловой сферы личности выражается равно как неумение высококачественно выполнять ключевые функции, на основе которых, строится жизненная перспектива и выполняется смысловая регуляция работы; несформированность генерализованных смыслов, элементов смыслового базиса личности; недостаток структуры смысловой сферы, несоблюдение смысловых конструкций; недоступность смысловой сферы смысловому разговору и смысловым трансформациям [1]. В наше время общепризнанным считается представление о неделимости личности и неразрывности разных измерений её самоактуализации. Во взаимосвязи с различными сведениями, данная сфера медицинской психологии, в которой формируются познания о механизмах и обстоятельствах различных нервно-психологических расстройств, в том числе невротических, встречается с необходимостью перехода в новейшую стадию формирования теоретико-методологического и практического аппарата, учитывающего свершения различных сфер психологии, медицины, психо- и нейрофизиологии и других областей научного знания [6].

Возрастание численности нервно-психических заболеваний говорит о необходимости расширить и углубить как теоретический базис, так и прикладные разработки в области психотерапии, психологического консультирования и психодиагностики [8]. Сфера интересов психологии и медицины давно заключается в реабилитации и восстановлении трудоспособности человека. Несформированность смыслов, отсутствие в структуре смысловой сфере, неспособность осуществлять смысловую регуляцию деятельности отрицательно сказывается на жизни человека [4].

Актуальность настоящей работы обусловлена и тем, что, несмотря на многочисленные исследования, остается неясным ряд вопросов, связанных с поиском и обоснованием эффективных краткосрочных программ для лечения больных с невротическими расстройствами.

Цель исследования: выявление особенностей переживания индивидом с невротическим расстройством онтологической значимости жизни. Мы предполагаем, что при невротическом расстройстве создаются определенные условия, в которых наблюдается дисгармоничность смысловой сферы. Изменяются (разрушаются, не сформировываются) мотивационно-смысловые образования в структуре направленности личности, происходит изменение

составляющих смысловой сферы, нарушается соотношение мотивации достижения с другими мотивами деятельности.

Для оценки источника смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни, нами был использован тест «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д. А. Леонтьева и беседа с испытуемыми. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием ранговой корреляции Спирмена, критерия χ^2 Пирсона, углового преобразования φ Фишера. В исследовании приняли участие 150 больных невротическими расстройствами (различными вариантами неврозов), находящихся на стационарном лечении, и 150 здоровых людей. Возрастная категория – 35-50 лет; в равной степени мужчины и женщины.

Рассмотрение полученных результатов при изучении источников смысла жизни у лиц с невротическим расстройством. Нами были обнаружены у здоровых людей высокие показатели согласно шкале «цели в жизни», что свидетельствует о том, что испытуемых возможно квалифицировать далеко не только лишь как целенаправленных людей, однако и как прожектера, планы их никак не обладают реальной опорой в реальном и никак не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У пациентов невротическими расстройствами наоборот, невысокие баллы согласно шкале «цели в жизни» данное свидетельствует нам о этом, то что в том числе и при общем значительном уровне осмысленности жизни (ОЖ) испытуемые живут сегодняшним либо вчерашним днем. Характеристики согласно этой шкале предоставляют нам право делать заключения о том, что у здоровых людей имеются цели в будущем, а у пациентов с невротическими расстройствами цели в перспективе отсутствуют.

Рассматривая показатели по шкале «процесс жизни», мы можем говорить о том, что у здоровых людей наблюдаются высокие показатели, это означает, что здоровые люди воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, значимый, насыщенный, эмоциональный и наполненный смыслом. Это свидетельствует о том, что люди обладают разной степенью осознанности своей жизненной стратегии, в частности, такой ее характеристики, как осмысленность жизни. Низкие баллы по этой шкале выявлены у больных невротическими расстройствами, что говорит об их неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, но при этом, жизни могут придавать полноценный смысл

только воспоминания о прошлом, так как нацеленность на будущее у них отсутствует.

Рассматривая показатели по шкале «результативность жизни», мы можем говорить о том, что у здоровых людей наблюдаются высокие показатели, так же как и у больных невротическими расстройствами. Здоровые люди имеют высокие результаты по остальным шкалам, поэтому по полученным данным, мы можем охарактеризовать испытуемых, как удовлетворенных своей самореализацией, они оценивают пройденный отрезок жизни как продуктивный и осмысленный. Напротив больные невротическими расстройствами характеризуются как люди доживающие свою жизнь. У них все в прошлом и только это прошлое придает смысл остатку жизни.

Анализируя данные по шкале «локус контроля - Я», мы так же наблюдаем высокие значения в группе здоровых людей, это значит, что люди в этой группе воспринимают себя как сильную личность, которая обладает достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами и представлениями о ее смысле. Испытуемые с невротическими расстройствами показали низкие баллы по данной шкале, что говорит о неверии в собственные силы, они считают себя неспособными контролировать события собственной жизни.

Анализируя данные по шкале «локус контроля - жизнь», мы также наблюдаем высокие значения в группе здоровых людей, это значит, что люди в этой группе убеждены в том, что сам человек способен контролировать собственную жизнь, что он может самостоятельно принимать решения и реализовывать их в жизнь. Испытуемые с невротическими расстройствами показали низкие баллы по данной шкале, что говорит о фатальном убеждении в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода это иллюзия, а загадывать на будущее и строить планы, просто, бессмысленно.

Таким образом, у пациентов, в отличие от здоровых лиц, выявляются недоверие к будущему, негативное отношение к своей жизни, бессмысленность и нежелание принимать самостоятельные решения. Возможно, некоторые отмеченные особенности измененного отношения к онтологической значимости жизни присутствовали еще до заболевания, а впоследствии, с началом и развитием заболевания, усугублялись (из этого следует, что, выявляя группы риска, мы можем предупредить возникновение ряда нервно-психических нарушений). Известно, что больные неврозами часто воспитывались в семьях, для которых характерны внутренняя хаотичность,

непоследовательность, конфликтность. Возможно, поэтому их образ мира, включая смысл жизни как его характеристику, в какой-то степени хаотичен и беспорядочен, поскольку смысложизненные ориентации в должной мере не выполняет своей связующей функции между событиями и процессами образа мира. Косвенным подтверждением этого может служить тот факт, что пациенты в нашем исследовании, в отличие от здоровых, считают, что они доживают свою жизнь. У них все в прошлом и только это прошлое придает смысл остатку жизни, хотя цели в будущем отсутствуют.

Они не удовлетворены своей жизнью в настоящем, жизни могут придавать полноценный смысл только воспоминания о прошлом, так как нацеленность на будущее отсутствует. Такие люди не верят в собственные силы, считают себя неспособными контролировать события собственной жизни, они убеждены в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода это иллюзия, а загадывать на будущее и строить планы, просто, бессмысленно.

С учетом результатов исследования нами был разработан психокоррекционный комплекс (10 индивидуальных занятий). Диагностический и коррекционный акцент делается на отношение к смысложизненным категориям. Одной из важных целей коррекции является повышение положительного отношения к себе, своим силам. Комплекс включает в себя работу с Локусом-контроля, установление адекватных причинно-следственных связей; работу с образами достижения (целями, временными перспективами будущего), коррекцию целеполагания; осуществление временных синтезов. Повторные исследования смысложизненных ориентаций у пациентов, с которыми была проведена подобная работа, и катamnестические данные позволяют сделать благоприятный прогноз о том, что наличие невротического расстройства коррелирует с измененными смысложизненными ориентациями.

Список литературы

1. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – 640 с.
2. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301с.

3. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 512 с.
4. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. В 2-х тт. Том 1 / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; пер. с англ. В.Б. Стрелец. – М.: Медицина, 2002. – 672 с.
5. Леонтьев А.Н. Образ мира /А.Н. Леонтьев //Избранные психологические произведения. Т.2. – М.: Педагогика, 1983. С. 251-262.
6. Мясищев В.Н. Личность и неврозы /В.Н. Мясищев. – Л.: изд-во Ленинградского университета, 1960. – 428 с.
7. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Бушуева О.Ю., Запесоцкая И.В. Анализ показателей функциональной асимметрии мозга у больных с ишемическим инсультом: нейропсихологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. Т. 114. № 12-2. - С. 28-32.
8. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н., Недуруева Т.В. Состояние "выгорания": детерминация, феноменология, генезис, измерение // Курск, 2007.
9. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику /В.В. Николаева. – М.: изд-во Московского университета, 1987. – 168 с.
10. Реан А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб.:Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2006. – 479 с.
11. Смирнов С.Д. Мир образов и образ мира /С.Д.Смирнов //Вестн. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 1981. № 2. С. 15-29.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла / В.Франкл. –М.: Прогресс, 1990. С. 231 – 244.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Звягинцева Е.И., Силакова В.О., Шутеева Е.Ю.

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

Аннотация. В статье отражены результаты клинического и нейрокогнитивного обследования 50-ти пациентов с хронической ишемией мозга

(ХИМ), 30 из них (основная группа) получали препарат нейрокс в суточной дозе 250 мг в течение 15-ти дней. В контрольную группу были отобраны 20 пациентов, сопоставимые с основной по возрасту, характеру жалоб, результатам клинического и нейропсихологических обследований. Обе группы получали стандартные препараты, включающие сосудистые и антиагрегантные средства. В основной группе на фоне лечения наблюдалось значительное улучшение статодинамических и нейрокогнитивных функций. Использование нейрокса является безопасным, а его применение в комплексной терапии повышает эффективность проводимого лечения и оказывает положительное влияние на течение болезни.

Ключевые слова: нейрокс, хроническая ишемия мозга, лечение хронической ишемии мозга.

CHRONIC BRAIN ISCHEMIA: PATHOGENETIC ISSUES OF THERAPY

Zvyagintsev, EI, Silakova, V.O., Shuteeva, E.Yu.

Abstract. The article reflects the results of clinical and neurocognitive examination of 50 patients with chronic cerebral ischemia (CIM), 30 of them (the main group) received the neurox preparation in a daily dose of 250 mg for 15 days. In the control group, 20 patients were selected, comparable to the main one by age, the nature of complaints, the results of clinical and neuropsychological examinations. Both groups received standard drugs, including vascular and antiplatelet agents. In the main group, a significant improvement in statodynamic and neurocognitive functions was observed during treatment. The use of neurox is safe, and its use in combination therapy increases the effectiveness of the treatment and has a positive effect on the course of the disease.

Key words: neurox, chronic cerebral ischemia, treatment of chronic cerebral ischemia.

В настоящее время сосудистые заболевания головного мозга являются одной из самых частых причин инвалидизации и смертности населения во всем мире [1].

Хронические расстройства мозгового кровообращения включают различные клинические проявления: экстрапирамидные, координаторные и пирамидные расстройства, нарушение эмоциональных и когнитивных функций [2]. Развитие заболевания сопровождается выраженным прогрессированием вышеперечисленных нарушений, что зачастую ведёт к инвалидизации

пациентов [3]. При ХИМ нарушение функции ходьбы, координации движений обусловлено двумя основными компонентами: дефектом на уровне центральных механизмов управления произвольными движениями и на уровне исполнительного звена статолокомоторной системы (парезы, атаксия, экстрапирамидные расстройства). Несоответствие потребностей вещества головного мозга (в кислороде и глюкозе) объему крови, поступающей к нему, также является важным звеном в развитии хронической мозговой сосудистой недостаточности [4]. Эти факторы приводят к формированию определенной цепи биохимических патологических реакций. Возникает хроническая ишемия, ведущая к нарушению белкового синтеза, выработке медиаторов воспаления, активации окисления свободными радикалами [5]. Поэтому изучение целесообразности применения препарата нейрокс при лечении хронической ишемии мозга является актуальным.

Согласно имеющимся данным, нейрокс (этилметилгидроксипиридина сукцинат) является представителем группы антиоксидантных препаратов, и обладает антигипоксическим, мембранопротекторным, стрессопротекторным, ноотропным, анксиолитическим и противосудорожным действием [6].

Этилметилгидроксипиридина сукцинат оказывает тормозное влияние на процесс перекисного окисления липидов, улучшает структуру клеточной мембраны, способствует переносу нейромедиаторов и улучшению передачи в синапсе. Активирует компенсаторный аэробный гликолиз, стимулирует процессы окисления в цикле Кребса при гипоксии, активирует синтез энергии в митохондриях [7]. Уменьшает реакцию на повреждающие факторы при патологических состояниях (гипоксия и ишемия, различные виды шока, интоксикации) [7,8]. Улучшает реологические свойства крови, метаболизм и кровоснабжение головного мозга, стабилизирует мембраны эритроцитов и тромбоцитов, тем самым уменьшая вероятность гемолиза; уменьшает уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности. Нормализует послестрессовое поведение, нивелирует соматические и вегетативные нарушения, способствует восстановлению сна, процессов обучения и памяти [8]. Препарат вызывает выраженную специфическую стимуляцию центральной нервной системы с одновременным седативным эффектом [9].

Цель - определение эффективности использования нейрокса для лечения дисциркуляторной энцефалопатии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2х группах пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией: основная и контрольная.



Возраст варьировал от 50 до 75 лет. В основную группу были отобраны 30 пациентов, из них женщины - 17 (57%), мужчины - 13 (43%). Средний возраст - 61,2 года. У пациентов основной группы в анамнезе отмечено наличие сопутствующей патологии: артериальная гипертензия длительностью от 10 до 20 лет – 18 (60%); церебральный атеросклероз без артериальной гипертензии - 4 (13%); сочетание церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии - 20 (66%); острые нарушения мозгового кровообращения – 11 (37%); ожирение II-III ст. - 15 (50%). В контрольную группу были отобраны 20 пациентов, средний возраст которых составил 62,4 года; распределение по наличию соматической патологии в группе аналогично основной. Испытуемые обеих групп были сопоставимы по характеру жалоб (головные боли, снижение памяти и внимания), результатам обследований (клинического и нейропсихологических), уровню образования.

Обследование проводилось до и после лечения по следующей схеме: сбор жалоб и анамнеза, оценка соматического статуса; исследование неврологического и нейропсихологического статуса с использованием шкалы оценки статолокомоторных функций Тинетти, краткой шкалы оценки психической сферы и шкалы лобной дисфункции. В неврологическом статусе у пациентов обеих групп отмечались нарушение координации движений, пирамидная рассеянная симптоматика, рефлекс орального автоматизма. Обе группы получали стандартные препараты – вазоактивные средства и антиагреганты; пациентам основной группы дополнительно был назначен нейрокс внутримышечно по 250 мг в сутки в течение 15-ти дней. Статистическая обработка результатов выполнена при помощи комплекса программ Statistica 6.0.

Результаты. Пациенты, получающие нейрокс, к концу 1-й недели терапии отмечали субъективное улучшение состояния: уменьшение головных болей, некоторое улучшение памяти и внимания. В контрольной группе на фоне приема традиционной терапии отмечалось уменьшение жалоб, но снижение когнитивных функций сохранялось. Лечение нейроксом привело к улучшению статодинамических и когнитивных функций в основной группе, что подтверждает изменение показателей используемых шкал (см. таблицу 1, 2).

Таблица 1

Динамика показателей шкалы Тинетти в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Показатель	Группа	До лечения	После лечения
Шкала Тинетти	Основная	30,5 ±2,4	34,2±1,7*
	Контрольная	31,1±1,5	32,1±1,4

* $p < 0,05$

Из данных таблицы 1 видно, что терапия нейроксом достоверно приводила к улучшению статодинамических функций у пациентов с ХИМ, в контрольной группе значимых изменений показателей не было.

Таблица 2

Результаты нейропсихологического обследования с использованием шкалы оценки лобной дисфункции (ШОЛД) и краткой шкалы оценки психологической сферы (КШОПС) в основной и контрольной группах (M±m)

Шкалы	Группа	До лечения	После лечения
ШОЛД	Основная	16,2±1,4	17,3±1,1*
	Контрольная	16,1±1,3	16,4±1,2*
КШОПС	Основная	28,1±1,3	29,3±0,8 *
	Контрольная	28,2±1,2	28,3±1,4

* $p < 0,05$

Исходя из данных таблицы 2, можно утверждать, что у пациентов основной группы приём нейрокса способствовал достоверному улучшению когнитивных функций.

Выводы. Исследование, проведенное при помощи шкал (оценки статолокомоторных функций Тинетти, краткая шкала оценки психической сферы и шкала лобной дисфункции), указывает на выраженный лечебный эффект нейрокса в терапии пациентов с хронической ишемией мозга. Применение данного препарата достоверно улучшает статодинамические и когнитивные функции и качество жизни пациентов. Использование нейрокса является безопасным, так как он не оказывал отрицательного воздействия на субъективный статус пациентов, не вызывал аллергических реакций и обострений сопутствующих соматических заболеваний.

Таким образом, учитывая полученные результаты, можно заключить, что препарат нейрокс можно рекомендовать для использования в комплексном лечении у лиц, страдающих ХИМ.

Список литературы

1. Литвиненко И.В., Наумов К.Н., Одинак М.М. Коррекция когнитивных и некогнитивных симптомов цереброваскулярной болезни. Журн. неврол. и псих. – 2014. – №4. – С. 35 - 40.
2. Маркин С.П. Нарушения когнитивных функций в практике врача. Журн. неврол.и псих.2010. 110: 11: 2 :66-72.
3. Агафонов Б.В., Подрезов Л.А., Каравашкина Е.А. Лечение двигательных и когнитивных расстройств у больных в резидуальном периоде инсульта. Журн. неврол.и псих. – 2010. – 110:2:55-58.
4. Шутеева Т.В. Современные подходы к вопросам коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга. Русский медицинский журнал. – 2017. – Т. 25. – № 21. – С. 1507- 1510.
5. Головкова М.С., Яхно Н.Н., Захаров В.В. Применение нейромидина в терапии сосудистых когнитивных нарушений разной степени выраженности. Журн. неврол.и псих. – 2007; 107: 9: 20-26
6. Шутеева Т.В., Чернышков Е.В. Применение препарата нейромидин в лечении хронической ишемии мозга. Журн. неврологии и псих. – 2012. – 112: 4: 77-78
7. Захаров В.В., Головкова М.С. Опыт применения нейромидина в лечении сосудистых когнитивных нарушений. В материалах XI Международной конференции “Новые стратегии в неврологии” 2009; 253 – 259.
8. Логачева Е.А., Шутеева Т.В., Гриднев М.А. Прогноз и исходы ишемического инсульта (по данным регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы). В сборнике: Университетская наука: взгляд в будущее. 2018. С. 33-37.
9. Шутеева Т.В. Коррекция когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга. В сборнике: Психология здоровья и болезни, клинико-психологический подход. 2014. С. 296-300.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ

Земзюлина И.Н., Северинова А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В настоящее время известно множество факторов, приводящих к психологическому бесплодию. Целью нашего исследования является клинико-психологический анализ факторов психологического бесплодия в супружеской паре. Нами были использованы методы, направленные на изучение согласованности семейных ценностей, ролевых установок в супружеской паре, готовности к родительству, контекста жизненного пути, особенностей переживания ситуации невозможности реализации родительской функции, а также изучение параметров личностной зрелости (локуса контроля, уровня рефлексивности, эгоцентризма). Согласно полученным результатам исследования были установлены следующие факторы нарушения репродуктивной функции в супружеской паре: рассогласованные и не приносящие удовольствие межличностные отношения, низкий уровень ролевой адекватности супругов, уровень личностной зрелости, характеризующийся экстернальным уровнем локуса контроля, высоким уровнем эгоцентризма и низким уровнем рефлексивности.

Ключевые слова: бесплодие, беременность, переживание, контекст жизненного пути, готовность к родительству, психологическое бесплодие, личностная зрелость, иерархия социальных ролей.

KLINICAL-PSYCHOLOGICAL THE ANALYSIS OF FACTORS OF PSYCHOLOGICAL INFERTILITY IN MARRIED COUPLE

Zemzyulina I.N., Severinova A.V.

Abstract. Currently, there are many factors leading to psychological infertility. The aim of our study is a clinical and psychological analysis of the factors of psychological infertility in a married couple. We applied methods, as well as the study of the parameters of personal maturity (locus of control, level of reflexivity,

egocentrism). According to the results of the study, the following violations were observed: violations of social responsibility, insolvency, insolvency, insolvency.

Keywords: infertility, pregnancy, experience, context of life, readiness for parenting, psychological sterility, personal maturity, hierarchy of social roles.

На сегодняшний день медицине известны различные формы бесплодия. Причины, приводящие к последнему, достаточно разнообразны и включают как физиологические, так и социально-психологические факторы [2, 4, 6]. Особую группу женщин с бесплодием составляют пациентки, обследование которых по современным клиническим стандартам не выявило объективных причин невозможности наступления беременности. Так, частота однозначно невыясненных причин, приводящих к невозможности иметь детей, достигает 41,2% [5]. В настоящее время данная форма бесплодия обозначена как «неясное», «психогенное», «идиопатическое» бесплодие [3].

В качестве факторов, препятствующих беременности, исследователи выделяют следующие психологические особенности таких женщин: черты инфантильности; искаженная или незрелая полоролевая идентификация; неадекватные формы реагирования на стрессовые ситуации; эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, подавленная агрессия в разной направленности; осложненные отношения с другими людьми, в первую очередь – близкими [6, 7]. Также особое значение имеет актуальная семейная ситуация, которая зависит от личностного вклада супругов и их способности реагировать на ситуацию сообща. 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» [1, 6]. Итак, на основе уже существующих исследований, мы выделяем следующие факторы психологического бесплодия: событийный контекст жизненного пути, особенности переживания, готовность к материнству и отцовству, иерархия социальных ролей, качество супружеских отношений, параметры личностной зрелости.

В связи с вышесказанным мы обращаем внимание на необходимость проведения клинико-психологического анализа факторов нарушения репродуктивной функции в супружеской паре. Внутренняя картина бесплодия представляет собой совокупность знаний, переживаний и поведенческих реакций женщины на ситуацию бесплодия. По-нашему мнению, изучение

бесплодия в супружеской паре, отягощенного различными психологическими факторами, представляется нам важной не только медицинской, но и социально-психологической проблемой, решение которой позволит нивелировать демографический кризис во многих развитых странах и обеспечит нормальное течение беременности [6].

Поэтому **целью нашего исследования** является анализ клинико-психологических факторов психологического бесплодия в супружеской паре.

Методы исследования. Испытуемые были разделены на две группы: контрольная и экспериментальная. **Контрольную группу** составили семейные пары, ожидающие первого ребенка – 17 пар (34 человека). В **экспериментальную группу** вошли бесплодные супружеские пары – 12 пар (24 человека). Эмпирическое исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска и на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница № 2– женская консультация». Каждая пара испытуемых проходила следующие психодиагностические тесты:

- методика «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой;
- методика «Диагностика уровня развития рефлексивности» А.В. Карпова;
- опросник «Локус контроля личности» Е.Г. Ксенофонтовой;
- тест эгоцентрических ассоциаций (ЭАТ);
- методика «Линия жизни», в адаптации Т.Д. Василенко;
- восьмицветовой тест М. Люшера.

Для статистической обработки данных использовались непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Для качественного описания результатов нами анализировались относительные частоты встречаемости различных значений признака, а также средние значения (среднее и медиана), с учетом изменчивости признака (стандартное отклонение). Все расчеты проводились в программе STATISTICA (версия 8.0). Статистически значимыми считали результаты при $p \leq 0,05$.

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 «Интимно-сексуальная сфера» ($p = 0,001$), «Личностная идентификация» ($p = 0,008$), «Эмоционально-

психотерапевтическая сфера» ($p = 0,012$) между экспериментальной и контрольной группами.

Различия по шкале «Интимно-сексуальная сфера» свидетельствуют о том, что между бесплодными супругами существуют разногласия по поводу значимости данной сферы в их семейной жизни. Один из супругов считает, что сексуальная гармония является важным условием семейного счастья, а другой недооценивает данную сферу и утверждает, что удовлетворение или неудовлетворение сексуальных потребностей не связано с семейным благополучием. Таким образом, в семье возникает рассогласованность в интимно-сексуальной сфере.

Следует обратить внимание на значения показателей по шкале «Личностная идентификация», различия по которым говорят об ожиданиях одного из супругов, что в отношениях будет общность интересов, ценностей, потребностей, способов времяпрепровождения, в то время как другой супруг стремиться к автономии и не ориентируется на совместную деятельность. В итоге, 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 возьмет на себя роль психотерапевта, будет нести ответственность за психологический климат в семье и оказывать моральную поддержку. Таким образом, один из супругов оказывается в ситуации фрустрации, когда его эмоциональные потребности не удовлетворяются.

Стоит отметить, что сравнительный анализ показателей ролевой адекватности супругов в контрольной и экспериментальной группах, и обнаруженные различия позволяют сделать вывод о несоответствии ролевых ожиданий и ролевых притязаний супругов в бесплодном браке.

При исследовании уровня развития личностной зрелости супругов были выявлены значимые различия по показателю «Локус контроля» в группе женщин ($p = 0,025$) и в группе мужчин ($p = 0,014$).

При исследовании уровня развития личностной зрелости супругов были выявлены значимые различия по показателю «Уровень рефлексивности» в группе женщин ($p = 0,014$) и в группе мужчин ($p = 0,033$).

В экспериментальной группе бесплодных супругов уровень рефлексивности значительно ниже, чем в контрольной группе. Это говорит о том, что супруги, ожидающие ребенка, осознают себя, свои чувства и мысли и, следовательно, могут без затруднений их выражать. В то время как бесплодные супруги имеют трудности с осознанием и выражением своих чувств и мыслей, а также неспособны до конца осознавать свои истинные потребности. Это становится причиной формирования внутриличностных конфликтов, основанных на столкновении двух или более актуальных потребностей в мотивационно-потребностной сфере, и является показателем низкого уровня личностной зрелости бесплодных супругов.

Бесплодные супруги по сравнению с супругами, ожидающими ребенка, склонны перекладывать ответственность за события, происходящие в жизни на других людей или на саму жизнь. В то время как супруги, ожидающие ребенка, способны осознавать свою ответственность и брать ее на себя в определенных жизненных ситуациях. Они с легкостью осознают долю своего вклада в те или иные события и обстоятельства жизни, чего не отмечается в группе бесплодных супругов.

При исследовании уровня развития личностной зрелости супругов были выявлены значимые различия по показателю «Уровень эгоцентризма» в группе женщин ($p = 0,002$) и в группе мужчин ($p = 0,001$).

Среди женщин с нарушением репродуктивной функции большее количество тех, кто обладает высокими показателями эгоцентризма, чем среди беременных женщин. Такая же ситуация наблюдается в группе мужчин. Можно с уверенностью сказать, что высокий эгоцентризм свойственен женщинам и мужчинам в бесплодном браке. Данные тенденции характеризуют незрелость личности таких супружеских пар в целом, что, по всей видимости, выступает компенсаторным механизмом в ситуации бесплодия.

При анализе данных, полученных по методике «Линия жизни» было обнаружено, что в жизненном пути бесплодных женщин преобладает сфера «Родительская семья», при этом сфера собственной семьи представлена меньше. События жизненного пути бесплодных мужчин, также как и бесплодных женщин, отличается неравномерностью распределения сфер событий жизни, а также преобладают отрицательные события.

При изучении смыслового компонента переживания ситуации бесплодия были получены различия на высоком уровне статистической значимости по показателям «Процесс жизни» ($p = 0,031$) и «Результат жизни» ($p = 0,042$)

между группами бесплодных мужчин и мужчин, ожидающих ребенка, а также между бесплодными и беременными женщинами. Рисунок № 5. Различия в смысловом компоненте переживания. Жизнь бесплодных супругов характеризуется низким уровнем насыщенности событиями по сравнению с группой супругов, ожидающих ребенка. Это связано с тем, что бесплодные супруги сконцентрированы на ситуации бесплодия.

При изучении эмоционального компонента переживания ситуации бесплодия были получены различия на высоком уровне статистической значимости по методике восьмицветовой тест М. Люшера по показателю «Отклонение от аутогенной нормы» в группе бесплодных и беременных женщин ($p = 0,013$), а также в группе бесплодных мужчин и мужчин, ожидающих ребенка ($p = 0,010$). Данные различия говорят о том, что у мужчин и женщин в бесплодном браке наблюдается высокий уровень эмоционального напряжения, усталости, а также повышенный уровень тревожности. Это связано с тем, что бесплодные супруги находятся в особой (критической) жизненной ситуации бесплодия.

В результате проведенного эмпирического исследования клинико-психологических факторов психологического бесплодия в супружеской паре, нами были сформулированы следующие **выводы**:

1. Рассогласованные, не приносящие удовлетворения межличностные отношения, которые в целом можно охарактеризовать как отношения невысокого качества, выступают детерминантами развития психологического бесплодия в супружеской паре. Межличностные отношения в супружеских парах с психологическим бесплодием характеризуются рассогласованностью семейных ценностей супругов относительно таких сфер супружеских отношений как интимно-сексуальная, личностная идентификация и эмоционально-психотерапевтическая. В таких парах отмечается низкий уровень ролевой адекватности супругов и рассогласованность семейных ценностей, а также незрелость и дисгармоничность личности и ее социальной позиции.

2. Уровень личностной зрелости выступает детерминантой психологического бесплодия в супружеской паре и характеризуется экстернальным уровнем локуса контроля, высоким уровнем эгоцентризма и низким уровнем рефлексивности. Бесплодные супруги неспособны брать ответственность за свои чувства, мысли и поступки, а также за те события, которые происходят в их жизни.

3. В супружеской паре с психологическим бесплодием существенно выражены эгоцентрические установки в социальных отношениях, направленные на удовлетворение личных интересов в ущерб совместных, что характеризует их низкую личностную и социальную зрелость.

4. Контекст жизненного пути личности выступает в качестве личностной детерминанты переживания психологического бесплодия. Контекст жизненного пути семейных пар с психологическим бесплодием представлен в основном отрицательными событиями, которые определяют ориентацию на прошлое и сужение целей в будущем.

5. Переживание ситуации психологического бесплодия супругами носит ярко выраженный негативный характер. Смысловой компонент переживания ситуации бесплодия представлен сужением смысловой сферы, низким уровнем насыщенности жизни значимыми событиями и ситуациями. Ситуация бесплодия оказывает влияние на смысловую сферу личности супругов. Эмоциональный компонент переживания ситуации бесплодия представлен высоким уровнем психоэмоционального напряжения, повышенной тревожностью, преобладанием отрицательных эмоций депрессивного спектра.

Список литературы

1. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка. //Синапс. 1993. №4.С 32-38.
2. Кочанова Л.В. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. //Медсестра.2002.№2.
3. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. - М.: Эксмо,2006. - 992 с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М., 1987.
5. Радчук В.М. анализ психологической готовности к брачным отношениям // Актуальные проблемы социологии, психологии, педагогики: сборник научных статей. - 2012. - № 17. - С. 140–146.
6. Филиппова Г.Г. "Образ мира и мотивационные основы материнства" // Сборник статей "Проблемы изучения и развития личности школьника" Пермь 1995
7. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. //Вопросы психологии. 2001. №2. С.22 - 37.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СКЛОННОСТЬ И УСТОЙЧИВЫЙ ПАТТЕРН ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ильина В.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме интернет-зависимого поведения среди студенческой молодежи. Представлены результаты исследования индивидуально-психологических особенностей студентов с интернет-зависимостью. Отмечается увеличение степени выраженности нарушений в эмоционально-волевой и познавательной сферах, в зависимости от уровня сформированности паттерна интернет-зависимого поведения.

Ключевые слова: Интернет-зависимое поведение, раздражительность, спонтанная и реактивная агрессивность, невротичность, эмоциональная лабильность.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF STUDENTS WHO HAVE A TENDENCY AND A STABLE PATTERN OF INTERNET- DEPENDENT BEHAVIOR.

Ilyina V.V.

Abstract. The article is devoted to the actual problem of Internet-dependent behavior among students. The results of the study of individual psychological characteristics of students with Internet addiction are presented. There is an increase in the severity of violations in the emotional-volitional and cognitive spheres, depending on the level of formation of the pattern of Internet-dependent behavior.

Keywords: Internet-dependent behavior, irritability, aggressiveness, neuroticism, emotional lability.

Проблема сверхувлеченности Интернет-ресурсами не теряет своей актуальности на протяжении последних трех десятилетий. Наряду с исследованиями, посвященными изучению клинических проявлений, методов

диагностики, выявлению причин и механизмов возникновения состояния интернет-зависимости (Пережогин Л.О., Титова В.В., Войскунский А.Е. и др.), активно ведутся исследования индивидуально-личностных и коммуникативных особенностей пользователей сети Интернет [2; 6; 8].

Так, Колотилова И.В., выяснила, что подростки, чрезмерно увлеченные ролевыми компьютерными играми, обладают такими особенностями как закрытость, неуверенность в себе, внутренняя конфликтность и самообвинение. В то время как, подростки, использующие компьютерные игры в качестве хобби, уверены в себе и в большей степени полагаются на свои силы [4]. Жданова Н.Е., определяет субъективное чувство одиночества в качестве детерминанты интернет-зависимости, и выдвигает предположение о том, что одиночество определяет склонность личности к интернет-зависимости и является ее предиктором [3]. Рюмина М.И., отмечает, что подростки, не имеющие интернет-зависимости, способны выстраивать достаточно гармоничные межличностные отношения. У подростков со средним уровнем интернет-зависимости отмечается более высокий уровень агрессии в отношениях, а подростки с высоким уровнем интернет-зависимости характеризуются выраженной дисгармонией межличностных отношений, проявляющейся в чрезмерной отчужденности, напряженности, конфликтности и агрессии [7].

Подростки, в силу недостаточной зрелости эмоционально-волевой сферы, преобладанием позиционной мотивации и стремлением к причастности к группе сверстников, подпадают в группу риска развития различных видов зависимого поведения. Студенческий возраст традиционно считается более спокойным периодом. Однако, высокая степень информационных перегрузок, стремительный темп жизни, возрастающая ответственность и другие стресс-факторы также являются преморбидным фоном для возникновения различных форм аддиктивного поведения. Учитывая особенности социальной ситуации (постоянное использование интернет-ресурсов (электронные библиотеки, аудиокниги и др.) в качестве учебных материалов, значительное ослабление родительского контроля и др.), нам представляется возможным отнести студентов также в группу риска возникновения и развития интернет-зависимого поведения.

С целью изучения индивидуально-психологических особенностей студентов, имеющих склонность и устойчивый паттерн интернет-зависимого поведения, было проведено исследование на базе ФГБОУ Курского

государственного медицинского университета г. Курска. Эмпирическую выборку составили 92 студента 2 курса педиатрического и стоматологического факультетов в возрасте 18 – 21 года. Из них 56 студентов женского пола и 36 – мужского.

В качестве объекта исследования рассматривали интернет – зависимое поведение у студентов. Предметом исследования выступили индивидуально-психологические особенности студентов.

Для сбора данных использовались следующие стандартизированные диагностические методики: методика «Интернет-зависимость» С. Чена (в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова), направленная на диагностику наличия интернет-зависимости (паттерна интернет-зависимого поведения) [5]. Фрайбургский личностный опросник (FPI), направленный на диагностику состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения, а также наблюдение и беседа [1]. С целью обработки результатов использовали методы математико-статистического анализа: описательную статистику и сравнительный (критерий U-Манна-Уитни) анализ данных пакета прикладных программ STATISTICA 7.0.

Изучение склонности к Интернет-зависимости у студентов показало, что 33% респондентов не являются интернет зависимыми (они вошли в группу №1), у 59% наблюдается склонность к возникновению Интернет зависимого поведения (группа №2), и у 8% опрошенных студентов диагностирован выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимого поведения (группа №3).

С помощью критерия U-Манна-Уитни мы сравнили показатели шкал опросника FPI у группы №1 и группы №2. На высоком уровне статистической значимости были обнаружены различия по шкалам «невротичность» ($p=0,014$), «раздражительность» ($p=0,000001$), и «эмоциональная лабильность» ($p=0,020$).

Респонденты, не имеющие интернет-зависимости спокойны, объективны в оценке себя и других, инициативны, склонны к соперничеству. Их отличает серьезность и реалистичность, высокая требовательность к себе, хороший контроль над своим поведением, постоянство в планах и привязанностях. Отличаются гибкостью психики, непринужденностью в межличностных отношениях, уверенностью в своих силах, успешностью в выполнении различных видов деятельности, требующих энтузиазма и решительности. Ответственны, охотно подчиняются групповым нормам. Общая картина

поведения характеризуется отсутствием невротической скованности и внутренней напряженности. Руководствуются надежными, реально ощутимыми ценностями, способны к конструктивному разрешению конфликтов, удовлетворены собой и своими успехами.

Респонденты, имеющие склонность к интернет-зависимости, имеют более высокий уровень невротизации личности и подвержены психосоматическим нарушениям. Для них характерна высокая тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью и утомляемостью. Эмоциональная лабильность проявляется в неустойчивом эмоциональном состоянии, частых колебаниях настроения, повышенной чувствительности. Также отмечается недостаточная саморегуляция поведения, несобранность, пониженная стрессоустойчивость. С трудом переносят ситуации неопределенности, склонны впадать в отчаяние, остро реагируют даже на мелкие неудачи, конфликтны, часто враждебны к окружающим, склонны к самообвинительным реакциям. Социальная адаптация затруднена: склонны уклоняться от выполнения своих обязанностей, не справляются с возлагаемой на них ответственностью. Отмечается наличие противоположных поведенческих паттернов: демонстративность и поиск признания с одной стороны, и стремление к уходу от социальных контактов с другой, в связи с чрезмерным беспокойством по поводу возможного неприятия своей личности другими людьми.

При сравнении показателей респондентов группы №2, со склонностью к возникновению интернет-зависимости, и респондентов группы №3, с устойчивым паттерном интернет-зависимого поведения, на высоком уровне статистической значимости были обнаружены различия по шкале «спонтанная агрессивность» ($p=0,041$).

Респонденты, склонные к интернет-зависимости, осторожны, не любят перемен, к новому относятся с предубеждением. Отмечается сужение круга интересов, ослабление влечений. События, увлекающих окружающих, для них безразличны, все представляется скучным и неинтересным.

У респондентов, с выраженным паттерном интернет-зависимого поведения, отмечается высокая импульсивность, ослабление волевого контроля (стремятся удовлетворить свои желания сразу же, не задумываясь о последствиях своих поступков и часто действуют непродуманно и нецеленаправленно), сильно выражено влечение к острым аффективным переживаниям, при отсутствии которых возникает чувство скуки.



При сравнении показателей респондентов без интернет-зависимости из группы №1, и респондентов группы №3, с устойчивым паттерном интернет-зависимого поведения, на высоком уровне статистической значимости были обнаружены различия по шкалам «депрессивность» ($p=0,011$) и «реактивная агрессивность» ($p=0,029$), а также по шкалам «невротичность» ($p=0,009$), «раздражительность» ($p=0,001$) и «эмоциональная лабильность» ($p=0,006$).

Респондентам, имеющим устойчивый паттерн интернет-зависимого поведения в большей мере, чем респондентам, склонным к интернет-зависимости свойственна невротическая симптоматика, раздражительность и конфликтность в поведении, ослабление волевого контроля над поведением; они еще более тревожны, возбудимы и эмоционально неустойчивы. Фон настроения снижен, они погружены в собственные переживания, склонны к самопожертвованию, нерешительны. Отмечается усиление ригидности психической деятельности и познавательных процессов: длительное интеллектуальное напряжение истощает, активная деятельность протекает с чувством чрезмерного психического напряжения. Еще в большей степени склонны к самообвинительным реакциям, долго и крайне болезненно переживают возникающие неприятности. Характерно резкое обеднение в сфере высших социальных чувств. Они равнодушны к похвале и наказаниям, пренебрегают обязанностями и морально-этическими нормами. При снижении духовных интересов витальные влечения, наоборот, усилены. Стремятся к немедленному удовлетворению своих желаний, не терпят критику и замечания в свой адрес. Враждебны к окружающим, легко аффектируемы. При этом, эмоционально – волевая сфера еще более неустойчива, чем у респондентов, склонных к интернет-зависимости: их желания крайне нестойки и быстро наступает пресыщение с чувством скуки и раздражения. Часто бывают властны, эгоистичны, эмоционально холодны к окружающим людям.

Таким образом, в зависимости от уровня сформированности паттерна интернет-зависимого поведения, отмечаются следующие индивидуально-личностные особенности:

Межличностные отношения студентов, не имеющих интернет-зависимости, благополучны, отличаются непринужденностью, малой степенью конфликтности. Студенты, склонные и имеющие устойчиво сформированный паттерн интернет-зависимого поведения более конфликтны, недоверчивы и враждебны по отношению к окружающим.

Эмоционально-волевая сфера студентов, не имеющих интернет-зависимости, устойчива, респонденты оптимистичны и жизнерадостны, имеют хороший контроль над своим поведением. Студенты, склонные к интернет-зависимости имеют высокий уровень невротизации личности, тревожны, раздражительны, повышено утомляемы, эмоционально лабильны. У студентов, имеющих устойчиво сформированный паттерн интернет-зависимого поведения диагностирована значительная неустойчивость эмоционально-волевой сферы, высокая импульсивность, нарушение волевого контроля, влечение к острым аффективным переживаниям, склонность к депрессивным реакциям, резкое обеднение в сфере высших социальных чувств и усиление ригидности психической деятельности и познавательных процессов.

Студентов, не имеющие интернет-зависимости, охотно подчиняются групповым нормам, способны к конструктивному разрешению конфликтов. У студентов, склонных к интернет-зависимости отмечается стремление избежать социальных контактов, уклониться от выполнения своих обязанностей, обеднение сферы интересов. Студенты, имеющие устойчиво сформированный паттерн интернет-зависимого поведения, равнодушны к похвале и наказаниям, пренебрегают обязанностями и морально-этическими нормами.

Список литературы

1. Балин В.Д., Гайда В.К., Горбачевский В.К. и др. / Под общей ред. Крылова А.А., Маничева С.А. / Учебное пособие. СПб., Питер. –2000. – 560с.
2. Войскунский А.Е. Методологические аспекты зависимости от Интернета: зарубежные исследования // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / Ред.-сост. А.Е. Войскунский. М.: Акрополь. – 2009. – С. 101–111.
3. Жданова Н.Е. Одиночество как детерминанта интернет-зависимости в подростковом возрасте // Академический журнал Западной Сибири. Т. 10. – 2014. – № 3. – С. 117 – 119.
4. Колотилова И.В. Индивидуально-психологические характеристики подростков, увлеченных ролевыми компьютерными играми. Автореф. дис. ...канд. психол. наук. Москва. – 2009. – 22 с.
5. Малыгин В.Л., Феклисов К.А., Искандирова А.С., Антоненко А.А., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики: Учебное пособие. М., МГМСУ. – 2011. – 32 с.

6. Пережогин Л.О. Зависимость от персонального компьютера, Интернета и мобильных средств доступа к нему: нозологическая идентификация // Образование личности. – 2016. – № 1– С. 45 – 53.
7. Рюмина И.М. Особенности дисгармонии межличностных отношений подростков с разным уровнем интернет-зависимости // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. – 2017. – № 1. – С. 78 – 82.
8. Титова В.В., Катков А.Л., Чугунов Д.Н. Интернет-зависимость: причины и механизмы формирования, диагностика, подходы к лечению и профилактике // Педиатр. Т.5. – 2014. – № 4. – С. 132 – 139.

ПИЛОТАЖНОЕ КРОССКУЛЬТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ К СВОЕЙ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИИ

Кайдалова Д.А., Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Проведённое пилотажное кросскультурное исследование позволило оценить эмоционально-ценностное отношение студентов к своей будущей профессии, а также сделать вывод об осмысленности выбора ими профессии врача, преимущественно положительном отношении к образу врача, а также доминировании межличностно-социальной сферы в образе «идеального врача».

Ключевые слова: студенты-медики, идеальный врач, эмоционально-ценностное отношение, мотивация.

CROSS-CULTURAL RESEARCH OF EMOTIONAL-VALUE RELATION OF MEDICAL STUDENTS TO ITS FUTURE PROFESSION

Kaidalova D.A., Kuznetsova A.A.

Abstract. A cross-cultural study made it possible to evaluate the emotional-value attitude of students at Kursk State Medical University, and also to conclude that they chose the profession of physician, predominantly positive attitude to the image

of the doctor, as well as the dominance of the interpersonal-social sphere in the image of the «ideal doctor».

Keywords: medical students, ideal doctor, emotional value attitude, motivation.

Профессия врача – одна из древнейших на Земле. Уже со времён Гиппократов доктор считается носителем особых моральных качеств. Взгляды на образ идеального врача и отношение к врачеванию очень неоднозначны не только в нашей стране, но и за рубежом. Зарубежные и отечественные учёные, описывая личность врача, в первую очередь делают акцент профессионально важных качествах. Г.И. Россолимо к им относил психологические навыки общения врача и пациента, Ю.Н. Плющевский-Плющик – ответственность. Н.А. Семашко, обращаясь к представлениям, существовавшим в советском обществе, говорит об образе «слуги народа», который в своей деятельности проявляет гуманизм и альтруизм. Между системой профессиональных ценностей и медицинской деятельностью, по мнению В.П. Дубровой, существует четкая взаимосвязь, которая прослеживается при формировании мотивационной сферы и ценностных ориентации будущего врача. Система ценностей специалиста-медика придает определенную направленность его деятельности, определяет потребности и интересы, выступая при этом из важнейших мотиваторов медицинской деятельности [1]. Кроме того, существующие в обществе противоречия актуализируют проблему становления образа профессионального будущего у студентов медицинских вузов через формирование эмоционально-ценностного отношения к будущей профессии [3].

Предметом нашего исследования стало определение фактического уровня эмоционально-ценностных представлений о будущей профессии у студентов-медиков. Целью – кросскультурное исследование эмоционально-ценностного отношения студентов-медиков к своей будущей профессии. Центральной гипотезой стало предположение о том, что национальный характер и менталитет оказывают существенное влияние на эмоционально-ценностное отношение к профессии врача, а также на образ идеального врача.

В исследовании приняли участие студенты Курского государственного медицинского университета из России, Бразилии, Нигерии, Индии, Малайзии 1-3 годов обучения.

В ходе исследования с помощью опросника «Мотивы выбора профессии» С.С. Груншпуна было определено, что у 100% опрошенных, вне зависимости от национальной принадлежности, ведущей мотивацией выбора профессии является стремление к творческой работе, проявляется интерес к новым технологиям, стремление приобрести умения и навыки, необходимые для врачебной деятельности. Это может говорить о том, что студенты осознанно подошли к выбору профессии, имеют взвешенное представление о будущей профессии и требованиях, которые она предъявляет, не имеют иллюзий на их счёт.

Следующим этапом было определение эмоционально-ценностного отношения студентов-медиков к будущей профессии с помощью Цветового теста отношений Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда, в который, помимо прочих, были включены понятия «врач» и «пациент». В результате качественного анализа были получены следующие результаты (см. таблицу 1)

Таблица 1

Эмоционально-ценностное отношение студентов к своей будущей профессии

Страна	Отношение					
	Эмоционально-положительное		Конфликтное		Негативное	
	Врач	Пациент	Врач	Пациент	Врач	Пациент
Россия	40%	20%	20%	20%	20%	60%
Бразилия	75%	25%	25%	50%	-	25%
Нигерия	75%	-	25%	100%	-	-
Малайзия	75%	25%	-	25%	25%	50%
Индия	100%	40%	-	60%	-	-

Можно сделать вывод, что преимущественно положительное отношение к образу врача у студентов может быть связано с принятом во всём мире понимании профессии врача как благородной, спасающей жизни. Авторитет и престиж врачебной деятельности наблюдается повсеместно. Однако, в западных странах отношение между врачом и пациентом более строго регламентированы, вследствие чего возникает меньше вопросов к врачебным решениям, тогда как в странах, где медицина развита не на таком высоком уровне, отношения в диадах «врач-пациент» и «врач-родственники пациента» напряженные. Кроме того, преимущественно конфликтное отношение к образу пациента может, по нашему мнению, быть связанным с тем, что студенты получили пока ещё недостаточное количество опыта непосредственного

взаимодействия с пациентами, и основываются во мнении не на собственной профессиональной практике, а на том, что слышали от других. Это подтверждается положительной динамикой изменения отношения к образам врача и пациента у студентов 3 года обучения по сравнению с первокурсниками.

Для определения содержания понятия «идеальный врач» участникам было предложено отметить, какими качествами, по их мнению, должен обладать доктор. Качественный анализ показал, что в это понятие студенты вкладывают не только профессиональные характеристики, но индивидуально-психологические особенности личности. Студенты-медики наиболее важными считают следующие качества:

1. любезность, сердечность;
2. доброта, отзывчивость, самоотверженность;
3. способность настаивать на своём, независимость;
4. внимательность;
5. ответственность;
6. компетентность, профессионализм.

Среди нежелательных качеств врача можно выделить:

1. хвастливость, самодовольство;
2. высокомерие, грубость;
3. эгоистичность, безразличие;
4. злость и мстительность.

Эти качества выделены всеми опрошенными студентами, как наиболее важные для врача. Можно сделать вывод, что все они имеют общепринятое представление о профессионально-важных качествах и том, каким не должен быть «идеальный врач». Основное различие в описании образа врача заключается в том, что представители восточных стран большее значение придают личностным качествам врача, западных – его профессиональным характеристикам.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод об осмысленном выборе профессии врача, преимущественно положительном отношении опрошенных студентов к образу врача, доминировании межличностно-социальной сферы в образе «идеального врача», характеризующей его как «сотрудничающего» с пациентом, готового устанавливать продуктивное терапевтическое взаимодействие. Этот факт рассматривается нами как результат освоения основ теоретических проблем

взаимодействия в диаде «врач-пациент», а также распространяющегося в сознании современной молодёжи образа врача как грамотного специалиста, который спасает жизни. Они создают основу для дальнейшего формирования профессиональных ценностных ориентации, профессионального роста и самосовершенствования в процессе обучения.

Список литературы

1. Дуброва В.П., Елкина И.В. Образец идеального врача в представлениях студентов высшей медицинской школы // Психологическая наука и образование. – 2000. – №4. – С.50-59.
2. Заболотная С.Г. Диагностика развития ценностных представлений студентов медицинского вуза о будущей профессии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8-1. – С. 151-155.
3. Никитина Е.А., Кузнецова А.А. Профессиональное самоопределение старшеклассников в контексте осмысленности жизни//Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2015. № 4 (17). С. 129-136.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕРНЕТ-РИСКОВ И УГРОЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Калинина Н.В.

**ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»,
Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина
(Технологии. Дизайн. Искусство), г. Москва, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты интернет-опроса детей и подростков, их родителей (законных представителей) об их отношении к профилактике интернет-рисков и угроз жизни, проводимой в образовательных организациях. Проанализирована эффективность профилактических

мероприятий на основе субъективных оценок удовлетворенности мероприятиями со стороны участников опроса, а также с точки зрения изменений в поведении при использовании Интернета. Предложены основные направления совершенствования работы в сфере обеспечения безопасности детей и подростков.

Ключевые слова: профилактика, интернет-риски, угрозы жизни, психологическое здоровье, дети и подростки

THE MAIN DIRECTIONS OF EDUCATIONAL ORGANIZATIONS IMPROVEMENT IN THE FIELD OF PREVENTION OF INTERNET RISKS AND THREATS TO THE LIVES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Natalia V. Kalinina

Abstract. The article presents the results of the online survey of children and adolescents, their parents (legal representatives) examining their attitude to the Internet risks and threats to life prevention, conducted in educational organizations. The effectiveness of preventive measures is analyzed on the basis of subjective assessments of satisfaction with the measures taken by survey participants, as well as in terms of changes in behavior when using the Internet. The main directions for improvement of ensuring the safety of children and adolescents are proposed.

Keywords: prevention, Internet risks, life threats, psychological health, children and adolescents

Жизнь современного школьника неразрывно связана с Интернетом. Интернет оказывает существенное влияние на процессы его социализации и психологическое здоровье. К сожалению, в новых реалиях, широкое использование Сети Интернет влечет за собой целый ряд рисков и угроз для социальной адаптации, эмоционального благополучия, психологического здоровья и даже жизни обучающихся. Исследования показывают значительное распространение в подростковой среде интернет-зависимости [2] и буллинга [1,5], подчеркивают рост рисков вовлечения в опасные группы и сообщества, включая группы суицидальной направленности [3,4,6]. В условиях постоянного увеличения времени, проводимого детьми и подростками в Сети, в

образовательных организациях Российской Федерации организуется целенаправленная деятельность в сфере профилактики интернет-рисков и угроз жизни. Насколько данная деятельность эффективна и каково отношение к ней непосредственных участников было изучено нами с помощью интернет-опроса, организованного в рамках государственного задания ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» на 2018 г. № 27.12631.2018/12.1.

В опросе приняли участие 108631 обучающийся трех возрастных групп (12 – 13 лет – 34911 человек), 14-15 лет – 39628 человек, 16 – 17 лет – 34638 человек) и 45738 родителей (законных представителей) из 85 субъектов Российской Федерации.

Результаты опроса показывают, что во всех регионах в образовательных организациях проводятся мероприятия по профилактике интернет-рисков и угроз жизни. На свое участие в них указывают 70 % 12-13 летних, 69 % 14-15 летних и 66 % 16 – 17 летних обучающихся. Особенно большое внимание уделяется работе по профилактике угроз жизни несовершеннолетних. Об этом свидетельствует тот факт, что таких мероприятий не могут припомнить лишь очень незначительное количество опрошенных (1,3 % в выборке 12-13 и 14-15 летних, 1,4 % в выборке 16-17 летних). По отношению к интернет-рискам это количество уже значительно больше (29 % среди 12-13 летних, 24 % среди 14-15 летних и 31% среди 16-17 летних), что дает основания для определения интернет-рисков как проблемной зоны в содержании профилактической работы.

Несмотря на значительное разнообразие предлагаемых мероприятий, преобладающими в профилактической работе по восприятию подростков остаются мероприятия информационно-инструктивного характера. Так, на то, что об интернет-рисках им рассказывают педагоги указывают 51 % 12-13 летних, 48 % 14 – 15 летних и 47 % - 16-17 летних обучающихся; на проведение инструктажей на уроках указывают 35 % 12-13 летних, 37 % 14-15 летних и 41 % 16-17 летних. Рассказы учителей об угрозах жизни отмечают 49 % 12-13 летних, 43 % 14-15 летних и 31 % 16 – 17 летних, а инструктажи по угрозам жизни выделяют 49% 11-13 летних, 40 % 14-15 летних и 46 % 16-17 летних.

В значительно меньшей степени, по мнению обучающихся, представлены мероприятия, предполагающие активное включение самих подростков в профилактическую работу и формирование их субъектной позиции по отношению к интернет-рискам и угрозам жизни.

Свое участие в специальных обучающих занятиях по противодействию интернет-рискам отмечают 16% 12-13 летних, 15 % 14-15 летние, 17 % 16-17 летних; тренинги безопасного поведения в интернете 10 % 12 – 13 летних, 10 % 14-15 летних и 13 % 16-17 летних обучающихся. На участие во встречах с приглашенными специалистами указали только 7 % 12-13 летних; 8 % 14-15 летних, 10% 16 – 17 летних обучающихся. Совсем незначительное количество участников опроса всех возрастных групп выделяют свое участие в конкурсах 7 %, социальных проектах 2%.

В то же время, в качестве наиболее значимых для себя, участники опроса всех возрастных групп выделяют именно мероприятия, предполагающие активную позицию участников. Так, наиболее запомнившимися для 12 – 13 летних стали конкурсы и обучающие игры; для 14-15 и 16-17 летних акции, посвященные кибер-безопасности, проводимые совместно с сотрудниками силовых структур, тренинги безопасного поведения в интернете и т.п.

Сходные результаты получены и в опросе родителей (законных представителей). Наиболее «популярными» мероприятиями, проводимыми в образовательных организациях по мнению родителей во всех регионах РФ являются специальные инструктажи на уроках, классные часы и беседы. Значительно реже родители отмечают проведение мероприятий с использованием методов и средств, активизирующих позицию самих участников. 21% - 22% знают о проведении тренингов безопасного поведения в интернете, 21% сообщают о социально – проектной деятельности (творческие конкурсы, социальные проекты, флешмобы и др.), 18% - 20% информированы о проведении специальных обучающих занятий. 17% родителей участвующих в опросе отмечают, что они вообще не знают о проведении профилактических мероприятий, что указывает на недостаточность их вовлеченности в профилактическую работу. Это подтверждают и ответы на открытый вопрос о том, в каких профилактических мероприятиях принимали участие сами родители. Здесь преобладающим ответом во всех регионах является ответ «родительское собрание», «лекторий» или «выступление директора, завуча, психолога», в которых родители играли роль слушателя, что не предполагает явной активной позиции родителя. В значительной части (порядка 40 %) опросных листов поле для ответа содержит ответ «ни в каких» или оставлено пустым.

Эффективность профилактической работы выявлялась на основе изучения удовлетворенности этой работой со стороны подростков и их

родителей, выражаемой в субъективных оценках количества и качества проводимых мероприятий, а так же на основе выявления изменений в поведении обучающихся при использовании интернета, происходящих в результате профилактических мероприятий.

Работу по информированию об интернет-рисках и угрозах, по созданию условий здорового и безопасного образа жизни оценивают как хорошую и отличную большинство участников опроса. При этом большинство опрошенных выражают удовлетворенность интересным содержанием проводимых мероприятий. Количество учащихся неудовлетворенных проводимыми мероприятиями составляет 8-13%.

В то же время оценка изменений в поведении при использовании интернета, представленная подростками, дает гораздо меньше оснований для оптимизма, и указывает на существование ряда значимых проблем в эффективности профилактической работы.

Ответ на вопрос о том, как повлияли проводимые мероприятия на поведение, показывает, что эти мероприятия достигают отдельных позитивных результатов. Так, более осторожно стали относиться к информации в Сети 43% опрошенных 12-13 лет, 34% 14-15 лет и 31% 16-17 лет; делятся тревожной информацией об участии друзей в опасных интернет-группах с родителями - 45% 12-13 летних, 41% 14-15 летних и 40% 16-17 летних, с педагогами 19% 12-13 летних, 15% 14-15 летних и 14% 16-17 летних. Наряду с позитивными наблюдаются и негативные эффекты. Стали скрывать от родителей время работы в сети и адреса используемых ресурсов более 20 % опрошенных подростков 12-13 лет, более 30 % 14-15 летних и 34% 16-17 летних. Увеличили свое время работы в сети 20% 12-13 летних, и по 19 % 14-15 и 16-17 летних. А вот обсуждать с родителями и педагогами интернет-риски стали только 4 % опрошенных во всех возрастных группах.

Наряду с позитивными наблюдаются и негативные эффекты. Подростки стали скрывать от родителей время работы в сети и адреса используемых ресурсов, увеличили свое время работы в сети. А вот обсуждать с родителями и педагогами интернет-риски стали только 4 % опрошенных во всех возрастных группах.

Еще более тревожные тенденции наблюдаются при оценке эффективности профилактической работы на основе изменений в поведении подростков. Очень незначительное количество участников (от 4 до 9%) во всех возрастных группах используют меры безопасности при использовании

интернета и общении в социальных сетях (закрывают всплывающие окна, перестают общаться при получении тревожной информации и т.п.). Рассказывают родителям или другим значимым взрослым о подозрительной информации 6% 12-13 летних, 10% 14-15 летних и 12% 16-17 летних. В то же время добавляют в друзья незнакомых людей 76% 12-13 летних и 81% 14-15 и 16-17 летних. Отправляют по запросу личную информацию незнакомым людям 42% 40% 14-15 летних и 38% 16-17 летних. А 4-5 % подростков во всех возрастных группах активно ищут незнакомцев в сети и вступают с ними в переписку.

Результаты оценки родителями отдельных направлений профилактической работы показывают, что наиболее высоко оценивается работа по информированию детей и родителей о рисках и угрозах, а также по формированию установок на здоровый образ жизни. Низкие оценки родители выставляют работе по организации взаимодействия в вопросах профилактики: совместной работе школы и семьи, сотрудничеству школы с другими ведомствами.

Оценка эффективности профилактической работы, отраженная в изменениях в поведении подростков при использовании Сети, данная родителями выглядит более оптимистично по сравнению с оценкой самих подростков. Так, позитивные тенденции в поведении у детей как результат профилактических мероприятий отмечают 38 % родителей. При этом 44% родителей указывают, что их дети стали обсуждать с ними интернет-риски и порядка 30% отмечают, что дети стали делиться с ними тревожной информацией и рассказывать о друзьях, попавших в трудную ситуацию. Однако 18% родителей указывают, что проводимая работа никак не влияет на поведение их ребенка, а порядка 4 % родителей фиксируют негативные последствия (ребенок стал скрывать информацию от родителей).

Результаты интернет-опроса показывают, что усилия, прикладываемые педагогами в профилактической работе с детьми и подростками, на сегодняшний день остаются недостаточно эффективными. Деятельность образовательных организаций в сфере профилактики интернет-рисков и угроз жизни среди несовершеннолетних требует совершенствования в следующих направлениях.

Прежде всего, это - усиление доли активных форм и методов профилактической работы с несовершеннолетними, позволяющими обучающимся не просто получать информацию о рисках и угрозах, но и самим

разрабатывать и практически реализовывать приемы безопасного поведения, противодействия рискам и угрозам. Другое важное направление предполагает усиление сотрудничества школы и семьи, активное вовлечение родителей в профилактическую работу. Следующее направление предполагает осуществление системного межведомственного взаимодействия в решении проблемы обеспечения безопасности. Реализовать данные направления можно на основе организации активной исследовательской или практической профилактической работы, в которую включаются родители совместно с подростками и педагогами, где выявляют и разрабатывают способы противодействия рискам. Широкие возможности для активизации этих ресурсов предоставляет совместная (детей и взрослых) разработка альтернативной, позитивно – ориентированной интернет-среды для детей и подростков. Развития требуют альтернативные способы занятости подростков, включая развитие программ досуга и трудоустройства. В качестве еще одного направления рассматривается организация специализированной помощи психологов или специалистов в области интернет-безопасности в трудных ситуациях, когда подросток столкнулся с воздействием угроз.

Список литературы

1. Бочавер А.А., Хломов К.Д. Кибербуллинг. Травля в пространстве современных технологий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014, Т.11, № 3. С. 177-191.
2. Войскунский А.Е. Психология и Интернет. 2010, М.: Акрополь. 439 с.
3. Калинина, Н.В. Профилактика рисков интернет-активности обучающихся: субъект-порождающее взаимодействие. Образование личности. 2017, №1. С. 12-17.
4. Соболева А.Н. Риски интернет-пространства для здоровья подростков: возрастной и гендерный анализ// Образование Личности. 2016, №1. С.60-66.
5. Солдатова Г., Зотова Е. Агрессоры и жертвы., 2012 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://detionline.com/assets/files/journal/11/iss111.pdf>
6. Солдатова Г.У., Ртищева М.А., Серегина В В. Онлайн риски и проблема психологического здоровья детей и подростков. // Академический вестник академии социального управления, № 3 (25), 2017. С. 29-37.

ФЕНОМЕН ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОЛОГИИ

Карнаухов В.А., Карнаухова В.В.

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

Аннотация. В статье обосновывается проблема и ключевое понятие психологии здоровья человека. Освещается психологическая характеристика дискурсов здоровья в современной психологии.

Ключевые слова: психология здоровья, психологические дискурсы здоровья

PHENOMENON OF HUMAN HEALTH IN PSYCHOLOGY

Karnaukhov V. Al., Karnaukhova V. V.,

Abstract. The article substantiates the problem and the key concept of the psychology of human health. The psychological characteristics of health discourses are covered. A reasoned assessment of approaches to health in modern psychology is presented.

Keywords: health psychology, psychological discourses of health.

Для развития современной отечественной психологии характерной чертой является настойчивое обращение знания и практики к психологическим проблемам здоровья человека. На методологическом, теоретическом и практическом уровнях идет интенсивный поиск онтологических и феноменологических оснований, наиболее релевантных исследуемому явлению.

Сегодня наиболее разработанным является такое представление о здоровье, содержательные аспекты которого раскрываются в «пространстве» *медицинского дискурса*, что обусловлено ходом исторических процессов, специфики отечественной ментальности, объективных процессов развития гуманитарных и естественных наук в нашей стране. Как ни странно, но здоровье в медицинском дискурсе объясняется через особенности его антипода – болезни. Понятие здоровья человека выражается таким естественным



состоянием организма, которое характеризуется его уравновешенностью со средой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений. Под болезнью мы понимаем отклонение от соматической (или психической) нормы. Решение задачи адаптации существования обратившегося за помощью человека к изменившимся условиям его бытия становится стратегической целью в профессиональной деятельности врача (в том числе и психотерапевта) [1].

В качестве достоинств медицинского дискурса выделяют его возможность рационального объяснения заболеваний, что влечет за собой разработки стратегий лечения, организации медицинских практик. Вместе с тем главным недостатком данного подхода считается его избыточная рациональность и сопутствующая ей механистичность, неизбежно отражающаяся в стратегиях профессиональной медицинской практики.

Недостатки медицинского дискурса нивелируются продуктивно разрабатываемым в современной психологии и смежных с ней дисциплинах *духовно-экологическим дискурсом*. При таком подходе начинает складываться «немедицинское» понимание болезни. Оно включает не только патологический характер нарушений, но также и «преимущества», возможности, некие ресурсы, открывающиеся перед человеком болезнью. Акцентируется внимание на то, что человек сживается с болезнью так, что, получая вторичные выигрыши (повышенное внимание, право на сочувствие и снисхождение и т.д.), он становится буквально другим (трансформируется мотивационная и смысловая структура его личности, его цели, ценности, поведение в целом). При таком новом ощущении жизни его стремление к выздоровлению угасает. Человеку трудно лишаться тех преимуществ, которые возникли у него вместе с болезнью [1]. Следовательно, здоровье – это то состояние, к переживанию которого человек стремится, и которое, в чем он уверен, позволяет быть в согласии с самим собой, чувствовать себя «более человеком».

А.А. Пузырей вводит такие понятия, как «болезнь-к-смерти» и «болезнь-к-жизни», «здоровье-к-жизни» и «здоровье-к-смерти», чтобы использовать соответствующие критерии оценки благополучия душевной жизни человека. «Здоровье», избавляющее от болезни в критической ситуации, может оказаться чем-то нездоровым. «Исцеление» в этом случае ведет к потере жизненных ресурсов и, в конечном итоге, – к смерти в отличие от болезни, которая пытается поставить человека перед возможностью понимания чего-то сущностного в его жизни и перед необходимостью выбора новых, более

перспективных с точки зрения личностного роста, жизненных ориентиров. Такая «болезнь» ведет к положительной личностной динамике, к организации качественно новой жизни [5]. Содержание дефиниций «болезни» и «здоровья» в таком контексте требует иного наполнения. Сама болезнь уже не может выступать критерием неблагополучия. Она способна менять свой смысл в зависимости от того, будет ли означать переживаемое человеком состояние шаг в становлении его личности, реализации жизненных замыслов или, наоборот, ведет к дезинтеграции внутреннего мира, к разрушению личности.

Квинтэссенция духовно-экологического дискурса здоровья формулируется в причинно-следственном императиве: если человек старается жить духовно или становится на такой путь, что обычно сделать невероятно трудно и предполагает работу по собственному изменению, в этом случае возможно здоровье и исцеление; если же он живет бездуховно, не может реализовать себя, он заболевает и может умереть. «Для человека очень важно осмыслить события своей жизни... Как только пациент ответит на вопрос "почему?" и обнаружит причинно-следственную связь между своей болезнью и обстоятельствами своей жизни, перед ним можно поставить следующий вопрос: неужели эти обстоятельства доставили ему столько печали, гнева, огорчения, уныния, что ему больше не хочется жить, и он готов умереть, или же он предпочитает повернуть ход событий и теперь горит желанием бороться за свою жизнь и стремится выздороветь. Избрав второе, он должен переосмыслить эти события и по-другому воспринимать жизнь» [7].

В духовно-экологическом дискурсе понятие здоровья становится релевантным понятию личностной зрелости и трансформируется в представление о здоровой личности. Психическое здоровье – это зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, мера способности человека трансцендировать свою биологическую, социальную и смысловую детерминированность, выступая активным и автономным субъектом своей жизни в изменяющемся мире. Дихотомия медицинского дискурса «здоровье–болезнь» при таком подходе заменяется пространством, где выбираются уже иные критерии и точки отсчета. В центр этого подхода поставлен анализ здорового функционирования личности как позитивного процесса, обладающего самостоятельной ценностью и описываемого через понятия «самореализации», «самоактуализации» (К. Гольдштейн, А. Маслоу, Ш. Бюлер), «полноценного человеческого функционирования» (К. Роджерс), "аутентичности" (Дж. Бьюдженталь), «стремления к смыслу» (В. Франкл),

"саногенного мышления" (Ю.М. Орлов) и др. Само здоровье индивида является производной характеристикой самоактуализирующейся, самореализующейся личности, результатом самоосуществления саногенно мыслящего человека и т.п.

При таком понимании открываются возможности для обоснования методологически важного положения, согласно которому здоровье, как и болезнь, – это не натуральные, естественные феномены (состояния тела и психики), а сложные артефакты, превращенные культурные формы, обусловленные как дискурсами массового сознания, так и социальными институтами и технологиями, особенностями культурно-исторического развития человека.

Духовно-экологический дискурс дает преимущества, которые заключаются в приоритете не рационального, а саногенного осмысления ситуации нарушения внутренней гармонии человека, живущего не в среде, а в мире, в ноосфере, независимость от традиционных медицинских услуг, опора на собственные силы, актуализация внутренних личностных ресурсов, обращение к помощи родственных душ, то есть тех, кто тебя готов понять и помочь, т.е. полноценное человеческое общение, а не «механическое» взаимодействие с другим человеком. Если в рамках медицинского дискурса человек связывает достижение этого состояния, прежде всего, с медицинскими услугами, то в рамках духовно-экологического – с услугами практического психолога или духовного лица.

Содержательное разведение понятий «психическое» и «психологическое» здоровье в истории психологии впервые осуществлено в духовно-экологическом дискурсе. Термин «психическое здоровье» традиционно имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, в то время как термин «психологическое здоровье» относится к личности человека в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет четко выделить собственно психологический аспект проблемы здоровья в отличие от медицинского дискурса.

Для разработки методологических основ исследования психологического здоровья человека весьма продуктивной базой является духовно-экологический дискурс, рожденный и осмысленный в пространстве традиций гуманистической психологии. В то же время он не лишен концептуальных противоречий и поэтому не открывает достаточных возможностей для дальнейшей операционализации базовых понятий с целью построения

конкретных здоровьесберегающих технологий и их применения в практической сфере.

Эти задачи могут быть конструктивно решены в контексте концепции психологической культуры личности. Она открывает необходимые предпосылки для создания нового, можно сказать, *культурно-психологического дискурса* здоровья.

Будучи в этом случае фундаментальной категорией, психологическая культура трактуется как способ жизнедеятельности, направленный на такое преобразование человеком себя и окружающего мира, которое обеспечивает ему полноценное бытие и гарантирует психологическое здоровье. Она представляет собой совокупность специфических искусственных «психологических средств» – психотехнических «инструментов», позволяющих актуализировать действие идеальных форм, несущих в себе всеобщее (родовое) человеческого общества. При овладении такими «средствами» человек открывает в себе возможности проектировать, направлять и пластично координировать процесс самостроительства и самоосуществления в себе человека, предотвращать возникновение психологических трудностей и реализовывать справляющееся поведение. Психологическая культура, ядром которой выступает ценностно-смысловая сфера, является мерой представленности всеобщего (родового) в реальных формах поведения конкретного человека, является одновременно критерием и условием психологического здоровья личности.

При построении стратегий оказания профессиональной помощи с позиций культурно–психологического дискурса здоровья принципиальной особенностью деятельности является не рациональное познание человека как объекта, но понимание его духовного мира, смысла его жизни, которые реконструируются не только рациональными, но и иррациональными средствами, путем переживания переживаемого человеком ценностного содержания в процессе диалога смысловых континуумов. Практическая работа со смысложизненными образованиями человека в плане оптимизации психологического здоровья осуществляется при ориентации не на норму, а на индивидуальное бытие человека и направлена на прорабатывание и прерывание им патологических связей и построение отсутствующих здоровых связей. Следовательно, задача совместного творчества человека, переживающего трудные события своей жизни, и психолога, создающего необходимые условия для актуализации нового смысла, состоит в том, чтобы понять, как

осуществляется связь между различными смысложизненными, мировоззренческими идеями, с одной стороны, и конкретными интересами, мотивационно-смысловыми отношениями личности, с другой. Эта «пронизанность» смыслами мира, окружающего человека, возникает потому, что этот мир организован смысловым образом (М. Вебер). Его смысловая организованность проистекает из того, что люди, его создающие, живут и действуют «со смыслом», то есть ставят перед собой определенные цели, добиваются осуществления этих целей, воплощают их в действительность.

Список литературы

1. Гусакова. М.П., Суицид: болезнь или здоровье / М.П. Гусакова // Мир психологии. – 2000. № 1 (21). – С. 173-180.
2. Калитиевская, Е.Р., Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Е.Р. Калитиевская // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. – М.: Смысл, 1997. – С. 231-238.
3. Карнаухов. В.А., Личностные предикторы психологического здоровья / В. А. Карнаухов, Е. А. Евтушенко // Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the II international scientific conference on April 20–21, 2016. – Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2016. – P. 91-96.
4. Карнаухов, В.А., Специфика защитно-совладающего поведения личности и его взаимосвязь с психологическим здоровьем человека / В.А. Карнаухов, Е.А. Евтушенко // V Международная научно-практическая конференция «Психология и педагогика XXI века: теория, практика и перспективы» (Чебоксары, 28 мая 2017 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. – С. 220-223.
5. Пузырей, А. А. Психология. Психотехника. Психагогика. / А.А. Пузырей // – М.: Смысл, 2005. – 488 с.
6. Розин, М.В., Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / М.В. Розин // Мир психологии. 2000. № 1 (21). - С. 12-31.
7. Шутценбергер, А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А. А. Шутценбергер // Вопр. психологии. 1990. № 5. - С. 94-106.

**ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, КАК СПОСОБ
ПРОЖИВАНИЯ КРИЗИСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ**

Кетова Н.А, Черникова С.И.

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

Аннотация: цель представленного в статье исследования – изучение роли добровольческой деятельности в становлении профессиональной идентичности студентов. В исследовании на примере участия студентов разных курсов Курского государственного медицинского университета в программе психологической и социальной реабилитации «Феникс» обоснована перспективность использования профессионально ориентированной волонтерской деятельности в условиях кризиса профессиональной идентичности в студенческом возрасте.

Ключевые слова: профессиональная идентичность, кризис профессиональной идентичности, социально значимая деятельность, волонтерство, профессионально ориентированная волонтерская деятельность, реабилитационная программа «Феникс».

**VOLUNTEER ACTION AS A WAY OF LIVING CRISIS
PROFESSIONAL IDENTITY OF STUDENTS**

Ketova N.A., Chernikova S.I.

Abstract. The purpose of the research presented in the article is to study the role of volunteering in the development of students' professional identity. The study on the example of the participation of students of different courses of the Kursk State Medical University in the program of psychological and social rehabilitation "Phoenix" substantiates the prospects of using professionally oriented volunteer activities in a crisis of professional identity in the student's age.

Keywords: professional identity, professional identity crisis, meaningful activities, volunteerism, job-related volunteering, Phoenix Rehabilitation Program.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. определяет направления предстоящего периода развития, одним из которых является возрастание роли человеческого капитала как основного фактора экономического развития. Одной из задач Концепции является переход к непрерывному индивидуализированному образованию, неразрывно связанному с мировой фундаментальной наукой, ориентированному на формирование творческой, социально ответственной личности [6]. Одним из направлений решения вышеуказанной задачи, на наш взгляд, является создание условий для профессионального становления личности, формирование профессиональной идентичности, в том числе через участие в профессионально ориентированной волонтерской деятельности. Проблема профессиональной идентичности на современном этапе социально-экономического развития России приобретает особую актуальность, поскольку быстрое изменение социально-экономических условий в обществе предъявляет новые требования к профессиональной подготовке специалистов в системе высшего образования.

В нашем предыдущем исследовании мы подробно рассмотрели понятия «идентичность», «профессиональная идентичность» и «профессионально ориентированная волонтерская деятельность»[5].

Вслед за Л.Б. Шнейдер под идентичностью мы понимаем - динамичный процесс освоения жизненного опыта и преобразования его в индивидуальное «я», протекающий на протяжении всей жизни личности [3].

Профессиональную идентичность мы рассматриваем, как осознание личностью своей принадлежности к выбранной профессии и профессиональному сообществу, как психологическую значимость членства в данном профессиональном сообществе [7].

Мы предполагаем, что одним из факторов формирования профессиональной идентичности является профессионально-ориентированная волонтерская деятельность, посредством которой обучающиеся осваивают профессиональный опыт через осуществление социально значимой деятельности на добровольных началах [2].

Е.Ф. Зачиняева отмечает, что получение высшего образования сопровождается выраженными кризисами третьего и пятого курсов. Первый кризис выражается разочарованием студентов в получаемой профессии. В данный период у студентов появляются сомнения в правильности выбора вуза, специальности, будущей профессии в целом. Кризис пятого курса, по мнению

автора, возникает из-за рассогласования представлений о себе как о специалисте и требований, которые предъявляются работодателями. Автор предполагает, что профессионально-ориентированное волонтерство является одним из условий развития профессиональной идентичности у будущих специалистов[4].

В нашей работе, мы исходили из предположения, что студенты, находящиеся в состоянии кризиса профессиональной идентичности, активно ищущие выход из него, используют участие в профессионально ориентированном волонтерстве как один из способов выхода из него.

В качестве **объекта исследования** выступили волонтеры – участники волонтерской программы социально-психологической реабилитации часто болеющих детей «Феникс». Проект «Феникс» представляет собой программу социально-психологической реабилитации с интенсивным погружением в рекреационную и обучающую среду для детей и их сопровождающих. Проект «Феникс» базируется на идеях создания развивающей социальной среды (А. Уманский, А. Чернышов) и терапевтической рекреации, получивших распространение в странах Европы и Америки. Терапевтическая рекреация представляет собой специально организованную деятельность, направленную на обеспечение психологической безопасности личности, восстановление сил и способностей после заболеваний, восстановление либо приобретение необходимых навыков для эффективного взаимодействия с окружающими людьми, создание условий для личностного роста [1]. Для реализации проекта с волонтерами проводится специальный интенсивный тренинг, в ходе которого они в интерактивном формате получают информацию об особенностях работы с участниками программы, а также прогнозируются и «проживаются» возможные кризисные ситуации. Волонтерами программы являются студенты лечебного факультета, факультетов клинической психологии и социальной работы Курского государственного медицинского университета, а также представители иных вузов из других городов. По нашему предположению, программа представляется для волонтеров уникальной средой, способствующей снижению тревоги при проживании кризиса профессиональной идентичности.

Предметом исследования является роль волонтерской деятельности в формировании профессиональной идентичности у участников проекта.

В качестве **методов** исследования были использованы следующие методики:



- методика изучения профессиональной идентичности Л.Б. Шнейдер, которая выявляет наличие определенного статуса профессиональной идентичности [23];

- анонимное анкетирование, в котором студентам предлагалось определить мотивы участия в волонтерской деятельности и оценить ее возможности для формирования общих и профессиональных навыков.

Результаты исследований были обработаны с использованием методов описательных статистик, критерия χ^2 Пирсона, U-критерия Манна – Уитни.

В исследовании приняли участие 62 человека, из которых 77,41 % женщины и 22,58 % мужчины. Экспериментальную группу составила генеральная совокупность волонтеров – участников реабилитационной программы «Феникс» в количестве 31 человек. В контрольную группу вошли студенты различных факультетов КГМУ, не включенные в добровольческую деятельность, в количестве 31 человек.

В результате сравнительного анализа статуса профессиональной идентичности было выявлено, что волонтеры – участники реабилитационной программы «Феникс» действительно находятся в состоянии кризиса профессиональной идентичности, что подтверждают результаты исследования. Преобладающие статусы идентичности – мораторий (29 %) и диффузный (25,8 %, отмечается преимущественно у студентов 2–3-х курсов). Статус достигнутой идентичности (19,4 %) отмечается преимущественно у студентов 5-го курса, которые являются активными волонтерами на протяжении всего периода обучения, а также выступают авторами идеи и руководителями реабилитационной программы. В контрольной группе, куда вошли преимущественно студенты, не включенные в волонтерскую деятельность, преобладающий статус профессиональной идентичности – псевдоидентичность (38,7 %, отмечается у респондентов 1-го и 2-го курсов). Этот показатель в два раза превышает подобный показатель у волонтеров проекта «Феникс».

Предполагаем, что студенты, не включенные в профессионально ориентированную волонтерскую деятельность и не имеющие возможности проверить на практике свои профессиональные предпочтения, не чувствуют уверенности в своих силах и, сталкиваясь с затруднениями, не могут адекватно сформировать профессиональную самооценку. Показатель достигнутой идентичности (25,8 %) отмечается у респондентов группы студентов 6-го курса и ординаторов. Это можно объяснить тем, что у них решен вопрос о профессиональном самоопределении на ближайший период обучения в вузе и в

ординатуре. Наличие высокого показателя такого статуса профессиональной идентичности, как мораторий (22,6%), который отмечается у студентов средних курсов, еще раз подтверждает наличие кризиса профессиональной идентичности в середине обучения.

Вторая составляющая исследования направлена на изучение навыков, которые были приобретены участниками в процессе реализации программы как еще один способ выхода из кризиса профессиональной идентичности. Вопросы в анкете были выстроены на основе универсальных компетенций, присутствующих в современных образовательных стандартах и являющихся базисом для формирования профессиональных компетенций.

Среди приобретенных компетенций, освоенных в ходе реализации проекта, респонденты выделяют опыт работы в команде (75 %), способность критически анализировать и находить выход из сложных ситуаций (62,5), выстраивать взаимодействие с учетом социокультурных особенностей коллег и детей, участвующих в программе (50 %). Таким образом, респонденты отмечают, что в ходе участия в проекте в качестве волонтера они получают возможность овладеть как общекультурными, так и профессиональными компетенциями. Причем преимущество отдают навыку командной работы. На основе субъективных представлений респондентов можем сделать вывод, что достижение положительных результатов по итогам участия в проекте помогает снизить тревогу в профессиональном настоящем.

В рамках исследования мы рассмотрели средние показатели профессиональной идентичности и стажа волонтерской деятельности. Анализируя полученные данные, мы сравнивали стаж волонтерской деятельности и статус профессиональной идентичности в процентном соотношении от общего числа испытуемых, находящихся в данном статусе профессиональной идентичности. У студентов, имеющих стаж волонтерской деятельности менее 6 месяцев, преобладают два статуса профессиональной идентичности: преждевременная и достигнутая (по 50 %). На наш взгляд, это может объясняться тем, что студенты, впервые попробовав себя в профессиональной деятельности в качестве волонтера, могут испытывать удовольствие от успешной деятельности и сопричастность к профессии. У участвующих в волонтерской деятельности от года до двух лет преобладают статусы профессиональной идентичности мораторий (45 %) и диффузная (37,5 %). Возможным объяснением этого может быть снижение эйфории и удовольствия от первых успехов на профессиональном поприще, появление



критичности и, как следствие, возникновение тревоги и сомнений по поводу своего профессионального настоящего. Исследование стажа волонтерской деятельности от трех до четырех лет дает аналогичные результаты: как и в предыдущей возрастной группе, преобладающие статусы профессиональной идентичности – мораторий (31 %) и диффузная (25 %). Разница в показателях между группой со стажем волонтерской деятельности от одного до двух лет и группой со стажем от трех до четырех лет может говорить о снижении тревожности при разрешении кризиса профессиональной идентичности у студентов-волонтеров. При анализе результатов изучения стажа волонтерской деятельности более пяти лет мы получили довольно интересные результаты. В этой группе присутствуют следующие статусы профессиональной идентичности: мораторий (12,5 %), диффузная (12,5 %) и псевдоидентичность (17,5 %). Рискнем предположить, что полученные данные могут говорить о положительном влиянии волонтерской деятельности на формирование профессиональной идентичности, а наличие псевдоидентичности свидетельствует либо о профессиональном выгорании у студентов-волонтеров, либо о разочаровании в профессии. Эти результаты требуют дополнительного изучения.

Таким образом, в исследовании мы подтвердили, что при проживании кризиса профессиональной идентичности студенты активно ищут выход из него.

На наш взгляд, не все виды волонтерской деятельности содействуют становлению профессиональной идентичности. Именно профессионально ориентированная волонтерская деятельность создает безопасные условия получения первичного профессионального опыта. Студент-волонтер, погружаясь в волонтерские проекты профессиональной направленности, приобретает первичный опыт в безопасных условиях, так как работает под руководством опытного наставника, что, по нашему мнению, частично снимает напряжение в профессиональном настоящем и способствует укреплению уверенности в себе как в будущем специалисте.

Таким образом, участие в профессионально ориентированной волонтерской деятельности способствует соотнесению идеальных представлений о профессии с реальностью и предоставляет возможность приобретения участниками общих и профессиональных навыков, способствует личностному росту.

Список литературы

1. Волонтерское движение на факультетах клинической психологии, социальной работы КГМУ (социологический анализ) / Т.А. Шульгина, Н.А. Кетова, Е.П. Непочатых, К.А. Холодова // Профессионально ориентированное волонтерство: актуальное состояние и перспективы : сб. науч. тр. по материалам V Всерос. форума. Курск, 2018. С. 119–125.
2. Erikson E.H. Childhood and Society. Norton, VA, 1993.
3. Зачиняева Е.Ф. Профессионально ориентированное волонтерство как средство развития профессиональной идентичности будущих специалистов // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2011. № 3 (6). С. 134–137.
4. Кетова Н.А. Черникова С.И. Роль волонтерской деятельности в становлении профессиональной идентичности личности // ОБЩЕСТВО: социология, психология, педагогика. 2018. №10 (54) С. 23-31.
5. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. [Электронный ресурс] : распоряжение Правительства РФ от 17 нояб. 2008 г. № 1662-р. Доступ из справ.-правовой системы.
6. Шнейдер Л.Б Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления : дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001. 327 с.
7. Austin D.R. Therapeutic Recreation Processes and Techniques. Evidence-based Recreational Therapy. 8th ed. Urbana, IL, 2018.

СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Ковалёва О. Л., Египко Т.А.

Белгородский государственный национальный, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье представлен теоретический обзор понятий коммуникативной компетентности и саморегуляции. Обнаружена связь

саморегуляции и коммуникативной компетентности студентов, в частности: уровень моделирования и гибкости положительно коррелируют с уровнем открытости, логического мышления, эмоциональной устойчивости, жизнерадостности, чувствительности, самостоятельности в общении.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, саморегуляция, студенческий возраст.

STYLE FEATURES OF SELF-REGULATION OF STUDENTS WITH DIFFERENT EXPRESSION OF COMMUNICATIVE COMPETENCE

Kovalyova O. L., Egipko T.An.

Abstract. The article presents a theoretical review of the concepts of communicative competence and self-regulation. The connection of self-regulation and communicative competence of students is found, in particular: the level of modeling and flexibility positively correlate with the level of openness, logical thinking, emotional stability, resilience, sensitivity, independence in communication.

Keywords: communicative competence, self-regulation, student age.

Актуальность проблемы саморегуляции и коммуникативной компетентности обуславливается жёсткими условиями и требованиями современного общества. Непрерывный поток информации требует от современного человека быть способным вычленять необходимый контекст и эффективно использовать его в своём межличностном и профессиональном общении. Овладение навыками коммуникативной компетентности студентами вузов является одним из набора необходимых факторов становления их личности как профессионала своего рода деятельности. Однако современный ритм жизни, непрерывная модернизация образовательной системы и жёсткая конкуренция на рынке труда требует от студента преодоления немалых физических и психологических нагрузок. Для того чтобы сохранить продуктивность учебной деятельности студентам необходимо не только овладеть навыками коммуникативной компетентности, но и способами управления собственным психофизиологическим состоянием. Саморегуляция способствует выработке гармоничного поведения, на основе которого развивается способность управлять собой в соответствии с поставленной

целью, направлять свое поведение согласно требованиями жизни, учебными или профессиональными задачами.

Саморегуляция рассматривается различными авторами как процесс, который обеспечивает стабильность системы, её равновесие и относительную устойчивость. С.Ю.Головин рассматривает саморегуляцию как целенаправленное изменение индивидом механизмов разнообразных психофизиологических функций, которые касаются формирования определённых средств контроля за деятельностью [1]. О.А. Конопкин, В.И. Моросанова и А.К. Осницкий говорят о саморегуляции как о процессе постановки и выдвижения субъектом целей активности и контроле, за достижением этих целей [3]. Коммуникативная компетентность определяется авторами как совокупность знаний и умений, которые обеспечивают успешное протекание процесса общения, необходимый индивиду для успешного функционирования в данном обществе в рамках своих способностей и социального статуса [4, 3].

Связь саморегуляции и коммуникативной компетентности студентов изучены недостаточно, что и составило проблему нашего исследования. Для решения поставленной задачи был использован опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой, направленный на выявления уровня сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности, а также тест «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» Н.П. Фетискина, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова для изучения личностных факторов, оказывающих влияние на состоятельность коммуникативных компетентностей личности. Для обобщения и анализа эмпирических материалов мы использовали множественный регрессионный анализ на основе пакета статистических программ «SPSS 17.0». Базой нашего исследования стал «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»); выборку составили студенты Педагогического института в количестве 90 человек.

Результаты исследования особенностей саморегуляции студентов представлены на рис. 1.

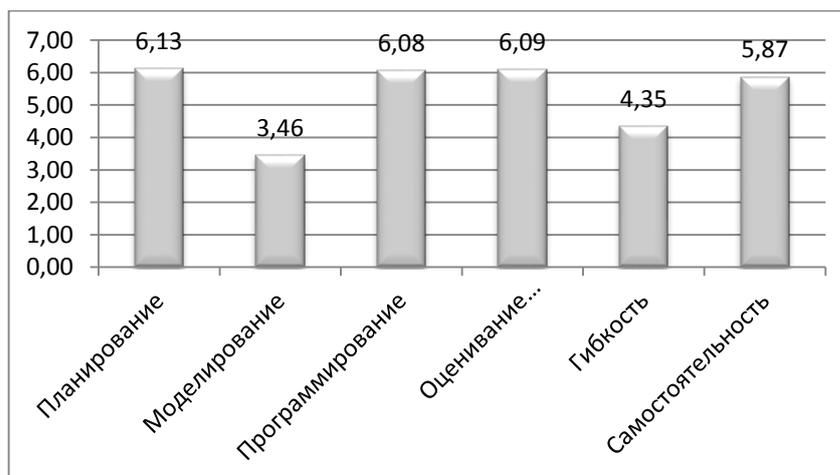


Рис. 1. Выраженность стилевых особенностей саморегуляции произвольной активности (в ср.б).

Большинство показателей находятся в пределах допустимой нормы, что в целом говорит о среднем уровне саморегуляции. Однако по таким шкалам, как моделирование ($M_e=3,46$) и гибкость ($M_e=4,35$) показатели снижены. Это означает, что испытуемые склонны к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, не способны подстроиться под изменяющиеся условия ситуации, разработать программу действий, чувствуют себя неуверенно в динамичной обстановке. Можно предположить, что в общении они будут вести себя ригидно, непластично.

Коммуникативная компетентность представлена следующими факторами: А – открытость/ замкнутость; В – развитое логическое мышление/ слаборазвитое логическое мышление; С – эмоциональная устойчивость/ неустойчивость; Д – жизнерадостность/ серьезность; К – чувствительность/ рациональность; М – самостоятельность/ подчиняемость; Н – самоконтроль/ импульсивность. Результаты представлены на рисунке 2.

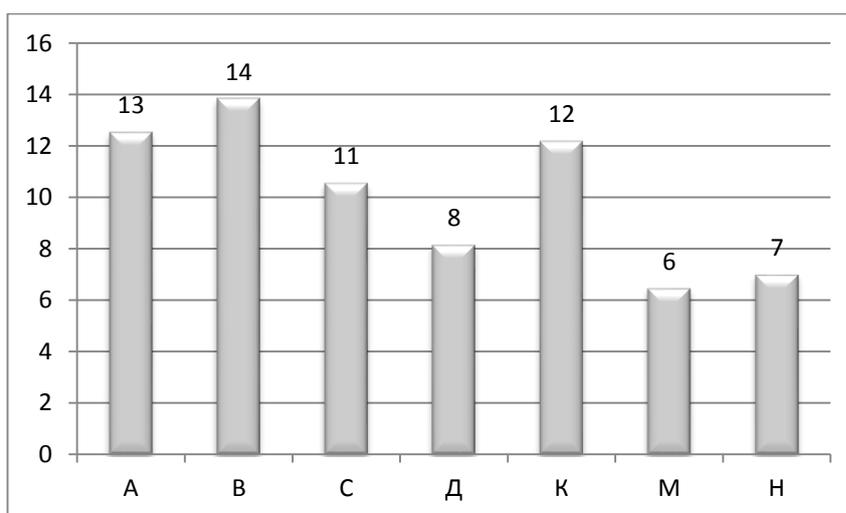


Рис. 2. Выраженность факторов коммуникативной компетентности (в ср. б.)

Полученные данные говорят о том, что в данной выборке общительность преобладает над замкнутостью ($Me=13$), логическое мышление - над невнимательностью ($Me=14$). Низкие показатели по шкале самоконтроля и импульсивности ($Me=7$), а также по шкале самостоятельности и подчиняемость ($Me=6$) свидетельствуют о том, что испытуемые действуют без достаточного сознательно контроля, под влиянием внешних обстоятельств или эмоциональных переживаний, часто меняют своё мнение под давлением со стороны, что негативно сказывается на процессе построения коммуникаций. Между такими качествами как чувствительность и рациональность ($Me=12$), эмоциональная устойчивость и неустойчивость ($Me=11$), а также жизнерадостность и серьёзность ($Me=8$) наблюдается равновесие, то есть проявление данных качеств зависит от ситуации и внутреннего состояния личности.

Результаты множественного регрессионного анализа взаимосвязей саморегуляции и коммуникативной компетентностью представлены в таблице 1.

Таблица 1

Множественный регрессионный анализ показателей уровня саморегуляции и коммуникативной компетентности студентов

Показатели уровня саморегуляции	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты	t	Ур. знач. p.
	β	Стан. ошибка	β		
1. Модель А (открытость/замкнутость)					
Моделирование	-,536	,212	-,267	-2,521	,014***
Гибкость	-,262	,151	-,180	-1,736	,086*



Самостоятельность	-,226	,168	-,147	-1,348	,181*
2. Модель В (развитое логическое мышление/невнимательность)					
Гибкость	-,375	,185	-,216	-2,030	,046**
3. Модель С (эмоциональная устойчивость/неустойчивость)					
Оценивание результатов	,578	,207	,342	2,796	,006***
Самостоятельность	-,604	,179	-,344	-3,376	,001***
4. Модель Д (жизнерадостность/серьёзность)					
Гибкость	,418	,133	,323	3,139	,002***
5. Модель К (чувствительность/рациональность)					
Моделирование	-,426	,246	-,186	-1,731	,087*
6. Модель М (самостоятельность/подчиняемость)					
Моделирование	,399	,235	,184	1,695	,094*
Оценивание результатов	-,306	,215	-,191	-1,423	,158*
Примечания: *** $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,1$.					

При анализе регрессионной модели А по показателям моделирование ($\beta = -0,267$, при $p \leq 0,01$), гибкость ($\beta = -0,18$, при $p \leq 0,1$) и самостоятельность ($\beta = -0,147$, при $p \leq 0,1$) выяснилось, что способность к выделению значимых условий при достижении цели, перестройке программы поведения в изменившейся ситуации, автономность в организации собственной активности, положительно сказывается на открытости в общении. Учитывая то, что у студентов данной выборки низкие показатели моделирования и гибкости, можно предположить, что они испытывают трудности в установлении контакта, чаще всего замкнуты и не уверены в процессе коммуникации.

Анализ регрессионной модели В по показателю гибкость ($\beta = -0,216$, при $p \leq 0,05$) показал, что ригидность регуляторных процессов, неспособность к быстрой перестройке собственной программы действий затрудняет фокусирование своего внимания на значимых деталях в процессе общения, выделении главного из контекста, что способствует снижению уровня коммуникации.

Анализируя модель С по показателям оценивание результатов ($\beta = 0,342$, при $p \leq 0,01$) и самостоятельность ($\beta = -0,344$, при $p \leq 0,01$), можно сделать вывод, что адекватная самооценка, устойчивые субъективные критерии результата, автономность в организации активности снижают возникновение возможных негативных эмоциональных переживаний, вызванных противоречием между ожидаемым и реальным результатом общения.

При анализе регрессионной модели Д по показателю гибкость ($\beta=0,323$, при $p \leq 0,01$) выяснилось, что неспособность перестроить программу действий под новые условия ситуации мешает адаптироваться к обстановке общения, сохранить положительный эмоциональный фон, таким образом способствуя снижению уровня жизнерадостности.

Анализ регрессионной модели К по показателю моделирование ($\beta=-0,186$, при $p \leq 0,1$) показал, что неспособность выделения значимых условий затрудняет ориентироваться испытуемым в ситуации общения – быть более эмоциональными, чувствительными, или же рационально осмысливать происходящее.

При анализе регрессионной модели М по показателям моделирование ($\beta=0,184$, при $p \leq 0,1$) и оценивание результатов ($\beta= -0,191$, при $p \leq 0,1$) мы выяснили, что слабое представление о значимых внутренних и внешних условиях, неадекватность оценки испытуемым себя приводит к подчиненности в общении, в то время как сформированность субъективных критериев оценки результатов напротив способствует устойчивой позиции в процессе коммуникации.

Таким образом, существует достоверная математически связь саморегуляции и коммуникативной компетентности студентов, а именно: низкий уровень моделирования и гибкости положительно коррелируют со способностью к открытости, логическому мышлению, эмоциональной устойчивости, жизнерадостности, чувствительности, самостоятельности в общении.

Список литературы

1. Головин, С. Ю. Словарь психолога / С.Ю. Головин: практика. - Минск Харвест, 2001. – 975 с.
2. Емельянов, Ю.Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности: дис. ... докт. псих. наук / Ю.Н. Емельянов. – Л., 1990. – 403 с.
3. Моросанова, В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека /В. И. Моросанова, Е. М. Коноз // Вопросы психологии, 2000. – № 2. – С. 127–188.

- Петровская, Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг / Л.А. Петровская. – М.: Изд-во Московского университета, 1989. – 216 с.

ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ДЕВУШЕК, СКЛОННЫХ К РАЗЛИЧНЫМ ФОРМАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ковалёва О.Л., Туранцева О.А.

Белгородский государственный национальный, г. Белгород, Россия

Аннотация. Статья содержит теоретический обзор понятий пищевого поведения и саморегуляции. Показаны результаты исследования склонности к нарушению пищевого поведения. Выявлены связи особенностей саморегуляции у девушек с особенностями их пищевого поведения, а именно, между эмоциогенным пищевым поведением и психологической гибкостью, ограничительным пищевым поведением и готовностью к программированию поведения.

Ключевые слова: нарушение пищевого поведения, ограничительное пищевое поведение, эмоциогенное пищевое поведение, саморегуляция.

FEATURES OF SELF-REGULATION AT GIRLS, BENT TO VARIOUS FORMS OF FOOD BEHAVIOR

Kovalyova O. L., Turantseva O.A.

Abstract. The article contains a theoretical review of the concepts of eating behavior and self-regulation. The results of a study of the tendency to eating disorders are shown. Relationships between the features of self-regulation in girls with features of their eating behavior, namely, between emotional eating behavior and psychological flexibility, restrictive eating behavior and readiness for programming behavior are revealed.

Key words: eating behavior, eating disorder, restrictive eating behavior, emotional eating behavior, self-regulation

В современном обществе постоянно меняются общественно-экономические условия жизни, стереотипы и эталоны поведения, постоянно растет ее темп. Происходит постоянное переживание различных форм стресса, с которым не все могут справиться самостоятельно. Одной из дезадаптивных форм адаптации является «уход» в различные виды аддиктивного или зависимого поведения, к числу которых относится и нарушение пищевого поведения. Различные формы нарушения пищевого поведения выходят на первое место среди нехимических форм аддикций.

В целом пищевое поведение человека рассматривается как ценностное отношение к приему пищи, определенный стереотип питания в ситуации стресса и обыденных условиях, поведение, которое ориентировано на образ собственного тела и деятельность по формированию этого образа [2].

Данные многих исследователей (О.А. Скугаревский, М.А. Цивилько, Е.К.Кислова, М.Ю. Келина и др.), свидетельствуют о постоянном росте распространенности нарушения пищевого поведения. Б.Ю. Приленский отмечает, что нарушения пищевого поведения выражаются чаще всего в следующих проявлениях: нервная булимия, нервная анорексия, ожирение, переедание и др. При этом за счет многофакторности формирования расстройства пищевого поведения становятся очень опасными и трудно

Одним из факторов изменения особенностей пищевого поведения может выступать нарушение саморегуляции, при этом снижается способность произвольно овладеть собственными эмоциями и поведением при реализации социально адекватных мотивов личности, а также снижается способность опосредствовать сиюминутные побуждения и намерения, не учитываются отдаленные последствия своих действий[1].

Поэтому недостаточная сформированность регуляции, ее нарушение у девушек, способствуют накоплению негативных эмоций, в том числе и по поводу собственной внешности, что в последствии может привести к переживаниям собственного физического несовершенства. В дальнейшем может сформироваться негативное отношение к себе: нарушается самооценка, происходят кардинальные изменения в личности в целом, формируется склонность к различным формам нарушений пищевого поведения [4]. Для

лучшего понимания механизмов формирования склонностей к нарушению пищевого поведения нами было изучена связь особенностей саморегуляции и пищевого поведения у девушек.

В нашем исследовании были использованы следующие методики: «Стиль саморегуляции поведения, ССМП» (В.И. Моросанова) и «Голландский опросник пищевого поведения». При обобщении и анализе эмпирических материалов использовались непараметрические методы: коэффициент ранговой корреляции Спирмена. математическая обработка данных проведена на основе пакета статистических программ SPSS 13.0.

Исследование проводилось на базе факультета психологии и историко-филологического факультета НИУ «БелГУ». Выборку составили 107 студенток в возрасте от 18 до 23 лет.

Результаты исследования особенностей саморегуляции у девушек нашей выборки представлены на рисунке 1.

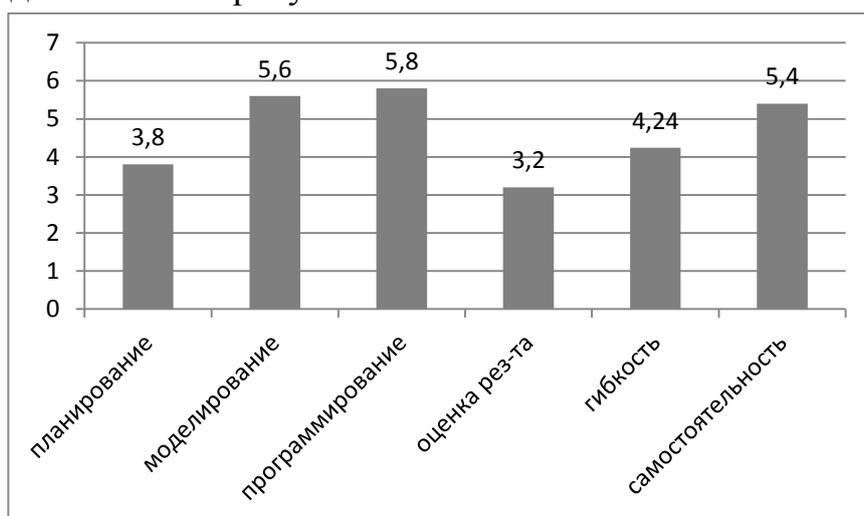


Рис.1. Выраженность стилевых особенностей саморегуляции у девушек (в ср.б).

Большинству испытуемых соответствует низкий уровень оценки результата действий ($Me=3,2$), что свидетельствует о том, что для девушек не характерно замечать собственные ошибки, они проявляют не критичность к своим действиям. Данный факт может способствовать возникновению внешних трудностей или ухудшению результатов в какой-либо деятельности. Большой части девушек также соответствует низкий уровень планирования ($Me=3,8$). Полученные данные могут говорить о том, что у испытуемых потребность в планировании развита слабо, цели обычно выдвигаются ситуативно и редко достигают конечного итога. Показатели гибкости у обследуемых также находятся на низком уровне ($Me=4,24$), что свидетельствует о том, что

испытуемые с трудом привыкают к переменам в жизни, смене обстановки, им достаточно сложно разработать программу действий и своевременно спланировать деятельность и поведение.

Склонности к нарушению пищевого поведения были выявлены у 32% респондентов. Анализ особенностей склонности к нарушению пищевого поведения у девушек представлен на рисунке 2.

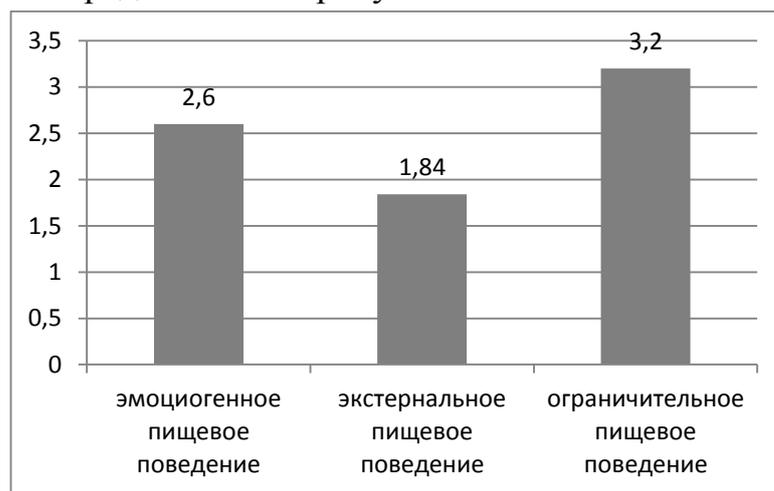


Рис.2. Выраженность форм пищевого поведения у девушек склонных к его нарушению (в ср.б)

Было установлено, что большинство испытуемых склонны к ограничительному пищевому поведению ($M_e=3,2$). Полученные данные указывают на то, что обследуемые девушки ограничивают собственный рацион питания, соблюдают строгие и низкокалорийные диеты, могут прибегать к голоданию.

Было выявлено (связь статистически значима), что испытуемые, которые способны смотреть на проблемные ситуации с разных сторон, умеют адаптироваться к стрессовым ситуациям (шкала «Гибкость»), в большей степени находятся в состоянии эмоционального комфорта и в меньшей степени - в каких-либо стрессовых ситуациях, которые способствуют появлению эмоциогенного пищевого поведения ($r=-0,292$, $p \leq 0,01$). Также полученные данные свидетельствуют о том, что испытуемые, действующие импульсивно, часто сталкиваются с неадекватностью полученных результатов целям деятельности (шкала «Программирование»), в том числе находятся в плохом, удрученном настроении, что позволяет человеку «заедать» возникающие проблемы (эмоциогенное пищевое поведение) ($r=0,32$, $p \leq 0,01$).

Таким образом, в ходе проведенного исследования были установлены особенности саморегуляции и пищевого поведения девушек, а также выявлены

статистически значимые связи между этими особенностями, а именно, некоторым аспектам нарушения пищевого поведения способствует недостаточно сформированная саморегуляция личности. Можно предположить, что совершенствование механизмов саморегуляции как способности самостоятельно управлять своей деятельностью, планировать ее, гибко и адекватно реагировать на изменение условий среды может способствовать снижению склонности к нарушениям пищевого поведения. На решение данной задачи будет направлено наше дальнейшее исследование.

Список литературы

1. Зейгарник, Б.В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур // Психологический журнал. – 2007. – №2. – С. 122-132.
2. Менделевич, ВД Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич – М.: МедПресс-информ, 2005. – С. 432.
3. Приленский, Б.Ю. Актуальные вопросы психотерапии зависимого пищевого поведения / Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, И.И. Федорова, Д.В. Култышев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. [Электронный ресурс] – 2009. N 1. URL: <http://medpsy.ru>
4. Сагалакова, О.А. Особенности произвольной саморегуляции при склонности к расстройствам пищевого поведения / О.А. Сагалакова, К.В. Терре // Психологические науки. [Электронный ресурс]. – 2015. № 34-2

U
R
L
**ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТНЫХ КАЧЕСТВ У ПАЦИЕНТОВ,
Н СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КОМПЛАЕНТНОСТИ**

Ковтун Ю.Ю., Грищенко А.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. Статья посвящена изучению роли субъектных качеств личности в формировании комплаентности у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием. Представлены психологические факторы, определяющие комплаентность пациентов. Обоснована необходимость психокоррекционной работы по формированию саморегуляции, гибкости, ответственности, что будет способствовать повышению комплаентности у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Ключевые слова: комплаентность, субъектные качества.

STUDY OF SUBJECTIVE QUALITIES IN PATIENTS SUFFERING CHRONIC SOMATIC DISEASE, WITH DIFFERENT COMPLIANCE LEVEL

Kovtun Yu. Yu., Grishchenko Al. Al.

Abstract. The article is devoted to the study of the role of the subjective qualities of the individual in the formation of compliance in patients suffering from chronic somatic disease. The psychological factors that determine patient compliance are presented. The necessity of psychocorrectional work on the formation of self-regulation, flexibility, responsibility, which will contribute to increased compliance in patients suffering from chronic somatic disease.

Keywords: compliance, subjective qualities.

Соблюдение регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача является на сегодняшний день залогом эффективной терапии любого заболевания, особенно это относится к хронической патологии.

Высокий уровень ответственности и самостоятельности пациента по отношению к своему здоровью, по мнению Л.И. Ложкиной, способствуют формированию активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях [3]. Это значит, что, занимая активную позицию по отношению к своему выздоровлению, человек соблюдает рекомендации врача, более ориентирован на процесс лечения, проявляет доверие к врачу и методам лечения. Если пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, активны и видят в себе источник активности, то это позволяет не только успешно проводить медикаментозную терапию, но и достигать

результатов в реабилитационных, психокоррекционных мероприятиях, что приведет к положительной динамике соматического состояния. Пациенты с «внутренним» локусом контроля болезни более привержены лечению, более ответственны и активны в процессе лечения, в то время как пациенты с «внешним» локусом контроля демонстрируют противоположные результаты.

Такие качества, как ответственность, самостоятельность, активность, автономность, саморегуляция в ряде исследований определяются в качестве параметров субъектности (А.В. Брушлинский [1], В.И. Моросанова [4] и др.). В связи с этим исходной предпосылкой нашего исследования явилось предположение о том, что субъектные качества могут обуславливать позицию человека по отношению к своему здоровью.

Субъектность, по мнению В.И. Моросановой, проявляется, в первую очередь, в развитии осознанной саморегуляции активности, в самодетерминации [4]. Основываясь на указанных выше исследованиях, под субъектными качествами мы понимаем способность к самоконтролю и самоуправлению в реализации значимых аспектов жизни человека, проявление гибкости и самостоятельности в изменяющихся условиях (например, по отношению к собственному здоровью и болезни).

Мы предположили, что пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, проявляющие низкую комплаентность, характеризуются наличием таких субъектных качеств, как: сниженная саморегуляция, недостаточная регуляторная гибкость, зависимость от окружающих, импульсивность, экстернальность поведения.

В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук); опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова); опросник «Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голькиной, А.М. Эткиндом). Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Белгород, в нем приняли участие пациенты с гипертонической болезнью в количестве 50 человек в возрасте от 40 до 65 лет.

Согласно полученным данным, для 48% респондентов свойственен низкий уровень комплаентности. Такие пациенты зачастую недооценивают тяжесть заболевания, в связи с чем, склонны не выполнять рекомендации, готовы вступать в конфронтацию с лечащим врачом, отстаивая свою точку зрения. Они характеризуются отрицанием болезни, низкими волевыми

качествами. 24% респондентов характеризуются средне-выраженным уровнем комплаентности. Взаимодействие таких пациентов с окружающими обусловлено ситуативными факторами, их социальную позицию можно назвать неопределенной. 28% респондентам свойственен высокий уровень комплаентности. Такие пациенты ориентированы на процесс выздоровления.

Согласно данным исследования, выявлены различия в выраженности показателей комплаентности: «социальная комплаентность» ($U=6,74$; $p<0,05$), «эмоциональная комплаентность» ($U=7,84$; $p<0,05$), «поведенческая комплаентность» ($U=876$; $p<0,05$) (Рис 1.)



Рис.1. Выраженность комплаентности у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием (средние значения)

Пациенты с низким уровнем комплаентности склонны занимать обособленную позицию по отношению к окружающим, не доверяют врачам и медицинскому персоналу. Им свойственна независимость, ориентация на собственное мнение. Респонденты стремятся недооценивать тяжесть заболевания, упускают возможные последствия и осложнения, связанные с отсутствием или пренебрежением своевременной помощи. Для них характерны: непостоянство, эмоциональная нестабильность, импульсивность поведения, что негативно сказывается на эффективности лечения.

По результатам изучения саморегуляции у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием, выявлены различия по шкалам «планирование» ($U=6,526$; $p<0,05$), «оценивание» ($U=4,373$; $p<0,05$), «гибкость» ($U=9,374$; $p<0,05$), «самостоятельность» ($U=6,258$; $p<0,05$), «общий показатель саморегуляции» ($U=61,072$; $p<0,05$) (Рис. 2.).

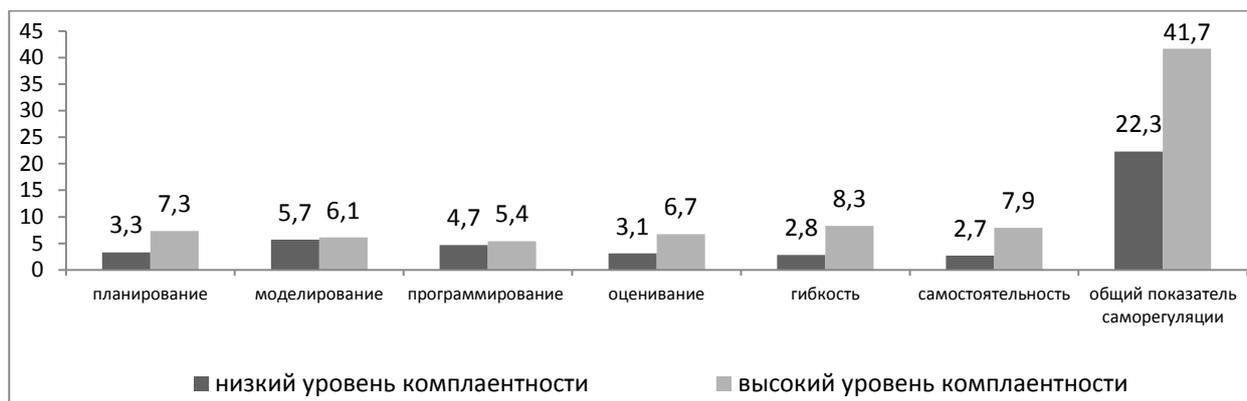
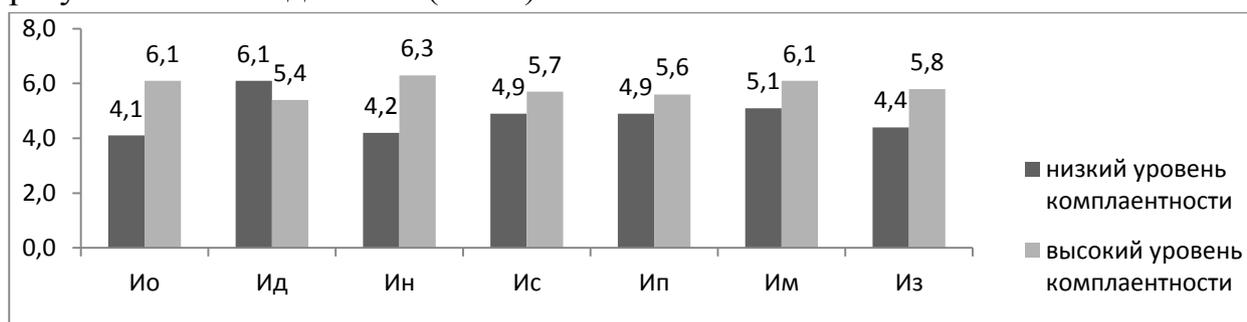


Рис. 2. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с разным уровнем комплаентности (средние значения)

Согласно полученным результатам, пациентам с хроническим соматическим заболеванием с низким уровнем комплаентности свойственен низкий уровень способности к планированию деятельности, к построению алгоритма действий, целеполаганию. Они не способны проявлять гибкость, тяжело адаптируются в трудных жизненных ситуациях (например, ситуация заболевания), действуют импульсивно, эмоциональная сфера преобладает над рациональными суждениями, им свойственны перепады настроения, сложности в организации своей деятельности. Такие пациенты не могут своевременно и быстро планировать поведение и деятельность, адекватно реагировать на изменения привычной ситуации. В результате их деятельность зачастую неуспешна, они некритично следуют чужим рекомендациям.

С целью изучения выраженности локуса контроля проанализируем результаты исследования (Рис.3).



Условные обозначения: *Ио* - шкала общей интернальности, *Ид* - шкала интернальности в области достижений, *Ин* - шкала интернальности в области неудач, *Ис* - шкала интернальности в области семейных отношений, *Ип* - шкала интернальности в области производственных отношений, *Им* - шкала интернальности в области межличностных отношений, *Из* - шкала интернальности в отношении здоровья и болезни

Рис. 3. Выраженность показателей субъективного контроля у пациентов с разным уровнем комплаентности (средние значения)

Для пациентов с низким уровнем комплаентности характерен экстернальный локус контроля по всем шкалам (значения ниже 5,5 баллов), кроме шкалы «интернальность в области неудач». Личностным фактором, снижающим комплаентность, является экстернализация локуса контроля. Были обнаружены различия в показателях локуса контроля у респондентов с низким и высоким уровнем комплаентности по шкалам «общая интернальность» ($U=8,325$; $p<0,05$), «интернальность в области неудач» ($U=11,443$; $p<0,05$), «интернальность в области межличностных отношений» ($U=5,221$; $p<0,05$), «интернальность в отношении здоровья и болезни» ($U=6,213$; $p<0,05$). Респонденты с низким уровнем комплаентности чаще неудачи приписывают внешним обстоятельствам, характеризуются меньшей терпимостью к другим и повышенной агрессивностью. Они воспринимают ситуацию болезни и выздоровления, как независимую от их воли, действий, не верят в свои возможности контролировать ситуацию. Показательна в данном случае фраза: «не всё зависит от нас». Эта фраза объективна, но, часто повторяемая и подтверждаемая последующим ходом событий, она постепенно становится основой отношения к ситуации болезни в целом.

Таким образом, пациенты, страдающие хроническим соматическим заболеванием, проявляющие низкую комплаентность, характеризуются наличием таких субъектных качеств, как: сниженная саморегуляция, самоконтроль, недостаточная гибкость поведения, зависимость от окружающих, импульсивность, некритичность суждений, экстернальность.

Список литературы

1. Брушлинский, А.В. Субъект: мышление, учение, воображение. – 2-е изд., испр. – М.: МПСИ, 2003. – 408 с.
2. Ковтун, Ю.Ю. Субъектные качества личности в структуре экологического сознания медицинских работников: автореф. дис.... канд. психол. наук (19.00.01) / Ковтун Юлия Юрьевна; ФГБНУ ПИ РАО. – Москва, 2017. – 26 с.
3. Ложкина, Л.И. Психологические аспекты комплаенса: постановка проблемы / Л.И. Ложкина // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2015.-№2. – С.81-82.
4. Моросанова, В.И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова //

вестник московского университета. Серия 14. Психология - 2010. - №1 - С.36-45.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Ковтун Ю.Ю., Зубова К.О.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. Статья посвящена изучению комплаентности у пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции. Проанализировано влияние психологических факторов на комплаентность пациентов. Результаты исследования подтвердили необходимость работы, направленной на повышение саморегуляции и комплаентности у пациентов с гипертонической болезнью с разным уровнем саморегуляции.

Ключевые слова: личность, саморегуляция, комплаентность, факторы, влияющие на комплаентность.

STUDYING COMPLIANCE OF PATIENTS WITH DIFFERENT LEVEL OF SELF-REGULATION

Kovtun Yu. Yu., Zubova K. OI.

Abstract. The article is devoted to the study of compliance in patients with hypertensive disease with different levels of self-regulation. The influence of psychological factors on patient compliance is analyzed. The results of the study confirmed the need for work aimed at increasing self-regulation and compliance in patients with hypertension with different levels of self-regulation.

Keywords: personality, self-regulation, compliance, factors affecting compliance.

Одной из важных проблем в области российского здравоохранения является низкая комплаентность пациентов, которая приводит к недостаточному контролю над заболеванием и тяжелым последствиям. Успешный результат лечения зависит от регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача. Л.И. Ложкина [3], Е.Т. Соколова [5] отмечают, что существует взаимосвязь между комплаентностью и уровнем саморегуляции у пациентов, страдающих хроническим соматическим заболеванием.

Высокий уровень саморегуляции способствует наиболее эффективному выполнению лечебных рекомендаций, снижает негативное воздействие стресса, обусловленное заболеванием.

По мнению В.И. Моросановой, индивидуальные проявления саморегуляции определяются тем, как личность планирует, программирует достижение поставленной цели, учитывает важные внешние и внутренние условия, оценивает итоги и корректирует деятельность для достижения субъективно значимых результатов [4].

Значимая роль в развитии хронических соматических заболеваний, в частности, гипертонической болезни отводится психоэмоциональному напряжению, оказывающему влияние на работу вегетативной нервной системы. Возникновению гипертонических состояний способствует реактивность людей, что является следствием недостаточной сформированности регуляторных процессов. Неверие в процесс выздоровления способствует снижению приверженности лечению таких пациентов.

Мы предположили, что пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции, гибкости поведения, самостоятельности, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности проявляют низкую комплаентность.

В исследовании использовались психодиагностические методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова); опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук) [1]; методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой). Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Белгород, в нем приняли участие пациенты с гипертонической болезнью в количестве 50 человек в возрасте от 40 до 65 лет.

Результаты исследования показали, что большинство пациентов обладают низким уровнем саморегуляции (50%). Такие респонденты характеризуются эмоциональной возбудимостью, импульсивностью, они в

большей степени требовательны к окружающим, а не к себе. Для 24% респондентов характерен средний уровень саморегуляции. Такие пациенты умеют контролировать себя, имеют постоянные интересы, настойчивы, упорны и реалистичны в отношении к жизни. Однако очень чувствительны к замечаниям и порицаниям других. Для 26% пациентов характерен высокий уровень саморегуляции, они умеют контролировать свои эмоциональные переживания.

По результатам исследования были выявлены различия в выраженности компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью с низким и высоким показателем общей саморегуляции по следующим шкалам: «планирование» ($U=6,738$; $p<0,05$), «оценивание» ($U=4,221$; $p<0,05$), «гибкость» ($U=9,146$; $p<0,05$), «самостоятельность» ($U=7,234$; $p<0,05$), «общий показатель саморегуляции» ($U=59,217$; $p<0,05$) (Рис. 1).

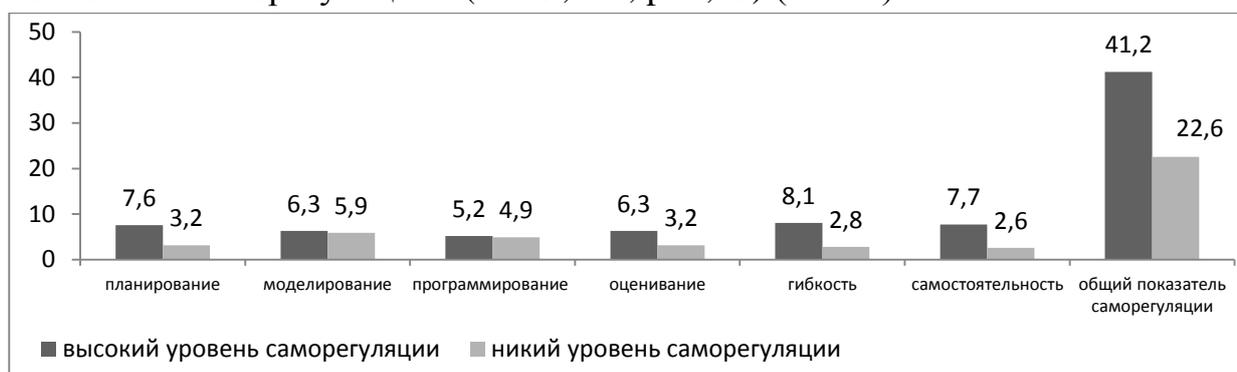


Рис. 1. Выраженность компонентов саморегуляции у пациентов с гипертонической болезнью (средние значения)

Согласно полученным результатам, для респондентов с низким уровнем саморегуляции свойственен низкий уровень способности к продуцированию идей, планированию деятельности и удержанию целей, сформированность осознанного планирования деятельности недостаточно выражена по сравнению с пациентами с высокой саморегуляцией. Респонденты с гипертонической болезнью с низкой саморегуляцией предпочитают ограничиваться ближними целями, которые формулируются ситуативно и обычно несамостоятельно. Субъективные параметры успешности ситуативны, недостаточно стабильны, что ведет к искажению оценки результатов деятельности, снижению работоспособности, результативности, особенно при увеличении объема работы.

По результатам изучения приверженности лечению у пациентов с гипертонической болезнью с низкой и высокой саморегуляцией обнаружены различия (Рис. 2.).

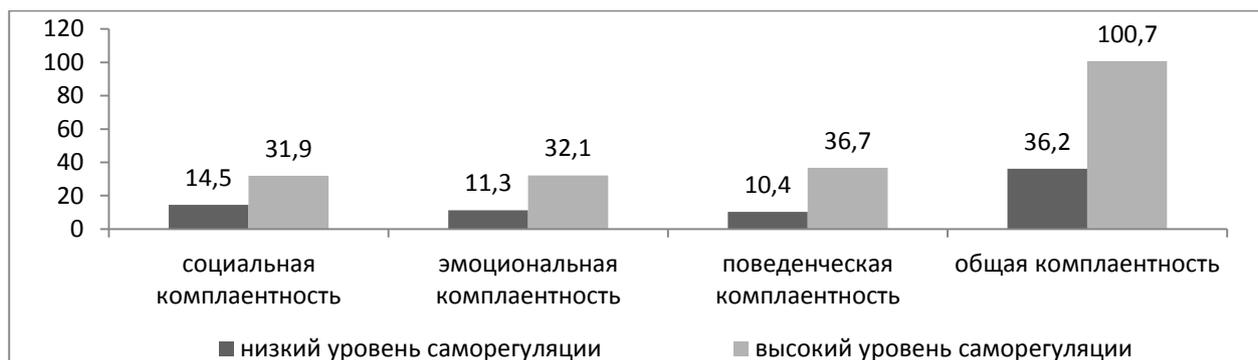


Рис. 2. Выраженность комплаентности у пациентов с разным уровнем саморегуляции (средние значения)

Были установлены различия по показателю «общая комплаентность» среди пациентов 1 и 2 групп (с низким и высоким уровнем саморегуляции) ($U=64,213$; $p<0,05$). Пациенты с высоким уровнем саморегуляции чаще демонстрируют согласие на лечение. По мере снижения саморегуляции наблюдается и снижение показателя приверженности лечению. Нарушение комплаенса значительно осложняет лечение и реабилитацию пациента, приводит к отсутствию положительной динамики или к прогрессированию заболевания. Обнаружены значимые различия среди респондентов по шкалам «социальная комплаентность» ($U=6,34$; $p<0,05$), «эмоциональная комплаентность» ($U=8,36$; $p<0,05$), «поведенческая комплаентность» ($U=9,24$; $p<0,05$). Пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции проявляют независимость, ориентированы на собственные решения, часто демонстрируют несогласие с мнением врача, склонны вступать в открытые конфронтации. Респонденты данной группы недооценивают тяжесть заболевания, упуская при этом возможные последствия и осложнения, пренебрегают лечением. В ходе беседы было выявлено, что мотивация отказа от лечения у таких пациентов связана с недоверием к методам лечения, предыдущим неблагоприятным опытом. В ряде случаев низкий уровень комплаенса связан с близким окружением: отсутствием социальной поддержки со стороны родных и близких, конфликты в семье, самоизоляция больного, отказ от помощи. Если рассматривать пациента как субъекта среды лечебного учреждения, то эффективность системы взаимодействий в данной среде определяется усилиями людей, каждый из которых руководствуется собственными, независимыми от других участников мотивами и которые все вместе продвигаются к какой-то общей цели [2].

По результатам факторного анализа данных методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) (в контексте

настоящего исследования респондентам предложили оценить среду лечебного учреждения) было выделено 3 фактора (учитывались факторные нагрузки выше 0,400). Установлено, что пациенты с гипертонической болезнью с низким уровнем саморегуляции чаще наделяют среду лечебного учреждения такими понятиями, как «большая» (0,84), «хаотичная» (0,72), «сковывающая» (0,70), «дефицитарная» (0,64). Это указывает на то, что снижено чувство контролируемости событий, происходящих с ними, снижена волевая саморегуляция. Первый фактор был назван «ограниченность пространственной среды» (дисперсия 26,53%).

Второй фактор представлен компонентами «прочный» (0,63), «напряжённый» (0,54), «чужой» (0,52). Данный фактор указывает на эмоциональную напряженность, связанную с вынужденным пребыванием в условиях стационара, и назван нами «эмоционально-оценочный компонент лечебной среды» (дисперсия 19,89%).

Третий фактор включает параметры: «контролируемый» (0,48), «динамичный» (-0,43). Данный фактор позволяет определить, что пациенты не воспринимают лечебную среду, как развивающуюся, динамичную, способствующую поэтапному выздоровлению. Этот фактор назван нами «формальный компонент пространственной среды» (дисперсия 16,42%).

Таким образом, по результатам исследования выявлено, что пациентам с гипертонической болезнью, характеризующимся недостаточным уровнем саморегуляции, самоконтроля в эмоциональной сфере, способности к планированию и оцениванию результатов своей деятельности, свойственна низкая комплаентность. Полученные данные подтверждают необходимость работы, направленной на повышение саморегуляции и, как следствие, повышение комплаентности пациентов с гипертонической болезнью.

Список литературы

1. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. – 74 с.
2. Ковтун, Ю.Ю. Субъект социального компонента эконсихологической системы / Ю.Ю. Ковтун // Системная психология и социология. – 2014. - №3 (11). – С. 50-56.

3. Ложкина, Л.И. Психологические аспекты комплаенса: постановка проблемы /Л.И. Ложкина // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2015.-№2. – С.81-82.
4. Моросанова, В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. – 2002. – № 6.– С.5-17.
5. Соколова, Е.Т. Перспективы системной модели комплаенса / Е.Т. Соколова // Сб. мат. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». - М.: МГМСУ. - 2011. - С. 24-30.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Козлова Е.М.

**ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого
великомученики и целителя Пантелеимона», г. Курск, Россия**

Аннотация. В данной статье автор рассматривает клинико-психологические аспекты диагностики болезни Альцгеймера. Описаны когнитивные особенности и методики, которые должны быть включены при проведении экспериментально-психологического исследования. Приводится пример клинический пример описания заключение пациентки с болезнью Альцгеймера.

Ключевые слова: геронтопсихиатрия, пожилой возраст, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH IN THE DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE

Kozlova E. M.



Abstract. In this article the author considers clinical and psychological aspects of Alzheimer's disease diagnosis. Described cognitive features and techniques that should be included in the experimental psychological study. An example of a clinical example describing the conclusion of a patient with Alzheimer's disease is given.

Keywords: gerontopsychiatry, elderly age, Alzheimer's disease, vascular dementia

Наиболее значимой и актуальной проблемой современной геронтопсихиатрии является изучение деменций. В связи с тем что болезнь начинается незаметно и на протяжении много времени остается нераспознаваемой, то пациенты не получают вовремя необходимого лечения, что приводит к быстрой инвалидизации, поэтому на данный момент является актуальной проблема диагностики и лечения болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. Своеобразие этого заболевания проявляется в более раннем начале болезни, более тяжелом течении и в наличии в клинической картины симптомов, свидетельствующих об очаговом характере поражения головного мозга. Это подтверждается при анатомо-гистологическом исследовании мозга: на фоне общего поражения атрофическим процессом коры головного мозга при болезни Альцгеймера отмечаются участки, где атрофия особенно сильно выражена, чаще всего это теменно-затылочные, височные и лобные отделы левого полушария. В связи с особенностями данного заболевания необходимо проводить не только инструментальные методы диагностики, которые не только дорогостоящие, но и не всегда имеются в наличии, но и нейропсихологические и патопсихологические исследования [3]. При изучении клинико-психологических характеристик болезни Альцгеймера мы руководствуемся принятым разделением течения заболевания на три стадии. Первая стадия характеризуется изменениями интеллекта, памяти и внимания без выраженных грубоочаговых симптомов, вторая – выраженным слабоумием и фокальными симптомами (афатическими, агностическими, апрактическими), третья – терминальная – глубоким психическим распадом, больные ведут сугубо вегетативное существование. Одной из проблем является первичная диагностика болезни Альцгеймера и быстрое начало лечения. В первой стадии на первый план выступают прогрессирующие расстройства памяти, особенно на события, хронологически близкие к началу заболевания. Могут проявляться конфабуляции, но активно их не продуцируют, обычно при расспросе. Чаще всего конфабуляции отмечаются в более позднем возрасте,

после 60–65 лет. То, что атрофические процессы преимущественно локализируются в теменно-затылочной области, имеет важное значение для диагностики болезни Альцгеймера, однако эти симптомы зачастую просматриваются, но именно первая стадия наиболее информативна для решения диагностических вопросов. Выделили особенности проведения патопсихологического и нейропсихологического исследования для ранней диагностики болезни Альцгеймера на начальной стадии [1].

При проведении экспериментально-психологического исследования необходимо обратить внимание на исследование мнестической сферы, особенно на затруднение в восприятии и удержании нового материала, особенно абстрактного, в создании новых навыков. Исследование гнозиса: у большинства больных наблюдается симультанная агнозия, заключающаяся в неспособности рассматривать в целом сюжетную картинку, устанавливать взаимоотношения между ними, а в вычленение отдельных предметов.

При проведении психологического исследования необходимо исследовать речевые нарушения, обратить внимание на мелодию голоса, при болезни Альцгеймера неуверенная, дрожащая, часто ошибки при постановке ударения. Предложения строят грамматически неверно. Предшественником второй стадии является семантическая афазия (неспособность понимания сложнограмматических конструкций). Амнестическая афазия при болезни Альцгеймера наблюдается у 95,4 %, возникает нарушение номинативной функции речи, в связи с чем пациенты обнаруживают затруднения в назывании показываемых им предметов при сохранности представлений об их назначении и свойствах [2, 1].

Особенности исследования счета и письма. Уже на начальных стадиях наблюдается утрата представления о разрядности чисел. На второй стадии акалькулия уже более выражена. Происходит изменение почерка, появляются параграфии, возникают трудности при произвольном написании и написании под диктовку, списывании.

При обследовании пациентов, которые госпитализированы впервые и перед врачом-психиатром и медицинским психологом стоит задача диагностики болезни Альцгеймера стоит руководствоваться кроме стандартных патопсихологических методик (заучивание 10 слов, пересказ короткого рассказа, «установление последовательности событий», «исключение лишнего», «сравнение понятий», понимание переносного смысла пословиц, таблиц Шульте), включить следующие тесты, которые, на наш

взгляд, наиболее информативны и на выполнение их не требуется много времени, так как стоит учитывать, что пациенты зачастую крайне истощаемы (в некоторых случаях приходится исследование переносить на второй день):

- 1) «Шкала оценки состояния когнитивных функций» (MMSE);
- 2) тест «Рисование часов»;
- 3) составление рассказа по сюжетной картинке;
- 4) нейропсихологическая батарея тестов:

-исследование речи (оценка спонтанной речи, называние предметных изображений особенно важно при диагностике болезни Альцгеймера, так как уже на начальных стадиях нарушается номинативная функция речи);

- исследование понимания логико-конструктивных конструкций;

-исследование письмо и чтения.

- 4) тест оценки повседневной активности (для родственников);

Приводим пример заключения экспериментально – психологической диагностики пациентки с болезнью Альцгеймера.

Пациентка С, 58 лет, доставлена в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением и нарушением памяти (бродила по подъезду в одном халате, была растеряна, не могла назвать свой адрес, при себе документов не было, назвать родственником не смогла. В таком состоянии доставлена в больницу). В первое время в отделение при относительно правильном внешнем поведении дезориентирована во времени, месте и собственной личности, смогла назвать только свою ФИО, дату рождения, возраст, место проживания затруднялась. Контакт малопродуктивный, значительно нарушена функция удержания информации при отсроченном и кратковременном воспроизведении (уже через час затрудняется вспомнить где находится, как зовут лечащего врача).

В ходе экспериментально-психологического исследования выявлено умеренное снижение произвольного внимания в сочетании с истощаемостью психических процессов, грубые нарушения мнестической способности (особенно на текущие события), мышление характеризуется снижением процессов обобщения и отвлечения с оперированием конкретно-ситуативными и конкретно-функциональными признаками предмета, неустойчивая проходящая дезориентировка в месте и времени, с редкими конфабуляторными воспоминаниями, наблюдается нарушение речи в виде амнестической, семантической и симультанной агнозии, конструктивная и динамическая апраксия, акалькулия. В эмоционально-волевой сфере эмоциональный фон

настроения ровный, несколько снижен, в некоторых моментах растерян. Мелодия речевого произношения дрожащая, несколько неуверенная.

Нарушения оптико-пространственных функций, номинативной и импрессивной функции речи, кинестетической и пространственной организации движений, зрительного гнозиса в задачах на выделение фигуры из фона. Наблюдается замедленность, застревание на отдельных фрагментах выполнения заданий, истощаемость, персеверации, снижение контролирующей и регулирующей роли речи в построении программ движений и действий, замена целостного и обобщенного понимания на отдельные предметы, что свидетельствует о снижении функции произвольного контроля высших психических функций (ВПФ), обусловленное снижением уровня энергетического обеспечения. На основании оценки полученных данных можно говорить о вовлеченности структурно-функциональных составляющих, которые связаны с нарушением префронтальных и теменно-затылочных отделов головного мозга.

У пациентов с болезнью Альцгеймера (на второй стадии) в большей степени нарушаются высшие психические функции в виде амнестической афазии, оптико-пространственного гнозиса, акалькулии, нарушения письма, дезориентировка, истощаемость внимания.

В заключении стоит отметить социальную и терапевтическую значимость клинико-психологического анализа дифференциальной диагностики болезни Альцгеймера, особое внимание медицинским психологам, работающим в данной сфере, следует обратить внимание при исследовании на особенности речи, оптико-пространственного гнозиса, счета, письма, произвольного внимания.

Список литературы

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Б68 Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж:, 2002.–512 с.
2. Гаврилова С. И., Жариков Г. А. Лечение болезни Альцгеймера // Психиатрия и психофармакология. –2001. –№ 2. –С. 45–48.
3. Коростелева О.Е. Проблемы дифференциальной диагностики болезни Альцгеймера и сосудистой деменции: клинико-психологический аспект. ПСИХОЛОГИЯ – НАУКА БУДУЩЕГО Материалы VII Международной

конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». Под редакцией А.Л.Журавлева, Е.А. Сергиенко. –М., 2017. – С. 423-427

ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С ОБРАЗОМ «Я» В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН

Кокоренко В.Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В статье представлены технологии работы с образом «Я» (элементами внешнего образа, самовосприятием женщины и отношением к себе) и теоретико-методическое обоснование применения этих технологий в практике оказания психологической помощи в рамках реализации личностно-ориентированного, ресурсного и социально-средового подходов.

Ключевые слова: образ «Я», идентичность, трансформация, личностные и средовые ресурсы.

TECHNOLOGIES OF WORK WITH THE IMAGE OF “I” IN THE PROCESS OF PSYCHOLOGICAL ADVICE OF WOMEN

Kokorenko V.L.

Abstract. The article presents the technologies of working with the self-concept (elements of the external image, self-perception of women and attitude to themselves) and theoretical and methodological justification of the use of these technologies in the practice of psychological assistance in the framework of the implementation of personality-oriented, resource and socio-environmental approaches.

Key words: self-concept, identity, transformation, personal and environmental resources.

В процессе оказания психологической помощи нередко есть необходимость обращения к базовым личностным составляющим – идентичности и образу «Я». В практике психологической работы с женщинами разного возраста, образования, рода занятий и семейного положения с широким спектром трудностей и проблем мы рассматриваем образ «Я» и личностную идентичность как важный ресурс, который способствует нормализации эмоционального состояния и самочувствия, изменению содержания сознания, активизации волевой сферы, поиску новых смыслов и самореализации, освоению более сложных способов деятельности и коммуникации, обновлению системы отношений.

Большинство женщин, обращающихся за психологической помощью, в разной мере и в разных аспектах испытывают неудовлетворенность и недовольство собой: внешностью; особенностями телесной индивидуальности; способностями; сформировавшимися способами реагирования, поведения, деятельности и коммуникации; успехами и достижениями в разных сферах своей жизни. Проявление недовольства собой - в заявленных жалобах и запросах на психокоррекционную работу, в самовосприятии, отраженном в рисунках и рассказах о себе, в самопредъявлении через внешний образ и поведение, в трудностях чувствования себя и недоверии себе. С каждой из них мы начинаем совместное исследование её личности, «инвентаризацию» и «строительство» (для каждой женщины это могут и должны быть разные слова – на ее языке, в ее мыслеобразах), творческий путь к себе.

В зависимости от конкретного случая (личность, психическое состояние, проблематика, запрос) определяются направления, приоритеты и средства психологической работы (лично-ориентированный подход).

Работа с внешним образом женщины нам представляется исключительно важной. Она может реализовываться на разных этапах взаимодействия, прямо и опосредованно, с подбором и варьированием средств, техник и приемов. В качестве средства воздействия мы активно используем механизм идентификации, однако техники и приемы могут различаться. В одних случаях в качестве модели для идентификации могут выбираться «внешние ориентиры» - известные женщины – актрисы, политические и общественные деятели и др. Принципиальным является мера внешнего сходства клиентки с выбранной моделью. В нашей практике, например, по нашему предложению одна клиентка работала с внешним образом Елизаветы Боярской, другая - Анны Михалковой.



В других случаях ориентиром для себя может являться сама женщина – в разном возрасте, состояниях, жизненных ситуациях. Здесь может использоваться технология работы с фотографиями (где я себе нравлюсь, где мне что-то во мне нравится), приемы дистанцирования и описания от 3-го лица, а также прием сравнения самовосприятия и восприятия женщины на фотографии специалистом.

Несомненно, моделью для идентификации может являться и работающий с клиенткой специалист – женщина. В этом случае, чем более полноценным является контакт, отношения – доверительными, с элементами взаимной симпатии и личностного интереса друг к другу, тем шире возможности и эффективнее воздействие. Можно привести в пример случай, где клиентка на первой встрече, работая с рисунком «Мой автопортрет в полный рост» (метод серийных рисунков и рассказов по И.М. Никольской), сказала «Этой женщине не хватает цвета». Сама она находилась в состоянии усталости и подавленности, с трудом справлялась с высоким уровнем тревоги, собственные психические ресурсы были истощены, жизненная ситуация могла расцениваться как трудная. Внешний облик клиентки, вид и цвет одежды, полностью соответствовали состоянию – блёклое, темное, бесформенное. В последующей серии встреч, помимо других методов и средств, мы целенаправленно использовали элементы терапии средой (социально-средовой подход). Среда - все то, что окружает человека, удовлетворяет его потребности и другой человек – часть этой среды. Для работы с этой клиенткой мы тщательно продумывали свой внешний вид, чтобы перед ее глазами были чистые и насыщенные цвета, четкая форма, интересные, привлекающие внимание сочетания разных элементов. Постепенно во внешнем облике клиентки стали появляться «цветные пятна» - голубой джемпер, светлые брюки, красный чехол для телефона, маникюр. В период работы любое изменение нами отмечалось, подкреплялось яркой эмоциональной реакцией принятия, одобрения и восхищения, что доставляло клиентке радость и удовольствие. Необходимо отметить, что подобное опосредованное воздействие не осознается клиенткой *как воздействие, как метод работы*, а воспринимается как нечто само собой разумеющееся, ситуативное и не актуализирует включение психологических защитных механизмов («ну, надо же быть психологу во что-то одетым»), но абсолютно точно женщиной *воспринимается, фиксируется, оценивается, формирует отношение, запускает процесс сравнения с собой, стимулирует мотивацию и собственную активность к изменениям внешним и*

внутренним. В приведенном выше случае по завершению процесса работы в обратной связи клиентка говорила, что каждый раз, глядя на консультанта, ее глаза «упирались» во что-то красивое, яркое, радостное, как это производило впечатление и как вспоминалось ей, когда она подходила к зеркалу, собиралась на работу, смотрела на людей в метро, как постепенно ее состояние стало меняться от «ничего не хочу» через «не знаю, чего хочу» к «хочу, могу, буду».

Разумеется, работа с внешним образом «Я» не заменяет работу с внутренним миром личности. В зависимости от конкретики она может вестись параллельно, может идти впереди (поскольку дает быстрый результат (понравиться себе и окружающим), который нужен для изменения эмоционального состояния и стимулирования активности в работе над собой), но может актуализироваться и вслед за внутренними изменениями (например, клиентка, имея эффектную внешность, прекрасную фигуру и рост выше среднего перестала сутулиться и начала носить обувь на каблуке после того, как в процессе работы над образом «Я» в числе других качеств было переосмыслено и скорректировано её представление «Я высокомерная»).

Женский организм и психика по сути своей постоянно находятся в изменениях, активно и противоречиво стимулируемых жизнью и социальным окружением. Включаясь в многочисленные сложные процессы и задачи, изменяясь активно или реактивно с разной степенью осознания этого, женщине требуется больше усилий для балансирования процессов трансформации и сохранения собственной идентичности. Идентичность как личностное динамическое образование интегрирует устойчивые личностные свойства, прошлый опыт, ожидания и оценки (собственные и значимого окружения), координирует направленность личности с возможностями и формами самореализации. В психологической работе с женщинами мы постоянно держим в фокусе внимания необходимость встраивать происходящие и возможные будущие изменения в пространство личности, т.е. реконструируем идентичность. Изменения, которые идут вразрез с идентичностью, будут восприниматься как нечто искусственное, чуждое для личности, носить временный характер и в лучшем случае могут стать опытом экспериментирования в определенных обстоятельствах.

Можно утверждать, что красота, трансформация и идентичность – фундаментальные категории в психологической и психотерапевтической работе с женщинами (не случайно, что именно стремление к модификации своего тела и шопоголизм в настоящее время являются распространенными



формами женских нехимических аддикций). Принимая позицию «Красота в глазах смотрящего», специалисту важно уметь увидеть *красоту* каждой женщины, с которой он работает. Угадать во внешности, заметить в сложности внутреннего мира личности, увидеть в поступках, раскрыть саму ее возможность... Показать эту красоту самой женщине. Красоту разную – нетипичную, индивидуальную, возрастную, модно-трендовую преходящую и постоянно-неизменную в пределах человеческой жизни. Создавать ее совместно всеми возможными средствами, главными из которых являются неравнодушный взгляд, искренний интерес, терапевтический разговор, где понимание и чувствование рождают новые смыслы, желание и силы жить.

Красота на протяжении всей жизни является мощным ресурсом для женщин. В целом, ресурсы рассматриваются как средства к существованию, возможности людей и общества; все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды; как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями [1]. Одним из оснований ресурсного подхода является принцип «консервации» ресурсов, который предполагает возможность человека получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. Посредством такого распределения ресурсов человек имеет возможность адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды.

Л.В. Куликов к наиболее изученным личностным ресурсам относит активную мотивацию преодоления, отношение к стрессам как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста; силу Я-концепции, самоуважение, самооценку, ощущение собственной значимости, «самодостаточность»; активную жизненную установку; позитивность и рациональность мышления; эмоционально-волевые качества; физические ресурсы - состояние здоровья и отношение к нему как к ценности [2]. Личностные ресурсы могут быть представлены как система способностей человека к устранению противоречий личности с жизненной средой, преодоления неблагоприятных жизненных обстоятельств посредством трансформации ценностно-смыслового измерения личности, задающего ее направленность и создающего основу для самореализации.

Описанные выше технологии работы с различными элементами образа «Я» реализуются в практике консультативной и психотерапевтической работы

в рамках личностно-ориентированного, ресурсного и социально-средового подходов.

Список литературы

1. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ.// Журнал социологии и социальной антропологии. – Том 1. – 1998. – №2. – С. 100 – 109.
2. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие.— СПб.: Питер, 2004. — 464 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЬНЫХ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ психологических изменений у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой. Анализ проводился с помощью анкетирования больных. Выявлено, что физический статус больных связан с их психо-эмоциональным состоянием.

Ключевые слова: эмоции, психологические изменения, анализ, настроение.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PATIENTS COPD AND BRONCHIAL ASTHMA

Konoplya E.N., Mansimova OV, Shelukhina A.N., Dorofeeva S.G.

Abstract. The article presents the analysis of psychological changes in patients with COPD and bronchial asthma. The analysis was carried out by means of

questioning of patients. It was revealed that the physical status of patients is associated with their psycho-emotional state.

Key words: emotions, psychological changes, analysis, mood.

Актуальность. Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, а также заболеваниями органов дыхания, с каждым годом растет и увеличивается. Результаты многочисленных данных, связанных с анализом психологического статуса, свидетельствуют о высокой частоте (50-60%) и значительной выраженности развития психических расстройств у соматических больных.

Цель исследования: выявить особенности психо-физиологического состояния у больных ХОБЛ и бронхиальной астмой.

Материалы и методы: в ходе исследования было проведено анкетирование 70 больных, находившихся на стационарном лечении в 2016 году в пульмонологическом отделении НУЗ ОБ на ст. Курск ОАО «РЖД» и БМУ «КОКБ» г. Курска. Из них составило 29 мужчин (41,4%) и 41 женщина (58,6%). Возраст больных находился в диапазоне от 23 до 71 года. Средний возраст женщин составил 54,1 лет ($m=2,7$), мужчин 56,3 лет ($m=4,8$). В ходе работы использовался метод анкетирования.

Результаты исследования. По данной работе были оценены показатели: волнение, тревожность, резкая смена настроения, физиологические показатели (ЧСС, ЧДД).

Показано, что физический статус больных непосредственно сопряжен с их психо-эмоциональным состоянием. Прослеживается прямая зависимость, которая демонстрирует отрицательное влияние негативных эмоций, возникших вследствие заболевания, на физиологию пациентов. Доказательством всему этому является усиление одышки, ЧСС, ЧДД и ухудшение самочувствия на фоне повышенного волнения и тревожности. У женщин также в данное состояние вносит весомый вклад резкая смена настроения.

Список литературы

1. Альмитова Р.А. Прогнозирование болезни легких по медико-социальным факторам риска // Проблемы управления здравоохранением. – 2015. – № 1. С. 29 – 33.

2. Васильева А.М. ХОБЛ – проблема и лечение // Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных с дыхательной патологией, № 4. – Москва, 2016. –С.37 – 40.
3. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Психологическое состояние больных с ХОБЛ и БА // Психология здоровья и болезни. Курск, 2015. –С. 67 – 69.
4. Конопля Е.Н., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г. Проблемы межпоколенного взаимодействия // «Информационные и коммуникативные технологии в психологии и педагогике»: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции.- Стерлитамак:АМИ, 2018. –С. 17- 18.
5. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по пульмонологии // Журнал «Пульмонология». – М., 2015. –С. 66 – 67.

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОТ СТАЖА РАБОТЫ ПЕДАГОГА

Константинова Ю.О., Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены теоретические аспекты феномена профессионального образования, а так же рассмотрена возможная взаимосвязь профессионального выгорания и стажа работы педагогов. Осуществлена оценка корреляции между результатами по методике профессионального выгорания. Данная статья будет интересна студентам медицинских вузов, а так же преподавателям и педагогам.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, педагог, стресс, резистенция, редукция профессиональных обязанностей.

THE DEPENDENCE OF THE FORMATION OF THE PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME ON THE EXPERIENCE OF THE TEACHER

Kuznetsova A. A., Konstantinova Y.

Abstract. The article discusses the theoretical aspects of the phenomenon of vocational education, as well as the possible relationship of professional burnout and work experience of teachers. The estimation of the correlation between the results by the method of professional burnout has been carried out. This article will be interesting to students of medical universities, as well as teachers and teachers.

Keywords: professional burnout, teacher, stress, resistance, reduction of professional duties.

В современном мире различных профессий среди наиболее распространенных преград к профессионализму, творчеству и самореализации педагога выделяется синдром профессионального выгорания [1, 8]. Термин «профессиональное выгорание» (burnout) был введен американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергом для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами в эмоционально насыщенной атмосфере [4].

В данной статье особое внимание уделено педагогической деятельности, так как она насыщена различными стрессовыми ситуациями и разнообразными факторами, несущими в себе потенциальную возможность повышенного эмоционального реагирования.

Актуальность детального изучения проблемы профессионального выгорания обусловлена возрастающими требованиями со стороны общества к личности педагога, т.к. профессия учителя обладает огромной социальной важностью, причем разных уровней образования [10]. Рассмотрены подходы к определению выгорания, механизмы и способы регуляции выгорания [5, 6, 7].

По определению крупнейшего специалиста в области социальной психологии и психологии здоровья, психологии стресса на рабочем месте и синдрома выгорания Кристины Маслач, выгорание на работе – это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения уровня личных достижений, который часто испытывают представители профессий, требующих очень интенсивных межличностных контактов [11].

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них [8]. Оно ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. С точки зрения концепции стресса Г. Селье, профессиональное выгорание – это дистресс или третья стадия общего адаптационного синдрома – стадия истощения [3]. Методологическим основанием выступила процессуальная модель В.В.Бойко (см.таблицу1).

Таблица 1

**Процессуальная модель эмоционального выгорания
В.В. Бойко (1999)**

Фаза	Проявления
Напряжение	<p>переживание психотравмирующих обстоятельств, проявляющееся в усилении осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности и нарастании раздражения;</p> <p>неудовлетворенность собой, избранной профессией, должностью, конкретными обязанностями, которая проявляется в результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства;</p> <p>ощущение «загнанности в клетку», представляющее собой чувство безысходности, состояние интеллектуально-эмоционального тупика;</p> <p>тревога и депрессия, обнаруживающиеся в связи с профессиональной деятельностью в особо сложных обстоятельствах, в которых выгорание выступает как средство психологической защиты [2].</p>
Резистенция	<p>неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, возникающее в виде неадекватного ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение;</p> <p>эмоционально-нравственная дезориентация, проявляющаяся в отсутствии должного эмоционального отношения к субъекту деятельности;</p> <p>расширение сферы экономии эмоций, проявляющееся в ограничении спектра эмоциональных отношений и осуществляющееся вне профессиональной области (например, в общении с родными);</p> <p>редукция профессиональных обязанностей, возникающая как попытка облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат [2].</p>



Источение	<p>эмоциональный дефицит, проявляющийся в преобладании негативных эмоций во взаимодействии с субъектами своей деятельности (резкости, грубости, раздражительности и др.);</p> <p>эмоциональная отстраненность, обнаруживающая себя в почти полном исключении эмоций из сферы профессиональной деятельности, что является одним из способов психологической защиты;</p> <p>деперсонализация, проявляющаяся в полной или частичной утрате интереса к человеку, как субъекту профессиональной деятельности и восприятие его, как объекта манипуляций;</p> <p>психосоматические и психовегетативные нарушения, проявляющиеся на уровне физического и психического самочувствия [2].</p>
-----------	---

Целью эмпирического исследования является выявление степени профессионального выгорания среди педагогов и поиск взаимосвязи степени профессионального выгорания и стажем работы преподавателем.

Задачи исследования:

1. Осуществление диагностического исследования уровня профессионального выгорания среди преподавателей.
2. Выявление взаимосвязи между уровнем профессионального выгорания среди преподавателей и стажем их работы.
3. Выявление корреляции между показателями шкал резистенции методики Бойко В. В.

Объект исследования: профессиональное выгорание.

Предмет исследования – взаимосвязь профессионального выгорания педагогов, имеющих высшее образование со стажем работы.

Эмпирическая база исследования. В исследовании приняли участие 26 педагогов МБОУ «Средней общеобразовательной школы №27 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла им. А. А. Дейнеки» г. Курска.

В качестве методического инструментария были использована методика В.В. Бойко «Диагностика эмоционального выгорания личности». В методике были использованы определенные шкалы: неадекватное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей.

Для статистической обработки полученных результатов методы статистической обработки – описательной (нахождение среднего, стандартного отклонения), корреляционной статистики (критерий Спирмена), Excel, Statistica 8.0.

Решая задачу исследования профессионального выгорания у преподавателей, получили следующие результаты. По шкале «Неадекватное эмоциональное реагирование» показатели в пределах нормы обнаружены у 10 человек, на стадии формирования синдрома находятся у 8 человек, на стадии сформированного синдрома – 6 человек. Важно отметить, что высокие показатели по данной шкале были обнаружены у испытуемых, стаж работы которых находится в диапазоне от 3 до 15 лет (см. рис.1).

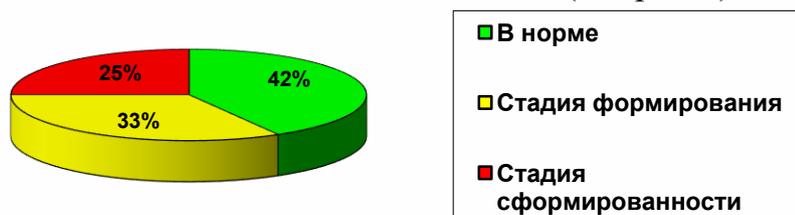


Рис. 1 Долевое распределение выраженности показателя «Неадекватное эмоциональное реагирование» у педагогов

Шкала «Эмоционально-нравственная дезориентация» показала, что у 9 человек синдром не сформирован, у 8 находится на стадии формирования и у 7 сформирован (Диаграмма 2). Можно увидеть, что среди 26 опрошенных только у 38% опрошенных отсутствуют проявления эмоционально-нравственной дезориентации, у остальных 62% испытуемых существуют проявления синдрома. Результаты не связаны со стажем работы, высокий уровень по данной шкале был обнаружен как у лиц со стажем 2,8 лет, так и 17 лет (см. рис.2).

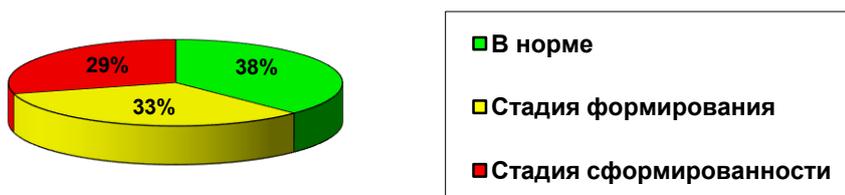


Рис. 2 Долевое распределение выраженности показателя «Эмоционально-нравственная дезориентация» у педагогов

По шкале «Расширение сферы экономии эмоций» были получены следующие результаты: у 14 человек не было выявлено эмоционального дефицита, у 6 человек – стадия формирования синдрома, у 4 человек – сформированный синдром. Полученные данные также не зависят от стажа работы испытуемых, так как высокий уровень экономии эмоций был выявлен как у работников со стажем 3 года, так и со стажем 17 лет. Стоит отметить, что по данной шкале были получены наиболее положительные результаты: у опрошенных больше половины (58%) показатели оказались в норме (см. рис.3).

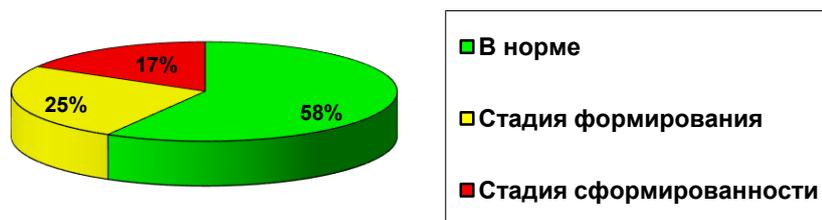


Рис.3 Долевое распределение выраженности показателя «Расширение сферы экономии эмоций» у педагогов

Наибольший интерес для нашего исследования представляет шкала «Редукции профессиональных обязанностей». По результатам проведенной методики было выявлено, что у 15 людей отсутствует редукция профессиональных обязанностей, только у 4 человек синдром находится на стадии формирования и у 5 человек он уже сформирован. Как и в ситуациях с вышеописанными шкалами, различия в стаже работы не влияют на получившиеся показатели (см. рис.4).

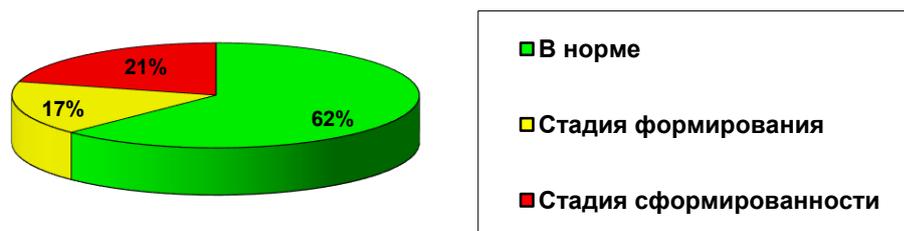


Рис. 4 Долевое распределение выраженности показателя «Редукции профессиональных обязанностей» у педагогов

Для более достоверного анализа возможной взаимосвязи между уровнем профессионального выгорания среди преподавателей и стажем их работы была использована Statistica 8.0. (критерий Спирмена). На основе полученных данных высокой достоверностью можно утверждать, что взаимосвязь между параметрами редукции профессиональных обязанностей и стажем работы отсутствует. Это означает, что степень профессионального выгорания педагога не имеет связи со стажем работы, можно также предположить, что основным показателем является степень заинтересованности человека в своей деятельности.

Решая задачу выявления корреляции между показателями шкал резистенции методики Бойко В. В., была обнаружена значимая корреляция между шкалами «Расширение сферы экономии эмоций» и «Редукция профессиональных обязанностей».

Таким образом, проведенное исследование показало, что степень профессионального выгорания не связана со стажем работы.

Список литературы

1. Баробанова М. В. Изучение психологического содержания синдрома «эмоционального сгорания». – М.: Педагогика, 2005. – 527с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб: Питер, 1999. – 105с.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - СПб: Питер, 2005. – 421с.
4. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 221с.
5. Кузнецова А.А. Параметры системы саморегуляции и рефлексивные механизмы регуляции состояния выгорания в условиях педагогической деятельности//Образование и общество. 2012. № 4 (75). С. 54-59.
6. Кузнецова А.А. Структурно-феноменологические проявления состояния выгорания у преподавателей высшей школы//Известия Юго-Западного государственного университета. 2012. № 3-2 (42). С. 145-152.
7. Никитина Е.А., Молчанова Л.Н., Недуруева Т.В., Кузнецова А.А. Психологические механизмы регуляции состояния психического выгорания у преподавателей высшей школы//Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2014. № 4. С. 111-121.
8. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Изменение структуры профессиональной идентичности на разных этапах профессионализации // Ученые записки Российского государственного социального университета. - 2009. № 1 (64). - С. 42-47.
9. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н., Недуруева Т.В. Состояние "выгорания": детерминация, феноменология, генезис, измерение // Курск, 2007.
10. Полякова О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление. – СПб: Речь, 2008. – 144с.
11. Самоукина Н.В. Синдром профессионального выгорания // Медицинская газета. 2005. №43 (8 июня). С.21-22.

ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Коростелева О.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Из анализа данных доступной литературы следует, что психологические особенности, которые влияют на формирование демонстративного суицидального поведения изучены недостаточно как в отечественной, так и в зарубежной психологии и психиатрии. Данная работа посвящена проблеме современной суицидологии - выявление внутренних личностных факторов демонстративного суицидального поведения, оценка и попытка выявить критерии отличия демонстративного от истинного суицидального поведения.

Ключевые слова: демонстративное суицидальное поведение, истинное суицидальное поведение, парасуицид, психодиагностика.

PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DEMONSTRATIVE AND TRUE SUICIDAL BEHAVIOR

Korosteleva O.E.

Abstract. From the analysis of available literature data, it follows that the psychological characteristics that influence the formation of demonstrative suicidal behavior have not been studied enough in both domestic and foreign psychology and psychiatry. This work is devoted to the problem of modern suicidology - identifying the internal personal factors of demonstrative suicidal behavior, evaluation and an attempt to identify the criteria for distinguishing demonstrative from true suicidal behavior.

Keywords: demonstrative suicidal behavior, true suicidal behavior, parasuicide, psychodiagnostics.

Проблема суицида одна из наиболее актуальных международных проблем. Одним из аспектов медицинского решения проблемы является

совершенствование превентивных мер, включающих раннюю диагностику состояний, угрожаемых суицидом. Суицидальное поведение – любые внешние и внутренние формы психических актов, направляемые намерениями лишения себя жизни. Данный феномен включает в себя суицидальные мысли, идеи, тенденции [1].

В зависимости от концепции и подхода существуют разные типологии суицидов. Отечественные исследователи выделяют следующие виды суицидального поведения – истинный, демонстративный (демонстративно-шантажный) и аффективный. Не только в отечественной психологии выделяют демонстративные тип суицидального поведения, но и в зарубежной литературе также приводятся классификации. С. Драковр и К. Нолек суицидальные попытки делят на истинные и демонстративные, важную роль отводят семье в формировании демонстративного суицидального поведения (трактуют демонстративную попытку как аналог межродительского конфликта, а ее целью считают инфантильное желание индивида обратить на себя внимание). Мягер В.К. также отводит роль родительской семьи и проводит данные, что у большинства суицидентов родители развелись в младшем школьном возрасте, мать обладала истероидными чертами характера, а отец – замкнутостью и жестокостью, и по мнению автора дети из такой семьи всю жизнь переживают чувство покинутости и заброшенности. Клопфер В. в своей классификации также отмечал искренние и рассчитанные на привлечение внимания, а также выделял индивидуальные и коллективные, активные и пассивные, запланированные и импульсивные. На основании клинико-психологического анализа предпринимались попытки создания классификации суицидальных проявлений. [9].

Демонстративный суицид – это изображение попыток самоубийства без реального намерения покончить с жизнью, с расчетом на спасение. Субъект, совершивший суицидальное поведение, в структуре личности должен обладать определенными психологическими особенностями. А.А. Куракин отмечал необходимость исследовать демонстративные суицидальные действия и отличать от суицидов истинных [6]. Основная мотивация истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации, а у больных с недостаточно развитыми адаптивными навыками общения с людьми присуще демонстративно-шантажное поведение. В отечественной психологии преморбидные особенности личности рассматриваются как один из предрасполагающих факторов, позволяющих



прогнозировать суицидальное поведение. Рассмотрим наиболее актуальные концепции, которые выделяют предикторы суицидального риска.

У.П. Короленко и А.Л. Галин выделяют следующие психологические особенности: преобладание формально-логического типа мышления, чувствительность аффективной сферы и недостаточность активного воображения. Н.В. Конончук и В.К. Мягер выделяют основные свойства личности суицидента: повышенная напряженность потребностей, выражающаяся в необходимости непрерывного достижения поставленной цели; повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимость от любимого человека; низкая способность личности к образованию компенсаторных механизмов [9].

В настоящее время активно разрабатываются и набирается экспериментальный материал для обоснования нейрокогнитивных и биохимических концепций суицидогенеза. Van Heeringen С. вводится понятие «суицидального мозга» [15]. Считается, что определенные мозговые структуры вносят свой вклад в формировании личностно-зависимых характеристик, которые определяют суицидальные действия. Взаимосвязь между мозговой дисфункцией и суицидальным поведением оценивается на основе анализа частоты суицидальных попыток у соматических больных. Предполагается, что определенные личностные черты, которые связаны с суицидальностью, наиболее часто обнаруживаются у больных с мозговой дисфункцией. Определенные индивидуальные черты, которые также участвуют в развитии суицидального поведения (эмоциональная лабильность, импульсивность, агрессивность), изменения личности при поражении ЦНС и головного мозга (например, изменение личности при эпилепсии и черепно-мозговых травм). Нейропсихологические исследования выделяют социально-когнитивные процессы, связанные с суицидальным поведением. Данные компоненты локализуется во фронтальной и темпоральной зонах головного мозга. Это определяет чувствительность к социальным стимулам, которая коррелирует с активацией стресс-систем у лиц, совершивших суицидальную попытку [15, 16].

Остается трудно понять механизм формирования суицидального поведения.

В настоящее время исследования посвящены выявлению клинико-психологических, нейропсихологических, когнитивных и психологических маркеров суицидального риска, в которых было выявлено, что наличие депрессии и депрессивных переживаний является наиболее важным клинико-

психологическим состоянием, определяющих риск самоубийства [4, 5, 12, 13, 14]. Особенности понимания временной перспективы и прогнозирования будущего у лиц, совершивших демонстративный суицид [3].

При анализе предложенных концепций мы отмечаем, что такие личностно-психологические характеристики как импульсивность, агрессивность, эмоциональная неустойчивость, депрессивное состояние, эгоцентризм, ригидность поведенческих стереотипов в том числе и ригидность мышления, высокий уровень тревожности выступают в виде предикатов суицидального поведения. А.А. Гизатулина и А.А. Тараданов в своей концепции интегральной матрицы дифференциации самоубийств отмечают несоответствии определения феномена «суицид» или «самоубийство» и демонстративного суицидального поведения. Противоречия заключаются в том, что по определению суицид это «преднамеренный акт убийства себя», т.е. завершенный акт и целью которого является смерть. Демонстративное суицидальное поведение имеет целью шантаж с выгодой для себя, а суицидальная попытка выступает средством достижения цели, что не соответствует цели истинного суицидального поведения [2]. Некоторые авторы предьявляли попытки исследовать отдельно каждый вид суицидального поведения и обнаруживали специфические особенности для истинного, аффективного и демонстративного суицидального поведения, но единой концептуальной системы не выявлено [11]. При анализе доступных зарубежных источников литературы мы отметили, что исследований о демонстративном суицидальном поведении не проводилось, и не разделялись по видам суицидального поведения.

Целью нашего исследования является определение личностных характеристик демонстративного суицидального поведения и уточнения критериев для дифференциальной диагностики истинных и демонстративных суицидальных намерений.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница». Было обследовано 23 пациента, которые совершили демонстративный суицид и впервые госпитализированы в больницу (ранее психиатрического диагноза не имели) и 25 пациентов, которые совершали истинное суицидальное поведение (15 поступали неоднократно с умеренным депрессивным эпизодом и не скрывали суицидальных мыслей, остальные – первичные).



Диагностический инструментарий: клинико-психопатологические: беседа и наблюдение; шкала импульсивности Баррата [7], шкала депрессии Бека.

При сравнении по уровню импульсивности выявлены различия на уровне тенденции (p -level $< 0,05$), обнаружены результаты, свидетельствующие о том, что суициденты с демонстративным суицидальным поведением имели высокий уровень импульсивности, а пациенты с истинным суицидальным поведением имели умеренный уровень или вовсе не высокий. Различия можно объяснить тем, импульсивность – это черта характера, выражающаяся в склонности действовать без достаточного контроля, под влиянием внешних факторов, что характерно больше для демонстративного суицидального поведения, при истинном же формировании суицидального поведения занимает большее время, подходят тщательно к планированию суицидальной попытки, и при неудачи не отказываются от идей, и утверждают, что реализуют при другом «удобной» случае. А при демонстративном суицидальном поведении происходит все достаточно быстро, часто не обдуманно о последствиях. Например, пациентка после ссоры с мужем порезала предплечье и самостоятельно вызвала бригаду скорой медицинской помощи, так как испугалась за свое состояние. Свой поступок аргументировала тем, что «не думала, что будет столько крови». В отделение такие пациенты тяготеют к пребыванию, просят о выписки, раскаиваются о происшедшем поступке. Пациенты с истинным суицидальным поведением, наоборот, не спешат выписываться, более закрыты в своих болезненных переживаниях, держаться обособленно, малообщительны.

По депрессии Бека выявлены статистически достоверные различия (p -level $< 0,01$). Для суицидентов с истинным суицидальным поведением характерно высокий или умеренный уровень депрессивного состояния, а для пациентов, с демонстративным суицидальным поведением отсутствие суицидального состояния, или в отдельных случаях наличие депрессивного состояния невротического, ситуативного генеза.

Таким образом, в нашем исследовании мы еще раз подтвердили, что для истинного суицида характерно наличие депрессивного состояния, высокого уровня агрессии и импульсивности. Для демонстративного суицидального поведения характерен высокий уровень импульсивности, при этом он выше, чем при истинных суицидах, умеренный уровень агрессии и отсутствие депрессивного состояния (или же ситуативно обусловлено). Требуется более

детальное рассмотрение психологических особенностей демонстративного и истинного суицидального поведения.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методич. рекоменд. — М., 1980. — 48 с.
2. Гизатулина А.А., Тараданов А.А. Интегральная матрица дифференциации самоубийств // Суицидология. 2013. №4(13). с. 49-55
3. Запесоцкая И.В. Особенности временной перспективы у лиц, совершивших демонстративный суицид // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IV Всероссийской конференции с международным участием, Курск, 2014. С. 93-95
4. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Клиничко-психологические маркеры суицидального риска // Российский психиатрический журнал. 2012. №4. с. 29-35
5. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические маркеры суицидального риска по результатам тестов Л.Сонди и М.Люшера // Российский психиатрический журнал. 2012. №5. с.56-65
6. Куракин А.А. О демонстративных суицидальных действиях и их экспериментально-психологической оценке // Неврозы и пограничные состояния / под редакцией Мясищева В.Н., Карвасарского Б.Д., Личко А.Е. сбор.науч. трудов НИИ психиатрии им В.М. Бехтерева. Л., 1972. с. 90-96
7. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) [Электронный ресурс] // Психология и право. 2015. Том 5. №3. С.75-89
8. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. №1(18). Т6. с.3-7
9. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. - Москва : Когито-Центр, 2005. - 375 с.
10. Чистопольская К.А., Ениколопова С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология №3 (12), 2013 с.26-34
11. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск. 2006. 472 с.

12. Elizabeth C. Hunter, Rory C. O'Connor. Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism // *British Journal of Clinical Psychology* 2003. №48. P. 355–365
13. Johnson J., Gooding P., Tarrrier N. Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS) // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008. №81. P. 55–77
14. Mark A., Lau A, Zindel V., Segal A. J. Mark G. Williams B. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior // *Behaviour Research and Therapy* 2004. № 42. P. 1001–1017
15. Van Heeringen C. Understanding the suicidal brain // *The British J. Psychiat* 183. 2003. P. 282-284
16. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality // *Can. J. Psychiat*. 2003. № 48. P. 292-300.

КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Логачева Е.А., Шутеева Т.В.

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

Аннотация. В статье представлены результаты клинико-нейропсихологического наблюдения 45 пациентов с хронической ишемией мозга, 30 из которых (основная группа) получали препарат цитиколинового ряда (нейпилепт) по 1000мг. внутрь в течение месяца. Контрольную группу представили 15 пациентов. Обе группы пациентов получали стандартную традиционную терапию, включающую антиагрегантные и сосудистые средства, и были сопоставимы по возрасту, характеру жалоб, результатам клинического и нейропсихологических обследований. Отмечено улучшение когнитивных функций и уменьшение эмоциональных расстройств в группе пациентов, получавших, наряду с базовой терапией, нейпилепт. Использование нейпилепта

в комплексной терапии оказывает положительное влияние на клиническое течение болезни, повышает эффективность проводимого лечения.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, лечение хронической ишемии мозга, нейпилепт.

COGNITIVE EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA: A MODERN VIEW ON THE PROBLEM

Logacheva E.A., Shuteva T.V.

Abstract. The article presents the results of clinico-neuropsychological observation of 45 patients with chronic brain ischemia, 30 of which (the main group) received a citlicalin preparation (neypilept) of 1000 mg. inside within a month. The control group was presented by 15 patients. Both groups of patients received standard traditional therapy, including antiplatelet and vascular agents and were comparable in age, type of complaints, clinical and neuropsychological examinations. Improvement of cognitive functions and a decrease in emotional disorders in the group of patients receiving, along with basal therapy, neypilept was noted. The use of neypilept in complex therapy has a positive effect on the clinical course of the disease, increasing the effectiveness of the treatment.

Keywords: chronic cerebral ischemia, treatment of chronic cerebral ischemia, neypilept.

Сосудистые заболевания головного мозга занимают ведущее место в большинстве стран мира среди различных причин инвалидности и смертности [1]. Цереброваскулярная патология является одной из самых частых причин когнитивных нарушений (КН), которые проявляются нарушением памяти, внимания, снижением умственной работоспособности, интеллекта. По различным данным когнитивные расстройства диагностируются у 40— 87% пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) [2]. Каждый год в России регистрируют более 450 тысяч инсультов, которые оказывают негативное влияние на продолжительности жизни пациентов и качество их жизни [3]. Степень выраженности и особенности клиники постинсультных КН определяются локализации очага. При кортикальных поражениях у пациентов могут быть различные афазии, апрактические нарушения, зрительно-пространственные расстройства, при субкортикальных очагах – нарушения внимания, инертность. Наиболее существенны КН у



пациентов с локализацией инсульта в стратегически важных для когнитивных и поведенческих функций зонах. Клинические проявления и характер течения когнитивных расстройств сосудистого генеза имеют особенности: нередкое проявление лобной симптоматики, замедленность движений, экстрапирамидные нарушения, затруднения равновесия и ходьбы, флуктуирующий характер проявления симптомов. Также выявление лакун, лейкоареоза и других сосудистых проявлений в мозге по данным нейровизуализационных методик [4]. Весьма существенными факторами риска для сосудистых КН являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушения липидного обмена, а также особенности поведения и образа жизни (ожирение, злоупотребление алкоголем, курение, гиподинамия), которые регистрируются уже в среднем возрасте [5]. В формировании когнитивного дефицита могут быть задействованы одновременно несколько различных механизмов: атеросклероз, артериальная гипертензия, отложения амилоида. Одним из важных фактором риска КН является возраст. Многие клинические исследования указывают на защитную роль более высокого образовательного уровня [6]. Но уровень образования, по мнению исследователей, помогает лишь несколько отсрочить клинические проявления когнитивных нарушений, но не влияет на степень их нарастания [7]. Определенное значение объема инфаркта или кровоизлияния при формировании КН определяют тем, что при достижении ими критического размера возникает срыв компенсаторных возможностей головного мозга, которые обеспечивают высшие психические функции [1]. Нарастающий когнитивный дефицит негативно влияет на качество жизни пациентов и их окружения.

Общеизвестно, что одним из определяющих медиаторов для развития когнитивных функций является ацетилхолин. Несостоятельность ацетилхолиновой передачи выявляется при когнитивных нарушениях различного генеза. Считается, ацетилхолин обеспечивает устойчивости внимания, а ацетилхолинергический дефицит приводит к повышенной рассеянности и быстрой утрате полученных знаний, развитию когнитивной патологии.

Очень часто когнитивные нарушения сопровождаются тревожно-депрессивными расстройствами, и являются независимыми друг от друга следствиями сосудистых расстройств, которые объединены общей основой - нарушением функции передних отделов головного мозга и нарушением их координации с подкорковыми базальными узлами. Когнитивный дефицит

может являться самостоятельной причиной депрессии (как результат сниженной функций лобных долей). При этом пациентом неверно истолковываются окружающая действительность, поступки близких людей, собственное поведение. Пациентам свойственны плаксивость, обидчивость, повышенная ранимость. Неверная когнитивная оценка окружающего может стать причиной эмоциональных проблем. При сохранении критики депрессивные проявления могут быть также реактивным ответом пациента на осознание своих когнитивных проблем [8]. Клиническая картина тревожно-депрессивных расстройств сопровождается астеническими нарушениями: повышенной слабостью, утомляемостью, инсомниями [8]. В настоящее время коррекция КН включает различные медикаментозные схемы, направленные на первичную и вторичную профилактику острых нарушений мозгового кровообращения, нормализацию артериального давления, назначение традиционных нейротрофических препаратов. Также широко применяются различные методы физиотерапевтического воздействия, психокоррекционные методики, программы реабилитации и восстановительного обучения [9,10]. Все эти мероприятия направлены преимущественно на восстановление грубомоторных функций (ходьба, поддержание позы тела и др.) и локомоций конечностей [9,10]. Для коррекции когнитивных нарушений используются препараты, которые улучшают метаболические процессы головного мозга. К ним относят препараты цитиколинового ряда. Цитиколин является природным эндогенным соединением, влияющим на образование свободных жирных кислот, синтез ацетилхолина и повышающим содержание норадреналина и дофамина в нервной ткани, активируя механизмы нейропластичности [11]. Цитиколин показал свои нейропротективные и нейрорепаративные эффекты в экспериментах острой ишемии и старения мозга. У пациентов с ишемическим инсультом цитиколин ускорял функциональную реабилитацию [11]. Также цитиколин продемонстрировал свой стрессопротекторный эффект, который проявлялся в нормализации соматовегетативных нарушений, сна, улучшении настроения. Антидепрессивный эффект можно объяснить его способностью улучшать работу норадренергической, дофаминергической и серотонинергической систем [12].

Цель – определение возможности применения цитиколина (нейпилепта) в составе комплексной терапии для коррекции когнитивных и тревожно-депрессивных проявлений у пациентов с ХИМ.



Материалы и методы. Исследование проведено в 2-х группах пациентов с ХИМ: основная и контрольная в возрасте пациентов от 54 до 72 лет. Основная группа включала 30 испытуемых, из них мужчины - 10 (33%), женщины - 20 (67%). Средний возраст составил 63,2 года. 22 больных основной группы жаловались на наличие артериальной гипертензии продолжительностью от 10 до 20 лет, у 4-х испытуемых отмечалось наличие церебрального атеросклероза без артериальной гипертензии, у 25 выявлялось сочетание церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии. Острые нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки) отмечались у 9 пациентов, ожирение II-III ст. - в 12 случаях. В контрольную группу вошли 15 пациентов, средний возраст – 62,7 года. По характеру соматической патологии обе группы соответствовали друг другу.

Для пациентов контрольной и основной групп были характерны сходные жалобы на головные боли, снижение памяти, рассеянность, снижение мотиваций, внимания. Тревожно-депрессивные расстройства определялись как пониженное настроение, потерю интереса к различным событиям. Выявлялись расстройство сна, пониженная самооценка. Пациентам основной группы был назначен нейпилепт внутрь по 1000 мг в сутки в течение 30 дней на фоне традиционной терапии, включающей антиагрегантные и сосудистые средства. Пациенты контрольной группы получали только традиционную терапию указанными группами препаратов.

Методы обследования включали:

- 1) обследование когнитивных функций с использованием краткой шкалы оценки психической сферы (КШОПС) и шкалы лобной дисфункции (ШОЛД).
- 2) оценку уровней тревоги и депрессии по НАМ-А и НАМ-Д.
- 3) исследование качества жизни с помощью опросника SF-36.

Все обследования были проведены в обеих группах до и после лечения. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, наличию сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и дыхательной систем. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. В неврологическом статусе у пациентов обеих групп отмечалась рассеянная органическая симптоматика. У пациентов, получавших нейпилепт, отмечалось улучшение к 3 неделе приема препарата. Уменьшились головные боли и снизилась их интенсивность, отмечалось определенное улучшение памяти, внимания. В контрольной группе также было выявлено

снижение субъективных жалоб на фоне традиционной терапии, но степень выраженности когнитивных функций оставалась прежней (см. таблицу 1)

Таблица 1

Показатели нейрокогнитивного тестирования с использованием краткой шкалы оценки психологической сферы (КШОПС) и шкалы оценки лобной дисфункции (ШОЛД).

Показатели	Группа	До лечения	После лечения
КШОПС	нейпилепт	26,7±1,3	29,3±0,5*
	контроль	27,1±1,2	28,2±1,2
ШОЛД	нейпилепт	15,2±1,2	16,5±1,0*
	контроль	15,2±1,2	15,9±1,1

* $p < 0,05$

Была выявлена положительная динамика в группе нейпилепта в отношении проявлений тревоги и эмоциональной лабильности (таблица 2). При оценке эмоциональных расстройств с помощью НАМ-А и НАМ-Д у исследуемых пациентов основной и контрольной групп были выявлены умеренные симптомы тревожности и депрессии. Через 30 дней было отмечено их статистически значимое снижение в группе нейпилепт. Это можно объяснить повышением активности норадренергической, дофаминергической и серотонинергической систем на фоне приема цитиколина. Важно отметить, что на фоне лечения нейпилептом у пациентов не возникло нежелательных эффектов. Это создавало комфортные условия терапии и обеспечивало высокую приверженность к ней, что отражалось на субъективной оценке эффективности лечения.

Таблица 2

Результаты оценки выраженности тревоги и депрессии по НАМ-А и НАМ-Д

Шкала Гамильтона	Группа	До лечения	После лечения
Уровень тревоги (НАМ-А)	нейпилепт	14,7±2,1	7,2±2,1*
	Контроль	14,6±2,2	12,4±2,0
Уровень депрессии (НАМ-Д)	нейпилепт	13,2±2,2	7,1±2,1*
	Контроль	13,1±2,1	11,8±2,1

* $p < 0,05$

Полученные данные указывают на улучшение показателей качества жизни больных на фоне адекватной коррекции аффективных и когнитивных нарушений.

Нейпилепт не вызывал каких-либо нежелательных явлений со стороны общеклинического статус пациентов. Аллергических реакций зарегистрировано не было, обострений сопутствующих соматических заболеваний не отмечено.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о комплексном воздействии препаратов ряда цитиколина на различные клинические составляющие ХИМ, что проявляется в улучшении как эмоциональных, так и когнитивных показателей, а также качества жизни пациентов. Использование нейпилепта в комплексной терапии оказывает положительное влияние на клиническое течение болезни, повышает эффективность проводимого лечения.

Список литературы

1. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Постинсультные когнитивные нарушения и их терапия цераксоном. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;3(3):56-60.
2. Стецкая Т.А., Бушуева О.Ю., Булгакова И.В. и др. Ассоциация полиморфизма t174m гена ангиотензиногена с повышенным риском развития мозгового инсульта у женщин. Терапевтический архив. 2014;(12):66-71.
3. Стецкая Т.А., Вялых И.К., Булгакова И.В. Исследование взаимосвязи i/d полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей центральночерноземного региона России. [Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье"](#). 2014;(3):33-36.
4. Дамулин И.В. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические и терапевтические аспекты. Русский медицинский журнал. 2006;(9):658-64.
5. Катунина Е.А. Гетерогенность сосудистых когнитивных нарушений и вопросы терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015; 7(3):62-69.
6. O'Donnell M.J, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet. 2010 Jul 10; 376(9735):112-23.

7. Singh-Manoux A, Marmot M.G, Glymour M, et al. Does cognitive reserve shape cognitive decline? *Ann Neurol.* 2011 Aug;70(2):296-304
8. Захаров ВВ. Роль цитиколина в реабилитации после инсульта: обзор литературы. *РМЖ.* 2012; (19):978-983.
9. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Шутеева Т.В. и др. Формирование навыков самообслуживания в программе восстановительного обучения пациентов молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения. *Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье"*. 2018;(1):47-53.
10. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Шутеева Т.В. и др. Восстановительное обучение постинсультных пациентов методом нейропроб с помощью алгоритмов компьютерного зрения. *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева.* 2018;(2): 83-88.
11. Пирадов М.А., Сергеев Д.В. Кротенкова М.В. Применение цераксона в остром периоде полушарного ишемического инсульта: клиническая и КТ-перфузионная оценка. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2012;(3):31–36
12. Шутеева Т.В. [Современные подходы к вопросам коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга.](#) *Русский медицинский журнал.* 2017; (21):1507–1510.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье показана роль генетических маркеров в оценке эффективности здоровьесберегающих технологий.

Ключевые слова: генетические маркеры, эффективность, здоровьесберегающие технологии

GENETIC MARKERS IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF HEALTH-TECHNOLOGIES

Mal G.S.

Abstract. The article shows the role of genetic markers in evaluating the effectiveness of health-saving technologies.

Keywords: genetic markers, efficiency, health-saving technologies

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время лидируют среди причин смертности и инвалидности взрослого населения экономически развитых стран мира и имеют тенденцию к прогрессированию.

Сложный механизм формирования клинического фенотипа ИБС обусловлен большим количеством генов, вовлеченных в патогенез. Из 40000 генов, представленных в геноме человека, более половины (>25000) лежат в основе функционирования сердечно-сосудистой системы [1]. Гены, детерминирующие физиологический признак и вследствие полиморфизма которых может возрасти риск заболевания, называют генами-кандидатами [2, 3].

В нашем исследовании с целью поиска индивидуальных критериев для применения гиполипидемических средств у больных ИБС с атерогенными ГЛП была изучена генотипическая гетерогенность субпопуляции, как известно, оказывающая влияние на эффективность лечения, а также на здоровьесберегающие технологии.

В результате изучения частот генотипов по исследуемым полиморфизмам, оказалось, что в группе, резистентной к монотерапии розувастатином превалирующими оказались гомозиготы по «мутантному» аллелю для полиморфизмов *CETPTaq1B*, *LPLHindIII* и *NOS3-786T>C*, тогда как для полиморфизма *ACEI/D* преобладающим в группе комбинированной терапии оказался генотипом II, то есть гомозигота по «нормальному» аллелю.

Учитывая факт генетической гетерогенности гиперлипидемий, полиморфные варианты генов, вовлеченных в регуляцию липидного обмена, могут определять различия в эффективности применяемых у пациентов гиполипидемических препаратов.

Среди протестированных генетических моделей фенотипических эффектов *CETPTaq1B* полиморфизма на уровень показателей ЛО рецессивная

модель показала наиболее значимые гено-фенотипические взаимосвязи. Так, на фоне гиполипидемической терапии розувастатином у гомозигот +279AA преобладание уровня ХС ЛВП обнаружено уже на 8 неделе и сохранилось в течение всего периода исследования.

При анализе эффективности проводимой гиполипидемической терапии у пациентов, страдающих ИБС с атерогенными ГЛП, в зависимости от генотипа, обнаружено, что гомозиготы по +495Т аллелю проявляли большую резистентность на фоне коррекции нарушений липидного обмена розувастатином, однако генотипы *LPL*не показали влияния на эффективность комбинированной терапии.

Нами определено влияние полиморфизма гена NO-синтетазы (*NOS3*) на эффективность моно- и бикомпонентной гиполипидемической терапии. На основании полученных данных, полиморфные варианты *NOS3* не оказывали влияния на базальные уровни ЛП у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП, за исключением содержания ТГ, и на эффективность комбинированной терапии, включающей ингибитор синтеза и абсорбции ОХС. Однако, носительство генотипа -786СС приводило к резистентности к монотерапии розувастатином в качестве гиполипидемического средства, что проявилось меньшим снижением атерогенных показателей липид-транспортной системы.

Таким образом, огромная роль генетических маркеров у больных ИБС в оценке эффективности здоровьесберегающих технологий неоспорима.

Список литературы

1. Кардиоваскулярная профилактика. Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10(6). – С. 3-64.
2. Jochmann N. Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases / Jochmann N., Stangl K., Garbe E. [et al.] // Eur. Heart J. — 2005. — Vol. 26. — P. 1585—1595.
3. Klos K.L.E. Consistent effects of genes involved in reverse cholesterol transport on plasma lipid and apolipoprotein levels in CARDIA participants / Kathy L.E. Klos, Charles F. Sing, Eric Boerwinkle [et al.] // Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. — 2006. — Vol. 26. — P. 1828—1834.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОТОВНОСТИ КУРСАНТОВ К ПРОХОЖДЕНИЮ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Маркин А.А., Егорова П.А.

Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и
реабилитологии, г. Москва, Россия

Аннотация. Статья посвящена проблеме профессиональной подготовки будущих офицеров к военной службе. Автором показана психологическая структура профессионально-личностной готовности курсантов к военно-служебной деятельности, которая включает следующие компоненты: мотивационно-ценностный, коммуникативный, волевой и рефлексивно-оценочный.

Ключевые слова: профессиональный отбор, профессионально-важные качества, военное образование.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF READINESS OF CADETS TO PERFORM MILITARY SERVICE

Markin A.A., Egorova P.A.

Abstract. The article is devoted to the training of future officers for military service. The author shows the psychological structure of professional-personal readiness of cadets to military service activity, which includes the following components: motivational-value, communicative, strong-willed and reflective-evaluative.

Key words: professional selection, professional-important qualities, military education.

Проблема подготовки будущих офицеров остро стоит на повестке дня сегодня в стране, на фоне преодоления результатов болезненно проведенного реформирования Вооруженных Сил и военного образования. В процессе подготовки будущих офицеров важно, чтобы они стали всесторонне развитыми

личностями и подготовленными специалистами своего дела – в области обеспечения безопасности информации.

В связи с обострением геополитической обстановки и все возрастающими угрозами со стороны как ближайших соседей, так и североатлантического альянса, встаёт с большей актуальностью вопрос подготовки военнослужащих к прохождению службы и к отбору абитуриентов в военные вузы страны.

Вопросы пригодности к военной службе рассматривались в работах В.А. Бодрова, М.М. Решетникова, М.И. Дьяченко и др. Возможности формирования профессиональной пригодности изучались Б.Ф. Ломовым, В.А. Бодровым, Н.Г. Комаровой, Г.С. Никифоровым и др.

Одним из важных аспектов пригодности к воинской службе, является психологическая готовность к ней. Именно психологическая готовность, психическая устойчивость и сформированность личностных ценностей, основанная на многовековом кодексе чести русского офицерства, не противоречащих национальным интересам, является благоприятной базой для обучения курсанта, будущего офицера.

Подготовка будущего офицера задает направление саморазвития курсанта, не только в знаниевой области, но и плане выработки личностных качеств необходимых для дальнейшей успешной профессиональной подготовки курсанта.

Специфика деятельности военных определяет их основные профессиональные характеристики. Однако, по-нашему мнению, такая же значимая роль принадлежит личностным особенностям будущего военного, прежде всего, специфике его психологического здоровья как комплексной личностной составляющей.

К сожалению, в 2009-2011 гг. количество военных вузов значительно сокращено, ограничены гуманитарные кафедры вузов, которые были основой воспитания личности курсантов, наборов курсантов в вузы не было, должности офицеров воспитателей сокращены и отсутствовали в вузах до 01.09.2013 г.

Третий ФГОС ВПО предусматривает всего пять учебных дисциплин гуманитарного и социально-экономического цикла дисциплин из прежних 8-ми, количество зачетных единиц на все дисциплины всего 12, хотя для точных и специальных дисциплин более 20 единиц выделяется на каждую дисциплину, виден явный перекоп в распределении учебного времени. Достаточно мало времени уделяется формированию личностных качеств курсантов, таких как психическая устойчивость, личностная ответственность, психическое здоровье.



Оценка нервно-психической устойчивости выносится по четырем уровням: высокая нервно-психическая устойчивость; хорошая нервно-психическая устойчивость; удовлетворительная нервно-психическая устойчивость; неудовлетворительная нервно-психическая устойчивость или нервно-психическая неустойчивость. Лица с нервно-психической неустойчивостью относятся только к четвертой категории профессиональной пригодности к подготовке и службе на воинских должностях, иными словами признаются непригодными к воинской службе.

Профессионально пригодным к воинской службе считается тот, у кого наряду с психическим здоровьем, выявлены особенные профессионально-важные качества военнослужащего.

Выделяют пять групп профессионально важных качеств (ПВК) военнослужащего: интеллектуальные, личностные, психофизиологические, физиологические, физические [6]. По уровню развития этих качеств определяется уровень профессиональной пригодности и прогнозируется профессиональная надежность абитуриента.

К личностным ПВК военнослужащего относят: долговременную направленность на воинскую деятельность; адекватную самооценку; способность приспосабливаться к различным условиям (адаптационные способности); устойчивость личности к неблагоприятным воздействиям, мотивацию.

В исследовании В.В. Некрасова, Л.В. Корнилова, А.А. Дьячкова, изучалась оценка офицерами психоэмоционального состояния, личностные особенности, мешающих их «профессиональному росту (повышение самооценки, уверенности в себе, снижение личностной тревожности, развитие позитивного самовосприятия» [3].

Изучение мотивов как осознаваемых и неосознаваемых причин, побуждающих курсантов к деятельности, исключительно важно с точки зрения понимания причин побуждающих молодых людей к профессиональному выбору воинской службы. Внутренняя мотивация основана на глубоких личностных убеждениях, тогда как внешняя мотивация связана с внешним влиянием или воздействием, и подразумевает частичную самостоятельность в принятии решения.

Выделяют определенные черты характера, являющиеся профессионально важными для военного. Это «целеустремленность, настойчивость, сильная воля, решительность, смелость, исполнительность, готовность к осознанному

рису и др. Чувство долга, честность, порядочность, товарищество составляют нравственные качества летчика. Склонность к лидерству, коммуникативность, стремление к профессиональному совершенству входят в группу социальных профессионально-важных качеств» [1, 7].

Исследование П.А. Егоровой, П.Ю. Наумова, С.Н. Сорокоумовой посвящено психолого-педагогическим условиям и средствам развития системы ценностей курсантов будущих офицеров войск Национальной гвардии России: «достижение личной примерности в ходе воспитательно-образовательного процесса и повседневной военной службы, высокой дисциплинированности и требовательности к себе и воспитанникам, участие в проведении мероприятий воспитательного характера, привитие курсантам в ходе решения учебных задач практических навыков создания и становления системы ценностей у будущих подчиненных» [2].

В настоящее время в связи с усложнением военной техники, предъявляются повышенные требования к профессионально-личностным качествам военнослужащих. Отбор курсантов для прохождения военной службы и распределение для подготовки по воинско-учетным специальностям и воинским должностям осуществляется на основании психологической классификации воинских должностей [4, 5]. Данная классификация предусматривает четыре группы пригодности к воинской службе от полного соответствия до недопущения.

Взяв за основу исследования И.В. Дубровиной, нами предложена структура профессионально-личностной готовности курсантов к военной деятельности.

Профессиональная структура профессионально-личностной готовности курсантов к военно-служебной деятельности включает следующие компоненты: мотивационно-ценностный, включающий систему смысложизненных ориентаций личности, общую ее направленность и отношение к себе как к ценности; коммуникативный, содержащий систему значимых личностных отношений с другими людьми как части психологического здоровья будущих военных (модус служения); волевой и рефлексивно-оценочный, позволяющий курсанту регулировать своё поведение и деятельность в ракурсе профессионально-личностных целей.



Рис. 1. Компоненты психологической готовности к военной службе

Применительно к компонентам нами разработана структура и уровни развития психологической готовности курсантов к военно-служебной деятельности (см. таблицу 1).

Таблица 1

Уровни развития основных компонентов психологической структуры готовности курсантов к военно-служебной деятельности

Уровни	Мотивационно-ценностный компонент	Коммуникативный компонент	Волевой и рефлексивно-оценочный компонент
Высокий	Позитивные характеристики самоотношения, наличие перспективных профессионально-личностных целей. Общая гуманистическая направленность личности (модус служения).	Оптимальные профессионально-личностные отношения; эмпатийная основа отношений; коммуникативная гибкость; отсутствие социальных шаблонов, особенно негативных.	Наличие волевой готовности к действиям в соответствии со значимой профессионально-личностной целью. Потребность в оценке своей деятельности, желание ее совершенствовать.
Средний	Ситуативное самоотношение, отсутствие	Склонность к конфликтным профессионально-	Ситуативное избегание волевых действий (только в

	<p>устойчивой позиции по отношению к себе. Неустойчивая самооценка. Диффузная «Я-концепция». Достижение узколичностных целей.</p>	<p>личностным отношениям; ситуативная эмпатия; отсутствие коммуникативной гибкости; шаблоны общения.</p>	<p>присутствии значимых людей). Позиция «над ситуацией», поэтому оценка собственной деятельности в основном позитивная.</p>
Низкий	<p>Узко личностные цели поведения и деятельности. Отсутствие осознанного самоотношения и гуманистической позиции в поведении и деятельности.</p>	<p>Стихийное коммуникативное поведение. В целом мотивация поведения и деятельность – эмоционально-эгоистическая. Социальные шаблоны.</p>	<p>Неуправляемое волевое поведение, регулируемое ситуацией. Отсутствие рефлексивных осознанных реакций. Возможно - "цель любыми средствами".</p>

Современным Вооружённым силам нужны гуманитарно воспитанные офицеры, с широким взглядом на все стороны жизни армии и общества, способные видеть в подчинённом, прежде всего человека, признавать самоценность личности, её достоинство и право на полное раскрытие своих способностей в военной области. Военный руководитель, специалист, наряду с собственно военными и военно-профессиональными знаниями, как никогда ранее, должен обладать интеллигентностью, духовностью, высокой философской и гуманитарной культурой, грамотно работать с людьми.

Падение социального престижа армии, болезненные перестройки в управлении и организации армейской среды, создание вокруг армии нездорового социального контекста, использование армии не по назначению вызвали к жизни много острых, порой непреодолимых проблем.

Вовлечение армии в социальные конфликты также отрицательно сказалось на ее имидже, который только эксплуатировался, но никак не подкреплялся. В этих условиях основной позитивный упор мог быть сделан только на долг, честь, совесть, то есть, – на морально-психологические факторы и армейскую традицию (Е.Г. Вапилин и О.Д. Мулява и др.). Поэтому качественная подготовка будущих офицеров, способных своим профессионализмом, патриотизмом, четким исполнением обязанностей, заботой о подчиненных, изменить отношение к армейской среде, стоит на первом месте у руководства страны, Вооруженных Сил, командования военного вуза, научно-педагогического состава, командиров и начальников.

Список литературы

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности: Учеб. пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 511 с. – (Современное образование).
2. Егорова П.А., Наумов П.Ю., Сорокоумова С.Н. Развитие ключевых личностных компетенций будущих офицеров внутренних войск МВД России // Педагогика и психология образования, 2015. – №4. – С. 44-57.
3. Некрасов В.В., Корнилов Л.В., Дьячков А.А. Обоснование программы психологического сопровождения профессиональной деятельности офицеров внутренних войск // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), Modern Research of Social Problems, №6(50), 2015. – С.486-500.
4. Приказ Министра обороны РФ от 26.01.2000 № 50 (ред. от 12.05.2005) «Об утверждении руководства по профессиональному психологическому отбору в вооруженных силах российской федерации». <http://www.zakonprost.ru/content/base/83277/pdf>
5. Психологическая классификация воинских должностей, замещаемых солдатами, матросами, сержантами, старшинами, <http://www.zakonprost.ru/content/base/part/446599>
6. Щербакова Е.А. Личностные особенности военного летчика высокого класса // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. – № 2. – С. 214-218.
7. Шаповалов И.В., Егорова П.А., Юдин О.А. Теоретические основы формирования профессиональной ответственности будущих офицеров ФСБ России / Шаповалов И.В., Егорова П.А., Юдин О.А. // Научное мнение. 2018. – № 6. – С. 11-15.

ОСОБЕННОСТИ ТОРМОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ВКЗ*

Меренкова В.С.

Елецкий государственный университет им. И.А Бунина, г. Елец, Россия

*Работа поддержана грантом РФФИ № 18-413-480007 а(р)

Аннотация. В статье представлено исследование тормозных процессов детей младшего школьного возраста с разным уровнем ВКЗ. На первом этапе с помощью авторского опросника Е.И. Николаевой оценивалась внутренняя картина здоровья детей. На втором этапе осуществлялась оценка сенсомоторной интеграции и тормозного контроля посредством применения авторского метода «РеБос». Показано, что дети со сформированной внутренней картиной здоровья лучше распознают упорядоченность структуры потока сенсорных сигналов в простой сенсомоторной реакции. При этом они лучше контролируют свои действия. В сложной сенсомоторной реакции младшие школьники с разным уровнем ВКЗ не отличаются по качеству исполнения. Это обусловлено сложностью для всех детей данного возраста осуществлять тормозный контроль в силу недостаточной готовности мозговых структур к этому.

Ключевые слова: младшие школьники, простая и сложная сенсомоторная реакция, внутренняя картина здоровья (ВКЗ).

FEATURES OF BRAKING PROCESSES OF CHILDREN OF SCHOOL AGE WITH A DIFFERENT LEVEL OF THE INTERNAL PICTURE OF HEALTH

Merenkova V.S.

Abstract. The article presents a study of the inhibitory processes of children of primary school age with different levels of the internal picture of health. At the first stage, using the author's questionnaire E.I. Nikolaeva estimated internal picture of children's health. At the second stage, the assessment of sensorimotor integration and brake control was carried out through the application of the author's ReBos method. It is shown that children with a formed inner picture of health better recognize the orderliness of the structure of the flow of sensory signals in a simple sensorimotor reaction. At the same time, they better control their actions. In a complex sensorimotor reaction, younger students with different levels of the internal picture of health do not differ in the quality of performance. This is due to the complexity for all children of

a given age to exercise inhibition control due to insufficient readiness of brain structures for this.

Key words: younger schoolchildren, simple and complex sensorimotor reaction, internal picture of health.

В настоящее время одной из важнейших проблем человечества является несоответствие поведения современного человека эволюционным требованиям здоровья организма. Тело человека эволюционировало в условиях постоянного движения и ограничения в еде, отсутствия в среде больших количеств доступных углеводов и, тем более веществ, признанных в настоящее время вредными для здоровья.

Мы предположили, что осознанное отношение к собственному здоровью, реализованное в определенном действии, должно быть связано с объективными психофизиологическими характеристиками, например, способностью ориентироваться в структуре потока сенсорных сигналов и распознавать (возможно, неосознанно) упорядоченность этой структуры, если таковая имеется. Это предположение кажется оправданным, поскольку формирование внутреннего образа здоровья и управление им требует чувствительности к сенсорному потоку.

В основе используемого в нашем исследовании подхода лежит концепция В.М. Русалова [2] (опирающаяся на положения П.К. Анохина и В.Д. Небылицына) о трёх уровнях пластических процессов в нервной системе: (1) уровень нейронов, (2) уровень комплексов структур мозга, (3) уровень интеграции нервных процессов в целом мозге (последний уровень является основой пластичности индивидуального поведения). Сенсомоторная интеграция, как и другие интегративные процессы мозга, относится к последнему уровню. Тормозный контроль включает способность человека контролировать своё внимание, поведение, мысли и/или эмоции, в том числе подавляя сильные внутренние побуждения или внешние соблазны. Это способствует целенаправленному следованию выбранному поведению, которое было запланировано в соответствии с определёнными требованиями.

Именно поэтому целью данного исследования стало 1) изучение внутренней картины здоровья школьников и 2) изучение связи сформированности-несформированности внутренней картины здоровья детей с их способностью распознавать закономерности в структуре потока сенсорных сигналов.

В исследовании принимали участие 82 младших школьника. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе с помощью опросника оценивалась внутренняя картина здоровья детей [1]. Диагностика позволяет разделить детей на три группы. Ответ, содержащий представление ребенка о здоровом образе жизни, как необходимости регулярно двигаться, заниматься спортом, правильно питаться, позволяет судить о сформированности ВКЗ (более 12 баллов). Если ребенок в своих суждениях связывал здоровый образ жизни с употреблением лекарственных препаратов и посещением врачей, его ответ относили к группе с несформированной ВКЗ (не более 8 баллов). Детей, получивших при ответах от 8 до 12 баллов относили к группе частично сформированной ВКЗ.

На втором этапе осуществлялась оценка сенсомоторной интеграции и тормозного контроля посредством применения авторского метода «РеБос» [3]. Для описания способности ребенка распознавать упорядоченность сенсорного потока были использованы следующие варианты оценки простой и сложной сенсомоторной реакции. В случае оценки простой сенсомоторной реакции ребенок сидел перед экраном монитора, на котором появлялись круги разного цвета. При появлении любого круга ребенок должен был максимально быстро нажать клавишу пробела. При выполнении сложной сенсомоторной реакции, согласно инструкции, нужно было нажимать на клавишу «пробел» при появлении любых кругов, кроме красного. Оценивались тормозные процессы в центральной нервной системе.

Поток сигналов и в простой, и в сложной сенсомоторной реакции состоял из двух идентичных частей, о чем не сообщалось ребенку. Это позволяло оценить способность испытуемого распознать высокоупорядоченный поток сигналов в первой части задания и использовать во второй части (осознанно или неосознанно).

Оценка обозначенных выше параметров производилась исходя из деления выборки испытуемых по уровням ВКЗ, а также исследования их способности к прогнозированию появления стимула (далее данный параметр будет обозначен нами, как «распознал» или «не распознал»). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы IBM SPSS Statistics (версия 23).

Распределение детей по уровням ВКЗ показало, что большая их часть из них имеет несформированную ВКЗ (см. рис.1)

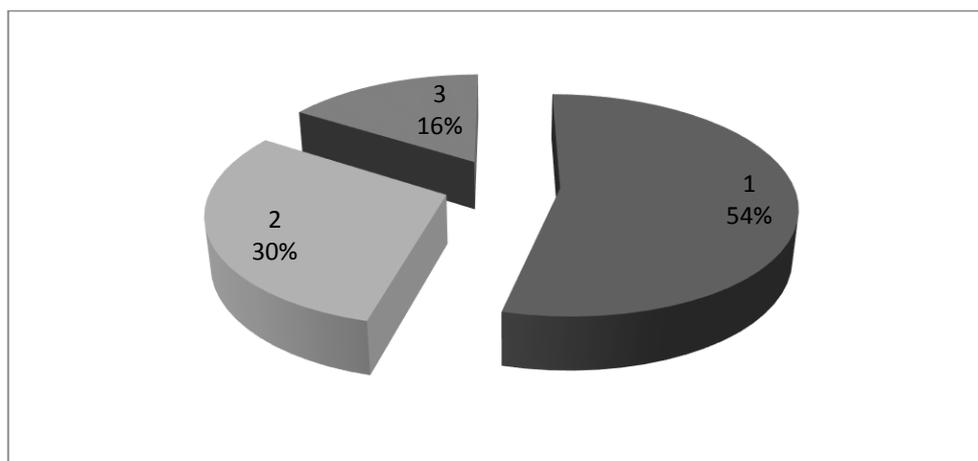


Рис. 1. Результаты исследования ВКЗ школьников

В таблице 1 представлены результаты оценки качества распознавания упорядоченности сенсорного потока детьми с разным уровнем ВКЗ, который свидетельствует о том, что среди детей с несформированной ВКЗ большее число не распознают упорядоченность в простой сенсомоторной реакции. Различия значимы для детей всех уровней ВКЗ.

В тоже время в сложной сенсомоторной реакции между детьми значимых различий не наблюдается. Отсутствие различий можно объяснить сложностью для детей данного возраста решать задачи, связанные с процессом торможения. Лобные доли, отвечающие за эти процессы, еще формируются.

Таблица 1

Качество распознавания упорядоченности сенсорного потока испытуемыми с разным уровнем ВКЗ в простой и сложной сенсомоторной реакции (%)

Тип реакции	Уровень ВКЗ	Процент испытуемых	
		распознал	не распознал
Простая сенсомоторная реакция	0	38	62
	1	67	33
	2	78*	22*
Сложная сенсомоторная реакция	0	58	42
	1	67	33
	2	56	44

* - 0,013 (критерий Вилкоксона)

Как видно из представленных в таблице 2 данных, в простой сенсомоторной реакции дети с несформированной ВКЗ не заметили, что вторая

часть стимульного материала повторяет первую. Во второй части серии они даже сделали больше пропусков стимулов, чем в первой, что возможно, отражает ослабление внимания.

Таблица 2

Число пропусков реакции в простой и сложной сенсомоторной реакции у детей с разным уровнем ВКЗ

Тип реакции	Уровень ВКЗ	Пропуски (1 часть серии)		Пропуски (2 часть серии)	
		распознал	не распознал	распознал	не распознал
Простая сенсомоторная реакция	0	8,7±6,7	3,4±2,6	9,3±6,7	5,2±4,4
	1	3,5±0,7	12,0±0	2,0±2,8	7±0
	2	2,4±2,1*	6,0±4,2	2,3±1,6**	8,0±2,8
Сложная сенсомоторная реакция	0	5,8±3,98	6,5±4,04	3,5±2,9	5,9±5,4
	1	8,0±7,07	7,0±0	3,5±3,5	3,0±
	2	3,8±2,2***	2,8±0,5	5,0±2,2	4,0±2,2

* - 0,001; ** - 0,000; *** - 0,008 (критерий Вилкоксона)

Дети с частично сформированной ВКЗ обнаружили значимое улучшение выполнения задания и во второй части задания сделали существенно меньше пропусков, чем в первой. Это свидетельствует о наличии у них внутреннего контроля и внимания до конца предъявления стимульного материала. Наконец, дети со сформированной внутренней картиной здоровья с самого начала задания делали меньше пропусков, чем дети двух других групп, и качество исполнения не менялось на протяжении всего задания.

В сложной сенсомоторной реакции различий между группами детей найдено не было. Сложная сенсомоторная реакция позволяет выявлять процессы тормозного контроля, которые только формируются у детей изучаемого возраста. Именно поэтому нет различий между детьми со сформированной и несформированной ВКЗ. Данные свидетельствуют об отсутствии значимых различий во времени как простой, так и сложной сенсомоторной реакции в первой и во второй части серии во всех группах.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что дети со сформированной внутренней картиной здоровья лучше распознают упорядоченность структуры потока сенсорных сигналов в простой сенсомоторной реакции. Они лучше контролируют свои действия при этом, что ведет к меньшему числу пропусков сигналов.

В сложной сенсомоторной реакции дети данного возраста с разным уровнем ВКЗ не отличаются по качеству исполнения. Это обусловлено сложностью для всех детей данного возраста осуществлять тормозный контроль в силу недостаточной готовности мозговых структур к этому.

Можно предположить, что в основе повышения порога заболеваемости как раз и лежит это умение распознавать упорядоченность структуры внешнего и внутреннего сенсорного потока, в частности, вовремя сообщать родителям о происходящих изменениях, что позволяет последним, в свою очередь, предпринимать необходимые действия.

Список литературы

1. Николаева, Е.И. Здоровьесбережение и здоровьесформирование в условиях детского сада: метод. Пособие / Е.И. Николаева, В.И. Федорук, Е.Ю. Захарина. – СПб: ООО «Издательство «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2015. – 240 с.
2. Русалов, В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий / В.М. Русалов. – М.: Наука, 1979. – 352 с.
3. Vergunov, E.G. Lateral preferences as the possible phenotypic predictors of the reserves of the cardiovascular system and the features of sensorimotor integration in climbers / E. G. Vergunov, E. I. Nikolaeva, N. V. Balioz, S. G. Krivoschekov // Human physiology. – 2018. – Vol. 44. – No. 3. – P. 320 – 329. DOI: 10.1134/S0362119718030143 <https://elibrary.ru/item.asp?id=35237679>

МОТИВАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Меркулова В.А.

Институт психотерапии и клинической психологии, г. Москва, Россия

Аннотация. В статье представлена структура разработанного и апробированного тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения, через закрепление социальной установки на

сохранение здоровье. Социальная установка рассматривается как многокомпонентная структура, таким образом, тренинг включает в себя работу как с когнитивным, так и с психологическим и коннотивным компонентами, что определяет эффективность тренинга.

Ключевые слова: социальная установка, здоровьесберегающее поведение, мотивационный тренинг.

MOTIVATIONAL TRAINING, AIMED AT THE FORMATION OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR

Merkulova V.

Abstract. The article presents the structure of the developed and tested training aimed at the formation of health-saving behavior through the consolidation of social attitudes to health. The social setting is considered as a multicomponent structure, so the training includes work with both cognitive and psychological and connective components, which determines the effectiveness of the training.

Keywords: social attitude, health-saving behavior, motivational training.

Формирование здоровьесберегающего поведения является актуальной проблемой как для социума, так как и для науки, так как здоровье является социально-значимым показателем, сопряженным с такими критериями, как смертность, инвалидизация, трудоспособность, долголетие и качество жизни [2]. Вследствие этого, мы провели исследование, целью которого являлась разработка мотивационного тренинга, направленного на формирование устойчивой установки на сохранение здоровья [3].

Тренинг включает в себя задачи, направленные на формирование, развитие и коррекцию психологических черт, связанных с ориентированным на здоровье поведением и преодолением негативно влияющих особенностей. Так как мотивационный тренинг предполагает постепенность и последовательность в усвоении мотива достижения, который в данном случае являлся мотивом к достижению оптимального состояния здоровья и его последующего поддержания, то вся структура тренинга определяется необходимостью прохождения трех этапов, которые согласуются с поочередным формированием компонентов установки на сохранение здоровья:

1) Приобретение опыта мышления, необходимого для последующего укрепления суждений, соответствующих возможности реализации здоровьесберегающего поведения.

2) Соотнесение опыта мышления с собственными ценностями и идеалами, что требуется для эмоционального присвоения мотива и формирования стремления к удовлетворению потребности в обладании сохранным здоровьем.

3) Получение опыта реализации конкретных действий, которые могут быть использованы в целях сохранения здоровья, что соответствует поведенческому компоненту установки на сохранение здоровья [5].

В целях повышения дифференцированности опыта, а также его закрепления, данные этапы были разбиты на группы: когнитивный и эмоциональный этап реализовывались последовательно без разделения временным перерывом, то есть в одну трениговую сессию, третий этап реализовывался последовательно по отношению к предыдущим двум, но отдельно по времени, в изолированную трениговую сессию.

Данный подход позволяет создавать напряженность в связях между компонентами социальной установки, что в итоге выражается в стремлении к самостоятельному изменению оставшихся компонентов. Вследствие того, что в на первой трениговой сессии затрагиваются два компонента (когнитивный и эмоциональный), а незадействованным остается один когнитивный компонент, формируется положительный уровень напряженности, то есть превалирующая позиция здоровьесберегающих компонентов над потенциально деструктивным. Так, в ходе первой трениговой сессии происходит самостоятельное вынесение суждений, которые обладают положительной окрашенностью, что направляет участника тренинга к принятию активной позиции. В результате, в межсессионный интервал возрастает как рост познавательного интереса, так и повышение чувствительности к сигналам, получаемым от собственного тела, и на основании этого формируются первые пробы действий, направленных на поддержание здоровьесберегающего поведения. В таком случае, во вторую сессию происходит расширение репертуара действие, укрепление уже полученного опыта, а также, благодаря групповому формату работы, происходит как получение социальной поддержки на сохранение этих паттернов поведения, так же и формируется безопасная среда для возможности трансляции собственных здоровьесберегающих паттернов на окружающих, что повышает ценность приобретенного опыта.

Формирование трех компонентов установки требует дифференцированности по отдельным действиям и способам поведения, вследствие того, что внешние факторы, оказывающие влияние на здоровье, достаточно разнообразны по своему влиянию. Основными направлениями деятельности, направленными на поддержание здоровьесберегающего поведения выступают: режим дня, поддержание оптимальной двигательной активности, режим питания, соблюдение правил гигиены, повышение культуры общения и саморегуляции. В качестве традиционно описываемого параметра здорового образа жизни также выступает отказ от вредных привычек, однако, он представляет собой не процесс приобретения или достижения, а процесс ограничения. Таким образом, в рамках мотивационного тренинга он может рассматриваться только в рамках противопоставления приобретаемому действию, соединяясь с приобретением новых паттернов поведения в режиме питания, гигиене и саморегуляции, вследствие чего привычки, которые являлись абиотическими, самостоятельно выхолащиваются из типичных паттернов поведения человека [1].

Сессии, направленные на формирование новых паттернов поведения, которое будет представлено как здоровьесберегающее, проводятся попарно. Интервал между сессией, направленной на формирование когнитивного и эмоционального компонента (условно обозначается как сессия «А»), а также сессией, направленной на формирование коннотивного компонента (условно обозначается как сессия «Б»), составляет 4 дня. Это обусловлено периодами формирования собственных суждений и основанных на них оценок (в среднем оценивается как 48 часовая период), а также временем, необходим для начала проявления собственных активных действий после завершения периода появления новых вариаций когнитивного и эмоционального компонентов.

Внутри пары мотивационно-тренинговых сессий «А» и «Б» выделяется шесть необходимых для реализации шагов, которые соответствуют традиционным этапам формирования устойчивой мотивации к достижению через активные действия в мотивационном тренинге. К сессии «А» относятся этапы с 1 по 4, к сессии «Б» этапы с 5 по 6.

1) Формирование знаниевого контекста текущей обсуждаемой темы тренинга. В нашем тренинге данными темами выступали режим дня, двигательная активность, питание, гигиена, культура общения.

2) Выполнение участниками тренинга разного типа упражнений, направленных на расширение репертуара стратегий активного поиска



информации о здоровьесберегающем поведении, актуализацию уже имеющихся о данном поведении знаний, обобщение полученной и имеющейся информации, определение возможных действий, а также определение этих действий по градации приятности, доступности, сложности выполнения.

3) Выполнение участниками тренинга упражнений, направленных на выявление имеющихся у них эмоциональных оценок, относящихся к данным ситуациям, обогащение репертуара эмоциональных реакций. Выполнение работы по осознанию природы эмоциональной оценки, связи её с имеющимся личностным опытом, реакцией на окружающих. Определение направленности эмоциональной реакции в сторону поддержания конструктивного или деструктивного поведенческого реагирования.

4) Оформление полученного знания в качестве внутриличностного копинг-ресурса. Соотнесение полученного мотива, направленного на сбережение поведения в предложенной направленности с имеющимися ценностями. Осознание ценности достижения возможного при выполнении действий состояния. Поиск позитивного подкрепления на выполнения этих действий. Определение состояния удовольствия и удовлетворенности, которые возможно достичь при выполнении этих действий.

5) Обсуждение выполненных действий и полученных успехов, в рамках реализации поступков, соотнесенных со знаниями, полученными в процессе обсуждения данной темы. Практическое выполнение упражнений, направленных на закрепление навыков, которые были предложены в качестве полезных для сбережения здоровья ведущим. Выполнение действий в процессе конструирования в тренинговой обстановке обыденных жизненных ситуаций. В данном случае участники тренинга могут занимать роль как активного участника, так и участников ролевой игры в процессе воссоздания сложных ситуаций, которые могут усилить уязвимость участников при переносе поведения.

6) Самостоятельное отыгрывание и предложение самими участниками действий и ситуаций на фоне снижающейся поддержки ведущего тренинга для упрочения сформированных паттернов здоровьесберегающего поведения и введения участников в активную позицию заботы о здоровье [6].

Таким образом, мотивационный тренинг, направленный на формирование здоровьесберегающего поведения включает в себя 12 сессий (1 вступительная сессия, 5 пар сессий А+Б, то есть всего 10 тематических сессий, 1 заключительная сессия), провидимые с интервалами в 3-4 дня (то есть 2

сессии в течение недели). Продолжительность каждой сессии составляла 1,5 часа. В течение проведения тренинга были проработаны 5 базовых тем, составляющих ядро здоровьесберегающего поведения. В межсессионный интервал каждым участником группы заполнялся дневник достижений.

Для определения эффективности данного тренинга нами было проведено исследование. Нами было сформировано 2 группы: экспериментальная и контрольная, методом случайного распределения. Возраст участников от 25 до 40 лет, с высшим образованием, среднего социального статуса без хронических инвалидизирующих заболеваний. В экспериментальную группу вошло 33 человека, которые также методом случайного распределения были разделены на подгруппы: 12, 12 и 9 человек. Количество участников в подгруппе определялось важностью ограничения числа участников на тренинге, в целях возможности осуществления индивидуализированной работы в рамках группового процесса. Также число участников в подгруппе было кратное трём, в целях возможности обеспечения комфортной работы в микрогруппах по 3 человека. Все участники экспериментальной группы приняли участие в 12 сессиях мотивационного тренинга. Участники контрольной группы являлись слушателями системы лекций, каждая из которых посвящена одному из факторов, определяющих состояние здоровья, и указывает на возможные действия, необходимые для выполнения в целях поддержания данного фактора. В модели нашего исследования участники контрольной прослушали 5 лекций по темам, соответствующих по информационному содержанию, тематическим сессиям, проходившим в экспериментальной группе.

Оценка эффективности проводилась по диагностическим данным, полученным до и после прохождения тренинга или системы лекций, полученным по методике «Индекс отношения к здоровью» (С.Дерябо, В.Ясвин) [4]. Методом математической обработки являлся однофакторный дисперсионный анализ для связанных выборок и однофакторный дисперсионный анализ независимых выборок. В результате прохождения мотивационного тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения, у участников тренинга повысилась эмоциональная чувствительность к реакциям своего организма и его потребностям ($p=0,001$). Также отмечается увеличение общего количество знаний и суждений о способах здоровьесбережения, а также формирование более устойчивой активной позиции на поиск этой информации ($p=0,000$). По результату прохождения тренинга у участников возросло количество активных

действий, направленных на сбережение здоровья, которые совершают участники тренинга ($p=0,000$), а также возросло число поступков, направленных на привлечение к здоровьесбережению окружающих людей ($p=0,000$). Вследствие того что изменения коснулись всех компонентов социальной установки на сохранения здоровья, это определяет их устойчивость для дальнейшей реализации.

Эффективность мотивационного тренинга также подтверждена в сравнении с результатами, полученными в контрольной группе, ($p=0,000$) где работа шла над усилением когнитивного компонента, без подключения других компонентов социальной установки.

Таким образом, разработанный и проведенный мотивационный тренинг продемонстрировал свою эффективность как для самих участников данного тренинга, так и по сравнению с результатами формирования здоровьесберегающего поведения, осуществляемого классическим профилактическим методом информирования.

Список литературы

1. Ананьев, В.А. [Книга 1] : [Концептуальные основы психологии здоровья] : Психология здоровья / В.А. Ананьев. – СПб : Речь, 2006. – 384 с.
2. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. 2010. – №1. – С. 36-38.
3. Васильева, О.С. Психология здоровья человека : эталоны, представления, установки : учебное пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – Москва : Академия, 2001. – 352 с. – (Высшее образование)
4. Дерябо С.Д. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: Методика измерения / С.Д. Дерябо // Директор школы. – 1999.– № 2.– С.7-16.- (Валеология).
5. Марков В.В. Основа здорового образа жизни профилактика болезней: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений / В.В. Марков - М.: Академия, 2001. –320 с.
6. Рахматов А.А. Научные основы здорового образа жизни / А.А. Рахматов // Образование и воспитание. –2016. – №2. – С. 5-7.

**КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ПАЦИЕНТА С ОБСЕССИВНО -
КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Михайлова В.В.

ОБУЗ «Городская поликлиника №5», г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен клинический анализ психопатологической структуры обсессивно-компульсивного расстройства, описание когнитивных особенностей пациента.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, навязчивости, когнитивные процессы, шкала Йеля-Брауна.

**CLINICAL ANALYSIS OF A PATIENT WITH OBSESSIVE-
COMPULSIVE DISORDER**

Mikhailova V. V.

Abstract. The article presents a clinical analysis of the psychopathological structure of obsessive-compulsive disorder, a description of the cognitive characteristics of the patient.

Key words: obsessive-compulsive disorder, obsessions, Yale-brown scale, cognitive process, scale Yale-Brown.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является хроническим и потенциально инвалидизирующим заболеванием, которым страдает от 1,9 до 3,3% населения. [1] Его основными клиническими проявлениями являются обсессии (повторяющиеся нежелательные мысли, образы, эмоциональные переживания и побуждения) и компульсии (стереотипные, нередко ритуализированные действия или психические акты), которые субъективно расцениваются больными как «защитные». [2,4]

Указанные психопатологические образования возникают на фоне менее очевидных и более разнообразных психопатологических нарушений в виде эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств, которые до настоящего времени остаются недостаточно изученными.[3, 8] Имеются основания полагать, что именно эти «немые» психопатологические проявления в наибольшей степени определяют клиническое своеобразие и динамику ОКР, которое на самом деле представляет собой группу различных по генезу,

функциональному значению и течению синдромов.[6,7] Выделение этих синдромов, их систематика и психопатологическая квалификация имеют важнейшее значение для решения многих клинических и терапевтических проблем ОКР, а также уточнения его положения в новой классификации психических расстройств. [5, 9]

Целью исследования является исследование когнитивных особенностей на примере пациента с обсессивно-компульсивным синдромом.

Клинический разбор:

Пациент А.Е.П. 1978г.р. предъявляет жалобы на тревожность, волнение перед работой, вследствие чего возникает неуверенность в себе. Также жалуется на навязчивые мысли перед сном, касающиеся всего, что происходило в течение дня, а именно: анализирует как он справился с поставленными задачами, как он выглядел в обществе и перед самим собой, приводит для себя аргументы и контраргументы в отношении сопоставления всего происходящего и эмоциональной борьбы внутри себя. Пациент с трудом встает утром («с тяжелой головой»). На протяжении рабочего времени обеспокоен деталями при выполнении различных заданий. В течение всего дня думает о том, что не успел вовремя закончить начатое на работе и на фоне этого возникает страх. Пациент предъявляет жалобы на то, что на фоне всего вышперечисленного, на пике волнения, внутренних переживаний, страха и мнимых неудач он непроизвольно вслух некоторое количество раз выкрикивает одно непристойное слово. Последнее сильно мешает чувствовать себя комфортно в общественных местах, т.к. после выкрикивания одного и того же «плохого» слова люди оборачиваются, «кидают» неодобрительные взгляды, а порой и вовсе насмеваются, от этого все сильнее его преследует страх нахождения среди людей.

Субъективный анамнез: детство пациента было непростым: отец выпивал, часто ссорился с матерью, и, естественно, последнее происходило на его глазах. Пациент утверждает, что боится «напортачить»(со слов) в чем-либо, поэтому постоянно перепроверяет, все ли он выполнил верно. Ещё в школе пациент стал замечать, что постоянно моет руки, не контролируя себя. В пенале пациента всегда находилось всего три предмета (ручка, карандаш и ластик), причину пояснить он не может. Так с течением времени у него появилась «страсть» к цифре 3 и он все делает по три раза. Ежедневно перед выходом из дома пациент по три раза проверяет выключен ли газ, постоянно открывает и закрывает все двери в квартире, «дергает» их ручки. Он постоянно думает о

каких-либо бытовых вещах и прокручивает одни и те же мысли часами. Часто пациента беспокоит расстановка предметов на столе, он трогает каждый предмет по три раза, и все они должны занимать идеальное место.

В месте, во времени и личности ориентирован. В контакт вступает охотно, настроен на общение. На вопросы отвечает развернуто. Отвлекается. По ходу обследования особых изменений в контакте не наблюдается. Внешний вид опрятный. На вопросы отвечает адекватно. Инструкции к заданиям понимает с первого раза. На протяжении всего исследования наблюдалось почёсывание запястья, причём это действие было однообразным и многократно повторяющимся.

При определении степени тяжести обсессивных и компульсивных симптомов с помощью шкалы Йеля-Брауна выявлена тяжёлая степень выраженности обсессивно-компульсивного расстройства.

При исследовании внимания были выявлены признаки неустойчивости внимания, снижение концентрации наряду с выраженной истощаемостью психических процессов. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте»: 1,42 мин.–1,27 мин.–1,65 мин. –1,8 мин. Пробу «100-7» выполняет с множественными ошибками в среднем темпе, интервал между результатами при первых пяти предъявлениях результата в среднем 3 секунды, после чего уменьшается до 1 секунды, ошибки носят персеверативный характер: 93, 84, 77, 64, 53, 44, 33, 24, 13, 6.

При исследовании мнестических процессов методикой «10 слов» кривая запоминания носит следующий характер: 5-6-6-7, отсроченное воспроизведение – 3 слова. Данные результаты свидетельствуют о снижении объёма слухоречевой кратковременной и долговременной памяти.

При исследовании двигательного акта были получены следующие результаты: тонус мышц в норме, равномерный, перебор пальцев в прямом и обратном порядке на обеих руках без нарушений, праксис позы пальцев выполняет верно обеими руками, пробы Хэда выполняет верно, динамический праксис и реципрокная координация выполняются верно как в медленном, так и в быстром темпе, предметные действия и символический праксис доступны, оральный праксис сохранен, графическую пробу выполняет в быстром темпе, без отрыва карандаша от листа. Данные результаты свидетельствуют о сохранности двигательного акта.

При исследовании мышления были получены следующие результаты: исключение лишнего производит верно, процессы обобщения и

абстрагирования сохранны, сюжетные картины выстраивает верно, составляет рассказа по сюжетной картине верно, переносный смысл рассказов, пословиц и метафор доступен. Данные результаты свидетельствуют о сохранности процессов мышления.

При исследовании зрительного гнозиса испытуемый трудностей в распознавании реалистичных, перечеркнутых и наложенных друг на друга изображений не испытывает. При изучении пространственного гнозиса пробой «Слепые часы» ошибок не отмечается. Распознавание лиц, цифр, букв, фигур и цветов доступно.

При исследовании речи были получены следующие результаты: автоматизированная и дезавтоматизированная речь сохранна, повтор звуков без нарушений, называние предметов без нарушений, понимание слов и значений слов сохранно, понимание обиходных инструкций и логико-грамматических конструкций сохранно. Данные результаты свидетельствуют о сохранности экспрессивной и импрессивной сторон речи.

Выводы:

Мною был представлен клинический разбор пациента с обсессивно-компульсивным расстройством. В результате анализа вышеперечисленного в общей картине психической деятельности пациента можно выделить ряд симптомов: по шкале Йеля-Брауна выявлена тяжелая степень выраженности обсессивно-компульсивного расстройства. При проведении экспериментально-психологического обследования были получены данные, свидетельствующие о нарушении внимания в виде снижения устойчивости, снижении концентрации и истощаемости психических процессов, снижении объема слухоречевой кратковременной и долговременной памяти. В ходе обследования нарушений мышления, двигательного акта, гностических и речевых функций не выявлено. Во время обследования были выявлены такие клинические проявления, как: обсессивные мысли, обсессивные импульсы, обсессивные ритуалы, навязчивые размышления, навязчивые сомнения и навязчивые фобии. Клинические проявления соответствуют обсессивно-компульсивному расстройству.

Список литературы

1. Асатиани Н.М. Отдаленный катамнез больных неврозом навязчивых состояний // Тезисы докл. 3-го Всеросс. съезда невропатологов и психиатров. М., 1974. Т. 2. С. 15–17.

2. Бурно А.М. Дифференциальная когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивных расстройств. //Дисс. .канд., М. - 2000.
3. Волель Б.А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия), дисс.канд.—М.,2003.
4. Гаккель Л.Б. Патофизиологический механизм и клиника навязчивого синдрома.-Л.-956.-с.82.
5. Дороженок И.Ю. Обсессии контрастного содержания. //Дисс. . канд. - М.,1999.
6. Ильина И.А. Клинические аспекты «помешательства сомнений». // Ж. невропат, и психиатр. Им. С.С. Корсакова. 2002. - т. 102 - №1. - с.30-36.
7. Клементьева И. С., Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик, дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. М. 2008
8. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Бушуева О.Ю., Запесоцкая И.В. Анализ показателей функциональной асимметрии мозга у больных с ишемическим инсультом: нейропсихологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. Т. 114. № 12-2. - С. 28-32.
9. Попов Е.А. О некоторых условиях образования навязчивых состояний. // Советская психоневрология. 1949. -№4.

ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧЕНИКА НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Моренко И.М.

МБОУ «Гимназия №44», г. Курск

Аннотация. В статье представлено описание средств и методов формирования позитивного отношения к здоровому образу жизни в начальной школе. Среди них: использование физминуток на уроках; использование игровых технологий использование элементы личностно – ориентированного развивающего обучения; проектная деятельность; работа с родителями; творческий подход в обучении. Приведен пример организации открытого урока

по тематике формирования здорового образа жизни у детей младшего школьного возраста, где представлена интеграция различных методов для усиления эффекта формирования компетентности в сфере здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, компетенции, младший школьный возраст, начальная школа.

THE FOUNDATION OF HEALTHY LIFESTYLE OF ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS

Morenko I. M.

Abstract. The article describes the means and methods of forming a positive attitude to a healthy lifestyle in primary school. Among them: the use of physical education in the classroom; the use of gaming technologies the use of elements of personality – oriented developmental education; project activities; work with parents; creative approach to learning. An example of the organization of an open lesson on the topic of formation of a healthy lifestyle in children of primary school age, which presents the integration of different methods to enhance the effect of the formation of competence in the field of healthy lifestyles.

Key words: healthy lifestyle, competence, primary school age, primary school.

Формирование здорового образа жизни - проблема комплексная. Речь не может идти лишь о способах и методах укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Необходимо повышение мотивированности в сознательном и волевом принятии принципов здорового образа жизни. В решении этой задачи большую роль играет, в первую очередь, готовность к формированию здорового образа жизни учащихся, особенно начальной школы [2].

Сущность педагогического обеспечения здоровья подрастающего поколения состоит в формировании у человека с раннего возраста компетентности в сфере сохранения здоровья. Наиболее эффективно формирование здорового образа жизни происходит на основе личностно ориентированного обучения и воспитания, включающих изучение своего организма, освоения простейших гигиенических навыков, умение воспроизводить полученные знания в практической повседневной жизни [1].

Из многих констатируемых недостатков, определяющих состояние низкого уровня здоровья школьников можно выделить основной - это отсутствие эффективных социально-педагогических технологий формирования основ здорового образа жизни ученика начальной школы, так как преимущественно все мероприятия концентрируются на подростковом возрасте и старшеклассниках.

Однако наиболее значимым периодом в формировании основ здорового образа жизни является обучение в начальной школе. В последние годы в начальном образовании происходит смена парадигмы педагогики, а именно, происходит смещение фокуса формирования знаний, умений, навыков, на формирование необходимых компетенций, в частности компетентности в сфере здорового образа жизни. Поэтому формирование этого вида компетентности у школьников является одной из важных задач педагогики.

Формирование указанной компетентности в рамках обучения в начальной школе осуществляется через применение разнообразных форм и методов на уроках в начальных классах [3].

Использование физминуток на уроках. Элементы здоровьесберегающих технологий, которые преследуют цель укрепления здоровья учащихся, помощь детям на протяжении всего урока оставаться активными и бодрыми.

Использование игровых технологий. Игровые технологии позволяют активизировать детей, поддерживая их интерес. Так как ведущим типом деятельности на начальном этапе обучения в начальной школе еще остается игровая, то этот метод позволяет не только оживить класс на уроке, но и закрепить полученные знания. Игра позволяет работать над формированием компетентности в сфере здорового образа жизни. Применяется комплекс игр: «В стране чистых рук, Как я чищу зубы, На зарядку становись, Эти опасные продукты и тд.».

Использование элементы личностно – ориентированного развивающего обучения. На уроках литературного чтения, окружающий мир большой интерес вызывает использование ролевого чтения, инсценировки произведений, проигрывание по ролям ситуаций по охране здоровья, по формированию здорового образа жизни. Ученики проигрывают роли, придумывают продолжение, рассуждают, делают вывод о полезности или вреде для здоровья того или иного явления. Элементы личностно – ориентированного развивающего обучения дают возможность не доносить до детей материал в готовом виде, а подвести их к тому, чтобы они сами сделали

маленькие открытия, сумели рассказать о них одноклассникам, аргументировать свои предположения.

Проектная деятельность. Начиная с 1 класса, многие учащиеся гимназии занимаются под руководством учителя проектной деятельностью. Разнообразная тематика проектов способствует расширению кругозора учащихся в способах, формах и видах формирования здорового образа жизни, способах сохранения здоровья.

Работа с родителями. Актуальнее всего решать данную проблему через систему внеклассной работы. Совместные мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (Мама, папа, я – спортивная семья, Спартакиада), где родители совместно с детьми выполняют задания, показывают своим собственным примером приоритетность жизни, здоровья, спорта и здорового образа жизни.

Творческий подход в обучении. Интеграция различных методов для усиления эффекта формирования компетентности в сфере здорового образа жизни. Например, проведение открытых уроков по тематике формирования здорового образа жизни у детей младшего школьного возраста. Приведем пример организации данной формы работы с детьми.

Цель мероприятия: - осведомление детей о понятиях здорового поведения, здорового образа жизни; обсуждение понятий нездорового поведения и его последствий.

Время: 40 минут.

Целевая аудитория: младшие школьники.

Ожидаемый результат: умение практически применять полученные знания.

Учитель	Ученики
Я вам говорю «Здравствуйте», а это значит, что я всем вам желаю здоровья! Задумывались ли вы когда –нибудь о том, почему в приветствии людей заложено пожелание друг другу здоровья? Здоровье для человека – одна из главных ценностей.	Здравствуйте
Сегодня мы попробуем вместе ответить на вопрос о том, что же такое здоровый образ жизни и что он в себя включает?	распорядок дня, гигиена, правильное питание, социальное благополучие, спорт
Замечательно! Вы такие молодцы! Много знаете о ЗОЖ. Давайте теперь поподробнее разберем все эти составляющие.	
Так, ребята а кто знает, что такое гигиена?	Дети отвечают

<p>Термин «гигиена» в переводе с греческого языка означает целебный, приносящий здоровье. Соблюдение свода правил личной гигиены должно воспитываться с ранних лет. «Гигиена» – это очень ёмкое понятие. Оно включает в себя и чистоту, и правила поведения, и здоровый образ жизни, и многое другое. Соблюдение правил личной гигиены с малых лет – непреложный закон для каждого человека. Сейчас мы будем загадывать вам загадки, а вы будете все вместе отвечать на них!</p>	
<p>Хвостик из кости, А на спинке – щетинка.</p>	(Зубная щётка)
<p>Сколько раз в день надо чистить зубы? Почему?</p>	Дети отвечают
<p>Мойдодыру я родня. Отверни-ка ты меня. И холодной водою Живо я тебя умою.</p>	(Кран)
<p>Ускользает как живое, очень юркое такое. Белой пеной пенится, руки мыть не ленится.</p>	(Мыло)
<p>Сколько раз в день надо мыть руки? Почему?</p>	Дети отвечают
<p>Лёг в карман и караулю – рёву, плаксу и грязнуюлю. Им утру потоки слёз, не забуду и про нос.</p>	(Носовой платок)
<p>Почему у каждого должен быть свой индивидуальный носовой платок?</p>	Дети отвечают
<p>Ребята, правильное питание-залог здоровья школьника! Давайте разберемся с вами, какие продукты необходимо употреблять в пищу, чтобы быть здоровыми, сильными и умными!</p>	Дети отвечают
<p>Для укрепления и роста вашего организма необходимо есть молочные продукты, творог, сыр, сметану, сливочное масло, рисовые гречневые, овсяные каши, супы, мясо и рыбу. Для поддержания вашего иммунитета надо обязательно употреблять в пищу овощи и фрукты. Старайтесь пить чаще обычную воду, свежевыжатые соки, чай с лимоном или мятой, компот, кисель. Сильно соленую, острую и копченую пищу лучше не употреблять. Сладости в больших количествах тоже не полезны для здоровья. Если вы хотите полакомиться, то пусть это будет пряник, печенье или горький шоколад.</p>	
<p>Есть ли график приема пищи?</p>	Дети отвечают
<p>8:00-Завтрак, 13:00-Обед, 16:00-Полдник, 18:00 -Ужин, 20:00-Второй легкий ужин</p>	
<p>Теперь поговорим о социальном здоровье Социальное здоровье – состояние организма, определяющее способность человека контактировать, общаться с окружающими. Беседа о том, что важно дружить и поддерживать друг друга.</p>	
<p>Теперь поговорим о распорядке дня. «Что такое распорядок дня?», «Какой на ваш взгляд должен быть правильный распорядок дня?», «Сколько часов нужно спать в сутки?», «Во сколько ложиться?», «Во сколько вставать?»</p>	Дети отвечают

А в заключение мы поговорим о физкультуре, здоровый образ жизни не возможен без движения.	
Какие открытия мы сегодня сделали? Что узнали нового? Какие знания останутся с вами?	

Таким образом, необходимо внедрение в образовательный процесс педагогических технологий, способствующих формированию навыков здоровьесберегающего поведения, как основы здорового образа жизни обучающихся начальной школы.

Список литературы

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа / М.М.Безруких. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. –240 с.
2. Никишина В.Б. Диагностика индивидуальнотипологических особенностей детей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования / В.Б. Никишина // Социальная политика и социология. - 2013. № 4-2 (97). С. 142-154.
3. Никишина В.Б., Мордич Л.Н. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития. Учеб. пособие / Курский гос. мед. ун-т. Курск, 2003.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Мухина Т. Г., Егорова П. А.

Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, г.Москва, Россия

Аннотация. В статье изложены концептуальные основы психологического сопровождения старших дошкольников с ОВЗ. Сформулированы основные теоретические принципы и психологические условия психологического сопровождения дошкольников. Кратко представлено описание модели психологического сопровождения детей с ОВЗ.

Определены основные направления работы практического психолога в ДООУ как координатора реализации данной модели. Подчеркивается, что использование данной модели психологического сопровождения инклюзивного образования старших дошкольников позволяет практическому психологу проектировать условия для расширения жизненных компетенций у детей с ОВЗ и социальных компетенций у их сверстников.

Ключевые слова. Психологическое сопровождение, инклюзивное образование, дети с ОВЗ, дошкольники, модель психологического сопровождения.

PRIORITY PRINCIPLES OF CONSTRUCTION MODELS PSYCHOLOGICAL ACCOMPANIMENT OF INCLUSIVE EDUCATION OF PRE-SCHOOL CHILDREN WITH DISABILITIES

Mukhina T. G., Egorova P. A.

Abstract. The article describes the conceptual framework of psychosocial accompaniment of senior preschool children with disabilities. The basic theoretical principles and psychological conditions of psychological accompaniment of preschoolers. Summarized description of the model of psychological accompaniment of children with disabilities. The basic directions of work of practical psychologists in the DOW, as a Coordinator for the implementation of this model.

Stresses that the use of this model of psychological accompaniment of inclusive education of senior preschoolers allows the practical psychologist design conditions for life extension of competences in children with disabilities and social competences at their peers.

Keywords. Psychological support, inclusive education, children with HIA, preschoolers, a model of psychological support

Психологическое сопровождение инклюзивного образования дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) рассматривается нами как процесс, включающий в себя стратегию и тактику профессиональной деятельности психолога, направленный на создание максимально благоприятных условий для интеграции детей с ОВЗ в социум их нормально развивающихся сверстников. Оно должно быть устремлено на

овладение дошкольниками специальными компетенциями, обеспечивающими постепенное формирование у них системы социальных навыков поведения, продуктивных форм общения со взрослыми и сверстниками, на основе партнерских субъект-субъектных отношений [1].

При разработке концепции психологического сопровождения старших дошкольников с ОВЗ мы опирались на теорию культурно-исторического развития высших психических функций Л.С.Выготского, реализованную в деятельностном подходе к исследованию психики С.Л.Рубинштейна, А.Н.Леонтьева, Д.Б.Эльконина, М.И.Лисиной, а также базовые положения ряда теорий и исследований, посвященных изучению различных аспектов сотрудничества в онтогенезе и дизонтогенезе (Н.Л.Белопольская, А.А.Бодалев, Т.П.Гаврилова, Е.Е.Дмитриева, М.В.Жигорева, А.В.Запорожец, И.А.Коробейников, М.И.Лисина, И.Ю.Левченко, И.И.Мамайчук, Н.Н.Малофеев, Е.А.Медведева, Н.М.Назарова и др.).

На основании данных исследований нами сформулированы следующие теоретические *принципы* концепции психологического сопровождения старших дошкольников с ОВЗ: 1) принцип научности заключается в соответствии комплекса средств и методов реализации требований современной зарубежной и отечественной психолого-педагогической и специально-психологической теории; 2) принцип комплексности подразумевает многообразие и многоаспектность психологического сопровождения всех видов работы, реализуемой специалистами в соответствии с целями; 3) принцип последовательности и преемственности базируется на взаимосвязи и взаимодополняемости средств и методов психологического сопровождения, реализующих систему деятельности специалистов в условиях инклюзии; 4) принцип уникальности и субъектности личности состоит в признании индивидуальности ребенка: с одной стороны, его потребностей, интересов, склонностей, способностей, с другой – в признании его права на собственный путь и собственную траекторию развития.

Главными условиями реализации коррекционно-развивающего процесса обозначены: научно-обоснованное, скоординированное управление направлениями психологического сопровождения (адаптацией, индивидуализацией и интеграцией) активная ролевая субъектная позиция всех участников образовательного процесса в ходе коррекционно-развивающей работы в соответствии с требованиями современного дошкольного образования [3].

На основе данных положений и принципов была разработана инновационная модель психологического сопровождения инклюзивного образования старших дошкольников с ОВЗ в массовую образовательную среду через формирование социально адаптивного ролевого поведения старших дошкольников с ОВЗ на основе партнерских субъект-субъектных отношений с целью развития у них жизненных и социальных компетенций.

Цель, направления, основные содержательные теоретические и организационно-технологические положения разработанной нами инновационной модели формирования социально адаптивного ролевого поведения старших дошкольников с ОВЗ на основе партнерских субъект-субъектных отношений концептуально выстроены на основе *следующих ключевых идей*: органического единства психофизиологического и социального факторов развития детей с ОВЗ; ведущей роли социального фактора в организации субъект-субъектного взаимодействия в воспитательно-образовательном процессе. Психологическое сопровождение дошкольников с ОВЗ в условиях инклюзии должно начинаться как можно раньше и проходить с учетом сензитивных периодов развития ребенка, с учетом качественных возрастных психических новообразований через ведущие виды детской деятельности. Направления психологического сопровождения: диагностическая, коррекционная и развивающая работа должна способствовать выявлению зон актуального и ближайшего развития, с учетом специфики развития ребенка. Образовательное пространство старших дошкольников с ОВЗ в условиях инклюзии должна составлять особая социально-психологическая среда полифункционального детско-взрослого взаимодействия, построенная на принципах сопричастности, сотрудничества и содействия, которая и может являться основным условием эффективности учебно-воспитательного процесса в ДОУ в плане сохранения психологического здоровья всех субъектов взаимодействия, их полноценного развития и личностного роста.

Главной целью в создании модели психологического сопровождения детей с ОВЗ является определение организационно-технологических, содержательных основ и разработка инструментария сопровождения такого ребенка, обеспечивающих успешную интеграцию. Для развития ребенка, имеющего ОВЗ, необходимо создание условий, при которых он мог бы осваивать процессы, связанные с социализацией. Это организация детской деятельности и создание специально созданной среды в ДОУ. Эта среда представляет собой единство всех участников образовательного процесса, а

также создание психологической помощи, поддержки и обеспечения с целью преодоления барьеров, возникающих на пути развития ребенка.

Центральная координирующая роль в реализации данной модели принадлежит практическому психологу ДООУ. Он организует взаимодействие всех специалистов, оказывает помощь, поддержку в процессе продвижения детей на всех этапах сопровождения: диагностическом, коррекционном и развивающем.

На основе выделенных принципов мы выделили следующие взаимозависимые блоки модели. Первый блок – формирование готовности старших дошкольников с ОВЗ к интеграции в социум, второй блок - виды и участники психологического сопровождения.

Первый блок включает в себя три направления психологического сопровождения и, соответственно, три содержательных модуля: диагностический, коррекционный и развивающий.

Диагностический модуль включает в себя комплексное и системное психологическое изучение ребенка с ОВЗ, что необходимо для разработки индивидуальной траектории и стратегии его образовательного маршрута. Диагностическое изучение организуется только в пределах тех заданий, которые доступны детям и проводится с помощью высоко и малоформализованных методов и методик. Потенциал ребенка в виде зоны ближайшего развития определяет возможности и темп усвоения новых знаний и умений. Определялись показатели уровней социальной готовности детей к интеграции в массовую образовательную среду, включающие эмоциональные, поведенческие и когнитивные проявления детей в совместной деятельности.

Проведенные нами теоретические и эмпирические разработки позволили выявить критериально ориентированные уровни, реализуемые в ведущих видах деятельности ребенка [3,4,5]. Выделены и обоснованы три интеграционных уровня: первый уровень (высокий) – включенность в деятельность и содействие соответствует интеграции детей; второй уровень (средний) – частичная включенность в деятельность предполагает сопереживание, сочувствие и соответствует индивидуализации ребенка, третий (низкий) – фиксирует отклик, принятие, и соответствует детской адаптации. Эти возможности выявляются в процессе сотрудничества ребенка со взрослыми и сверстниками при усвоении ребенком новых способов взаимодействия [2,3,5].

Качественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка определялся следующими параметрами: отношение ребенка к

ситуации обследования и заданиям; способы ориентации ребенка в условиях заданий и его способы выполнения заданий; соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции; продуктивное использование ребенком помощи взрослого; умение ребенка выполнять задание по аналогии; отношение ребенка к результатам своей деятельности; критичность в оценке своих достижений.

Коррекционный модуль включает технологический арсенал оказания помощи разным категориям дошкольников. Данный модуль позволяет реализовать социально-психологическую взаимоадаптацию детей в образовательной среде учреждения в условиях инклюзии. Данный модуль нацелен на создание оптимальных условий для раскрытия индивидуально-личностных особенностей детей на основе позитивного личностного ресурса ребенка. Основными задачами направления является выявление и преодоление недостатков, дефицитарности в развитии функциональных систем и личностных свойств. Коррекция является основным методом воздействия специалистов, дефектолога и практического психолога, для оптимизации развития психических процессов, функций и гармонизации личностных свойств

Он содержит методическое обеспечение и методы руководства индивидуальными, подгрупповыми и групповыми формами работы, которые позволили сформировать позитивное отношение и навыки конструктивного взаимодействия, скоррегировать социоэмоциональное состояние детей, навыки и формы социального взаимодействия (коммуникации, различные формы общения), способствовать снятию психологических барьеров и развивать «социальную связанность» во взаимоотношениях, а также формировать способность к эмпатии, пониманию переживаний, состояний и интересов партнеров в детских и детско-взрослых отношениях. Организуется реализация специальных формирующих программ, корригирующих особенности отношений, взаимодействий и позиций взрослых (родителей и педагогов) как субъектов образовательного процесса в условиях инклюзии [4,5].

Последний, развивающий модуль включает методическое обеспечение и методы руководства детской деятельностью и отношениями детей, с постепенным усложнением задач взаимодействия и сотрудничества в детском и детско-взрослом сообществах.

Использование данной модели психологического сопровождения инклюзивного образования старших дошкольников позволяет практическому

психологу проектировать условия для расширения жизненных компетенций у детей с ОВЗ и социальных компетенций у их сверстников. На основе разработанных нами принципов реализуются специальные развивающие программы, направленные на формирование духовно-нравственного осмысления, социальной толерантности всех участников образовательного процесса. Совершенствуются полифункциональные психолого-педагогические, психолого-дидактические, специально дефектологические, психолого-технологические профессиональные компетенции специалистов.

Список литературы

1. Егорова П.А., Мухина Д.Д., Мухина Т.Г., Сорокоумова С.Н., Сорокина Т.М. Активизация речевого общения студентов с ограниченными возможностями здоровья в условиях высшей школы // Язык и культура. – 2018. – № 42. – С. 181-197.
2. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. – 239с.
3. Лисина, М.И. Общение детей со взрослыми и сверстниками: общее и различное // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии. – М., 1980. – С.3-32.
4. Сорокоумова, С.Н. Психологическое сопровождение инклюзивного образования дошкольников с ограниченными возможностями здоровья / С.Н. Сорокоумова: Автореф. ... дис. д-ра психол. наук. – Н. Новгород, 2011. – 43 с.
5. Суворова, О.В. К проблеме критериев и структуры субъектности / О.В. Суворова // Известия Самарского научного центра РАН. Серия «Социальные науки». Том 13, номер 2(5).- Самара, 2011. – С.1238 – 1243.
6. Сутугин, А.Ю. Психодидактические условия формирования коммуникативной культуры будущего педагога в процессе вузовского образования / А.Ю. Сутугин, Т.Г. Мухина // Мир науки, культуры, образования. – Горно-Алтайск, 2015. – № 2 (51). – С. 121 – 123
7. Ткачева, В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование. М.: Книголюб, 2007. – 144 с.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ МЕДИАЦИИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Никитина Е.А., Ворошилова О.Л.

Юго-Западный государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования по выявлению уровня информированности населения о процедуре медиации как нового социального явления современной жизни с целью определения основных направлений работы по развитию медиативного движения в Курской области.

Ключевые слова: конфликт, медиация, медиатор, медиативный процесс, медиативные услуги, альтернативные способы разрешения конфликта.

THE MAIN PROBLEMS OF MEDIATION DEVELOPMENT IN KURSK REGION

Nikitina E., Voroshilova O.

Abstract. The article presents the results of a study to identify the level of awareness about the mediation procedure as a new social phenomenon of modern life in order to determine the main directions of work on the development of the mediation movement in the Kursk region.

Key words: conflict, mediation, the mediation process, the mediation services, alternative ways of conflict resolution

В последнее время проблемам примирительных процедур уделяется значительное внимание, поскольку в современном мире особое значение приобретают механизмы саморегулирования, когда субъекты общественных отношений имеют возможность самостоятельно устанавливать правила поведения и контролировать их соблюдение. Альтернативные способы разрешения правовых конфликтов – это совокупность приемов и методов внесудебного урегулирования споров, в результате применения которых спорящие стороны заключают взаимоприемлемое соглашение. Кроме того, значимость медиации заключается в возможности выйти за рамки обозначенного спора и выявить истинные причины конфликта, выработав



совместное решение по его разрешению и урегулированию. Медиатор, как третья независимая сторона, определяет взаимовыгодность разрешения конфликта, поскольку помогает сторонам наладить процесс коммуникации и проанализировать конфликтную ситуацию таким образом, чтобы они сами смогли выбрать тот вариант решения, который бы удовлетворял интересы и потребности всех участников конфликта [4]. Поскольку решение принимают сами спорщики, это дает возможность для каждого из них выйти из конфликта победителем, не «потеряв лицо» и сохранив перспективы для дальнейшего сотрудничества с оппонентами [1, с. 215]. Медиацию отличают активная роль самих сторон спора в процессе выработки решения и сохранение ими полного контроля над содержательной частью соглашения [3]. Еще одним немаловажным преимуществом медиации является добровольная исполняемость решения сторонами (поскольку это решение всегда реалистично и принято добровольно). Это довольно важный момент. Известно, что судебные решения часто несут лишь формальный характер. Суд просто не в состоянии учесть множество аспектов спора и не принимает во внимание многих особенностей реальной ситуации, в которой находятся спорщики. Вот почему нередко даже справедливые судебные решения просто не исполняются. И здесь медиация позволяет избежать ненужных потерь, давая бизнесу и отдельным гражданам шанс преодолеть негативные последствия спора и даже выстроить на них фундамент новых партнерских отношений.

Кроме того, медиация в полной мере содержит в себе нравственные императивы обязательного соблюдения требований, обеспечивающих возможность эффективного проведения процедуры и обязательного добровольного выполнения достигнутых договоренностей. Принципы медиации требуют их соблюдения безоговорочно, без рассуждения, без сомнения. Это та нравственная максима, которая распространяется на все грани и этапы медиации без исключения. Процедура медиации реализуется на основании взаимного волеизъявления сторон, принципов добровольности, конфиденциальности, сотрудничества и равноправия сторон, беспристрастности и независимости медиатора. А именно это, по сути, и является императивными отношениями, так как это универсальные, общечеловеческие алгоритмы поведения людей в отношении одного к другому [1, с.231].

Внедрение института медиации в Курской области началось в 2012 году, когда начал свою работу Центр медиации и права под руководством Елены

Анатольевны Шашкиной. Основной задачей Центра медиации и права является реализация на территории Курской области Федерального закона «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)», то есть применение примирительных процедур и развитие культуры конструктивного, дружественного разрешения споров [2; с.4]. Принципом работы центра является неукоснительное следование основополагающим принципам самой процедуры. В центре проводятся процедуры медиации по различным делам на разных стадиях конфликта, включая судебное разбирательство, осуществляется информирование населения, представителей бизнеса и специалистов из разных сфер о целесообразности проведения медиативных процедур. Уже с 2014 года работа центра носила массовый характер. На сегодняшний день в центр поступило более 100 обращений, и по 50% из них процедура примирения состоялась. Согласно статистике центра, на первом месте по актуальности оказались вопросы жилищного характера. Также с помощью медиатора улаживались конфликты по поводу расторжения брака, порядка общения с детьми, конфликты в сфере бизнеса.

Кроме того, в судах Курска и некоторых судах Курской области стали функционировать комнаты примирения. В них профессиональными медиаторами осуществляется консультирование лиц, участвующих в деле, по вопросам медиации, ее преимуществ и возможностях урегулирования конфликта мирным путем и непосредственное проведение процедуры. В случае, если стороны отказываются от процедуры медиации, их направляют в суд и принимают все необходимые меры в соответствии с законодательством для решения конфликтного вопроса.

Необходимо отметить, что применение медиативных процедур осуществляется не только в судебной практике. В Курской области принят комплекс мер, направленных на профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав. Это связано с реализацией региональной концепции развития до 2018 года сети служб медиации для реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность. По данным органов, осуществляющих управление в сфере образования муниципальных районов и городских округов, в 58 образовательных организациях региона созданы службы школьной медиации, 70 участников образовательных отношений

прошли обучение в региональных (муниципальных) службах медиации и получили навыки, необходимые для участия в деятельности служб школьной медиации. На базе средних общеобразовательных учреждений в области было создано 50 служб примирения, деятельность которых обеспечивают более 100 специалистов из числа педагогов-психологов этих организаций. Медиативная деятельность ведется и на базе высших учебных заведений. Широко используется научный потенциал образовательных учреждений высшего образования для изучения существующих практик и технологий медиации, для поиска новых возможностей в апробации и внедрении их в образовательную среду. Так, в Юго-Западном государственном университете медиативные услуги оказываются на базе Учебно-практического центра конфликто разрешения ЮЗГУ специалистами кафедры коммуникологии и психологии.

Однако, несмотря на положительную динамику в развитии медиаторского движения, востребованность медиативных услуг среди населения Курской области остается низкой. Мы предположили, что одной из причин сложившейся ситуации является низкий уровень информированности населения Курской области о процедуре медиации. Таким образом, основной целью нашего исследования стало изучение уровня информированности населения о процедуре медиации. В качестве задач исследования можно выделить следующие: исследование уровня информированности населения Курской области (по выборкам трёх групп) о медиации; изучение текущего отношения респондентов к медиации; установление совместимости основных принципов медиации и личностных стратегий поведения в конфликте; выявление основных источников популяризации и информирования населения Курской области о медиации; оценка эффективности принимаемых мер по популяризации и информированию населения Курской области о медиации; изучение отношения респондентов к практике судебного разрешения.

Для исследования уровня информированности населения Курской области о процедуре медиации нами была составлена анкета. В анкетировании принимали участие 60 человек. В первую группу (20 человек) вошли студенты ЮЗГУ факультета юриспруденции в возрасте от 18 до 21 года. Во вторую группу (20 человек) вошли студенты ЮЗГУ механико-технологического факультета в возрасте от 18 до 21 года. В третью группу (20 человек) вошли слушатели университета пожилого человека «Серебряная пора» в возрасте от 68 до 71 года.

Анализ результатов исследования показал, что уровень собственной информированности о процедуре медиации лучше всего оценили студенты юридического факультета: 40 % респондентов хорошо осведомлены о процедуре медиации, 25 % имеют некоторые представления, 35 % совершенно не осведомлены. Среди респондентов второй группы лишь 20% вообще осведомлены о данном явлении, а 80% вообще ничего не слышали о данной процедуре. Что касается третьей группы, то в ней 20% респондентов осведомлены о процедуре хорошо и даже пользовались услугами медиатора. 80% знают о медиации чисто теоретически или вообще не осведомлены.

На вопрос «Что Вы знаете о медиации как альтернативном методе разрешения конфликтов?» в первой группе 85% респондентов ответили «я хорошо знаю, что такое медиация», и лишь 10 % ответили «я кое-что слышал об этом». Во второй группе 5% респондентов ответили «я кое-что слышал об этом», 95% респондентов ответили «я ничего не слышал об этом до сих пор». В третьей группе 40% знают, что такое медиация, 60 % респондентов мало слышали о данной процедуре.

Наиболее высокие результаты у респондентов первой группы ожидаемы, поскольку в учебные планы студентов юридического факультета входят дисциплины, изучающие основы медиаторской деятельности. В целом результат уровня осведомленности у всех опрашиваемых достаточно низкий, особенно среди молодежи, профессиональные интересы которой не пересекаются с разрешением конфликтных ситуаций.

Высокую эффективность и целесообразность в применении процедуры медиации в среднем подтвердили 75% респондентов из всех трех групп. Остальные 25% участников исследования считают медиацию «очередным примером слепого европейского заимствования» и «средством наживы для медиаторов, которые не принесут никакой пользы». Достаточно высокие результаты эффективности процедуры показывают совместимость основных принципов медиации с личностными стратегиями взаимодействия респондентов, поскольку более 70% выбирают «сотрудничество» и «компромисс» в качестве наиболее приемлемых способов урегулирования конфликтов и менее 20% выбирают «соревнование», «уклонение» и «приспособление».

Кроме того, эффективность и возможность участия в процедуре медиации подтверждают и мнения респондентов, касающиеся их отношения к судебным разбирательствам. Только студенты юридического факультета (96%) относятся

положительно к решению спорного вопроса путем обращения в суд. Что касается остальных респондентов, то 85% опрошенных из второй группы и 95% опрошенных из третьей группы считают, что «судебные тяжбы – это всегда стресс, которого хотелось бы избежать, и попробовать иным образом решить спорный вопрос».

Наше предположение о том, что основную информацию о процедуре медиации население получает из средств массовой информации, подтвердилось частично. 80% респондентов, чья профессиональная деятельность связана с медиацией, основную информацию получили во время обучения в вузе. Во второй и третьей группах лишь 25% опрошенных узнали о медиации из СМИ, остальные или вообще ничего не слышали, или слышали от знакомых и родственников.

Таким образом, анализ результатов исследования показывает, что в основном граждане готовы участвовать в процедуре медиации и решать споры на альтернативной основе мирным путем, и это способ кажется им гораздо эффективнее, нежели судебное разбирательство. Однако необходимо изменить систему информированности граждан Курской области о таком способе разрешения конфликта как медиация, поскольку они просто не слышали о возможности предоставления медиативных услуг. На наш взгляд, ключевую роль в продвижении процедур медиации играет информационно-просветительская деятельность. Причем просвещение необходимо обеспечивать не только среди широких слоев населения, но и юридического и психологического сообществ как провайдеров медиативных услуг. Юристы должны предлагать максимально широкий спектр способов урегулирования возникающих конфликтов, помогая на основе полноценной информированности сделать выбор, отвечающий интересам клиента.

Список литературы

1. Медиация в практике нотариуса [Текст] // отв. ред. С.К. Загайнова, Н.Н. Тарасов, В.В. Янков – М.: Инфотропик Медиа, 2012. – С. 336
2. Медиация – путь от спора к примирению [Текст] // Курская правда». – 2013. - №4. – С. 4.
3. Никитина, Е.А. Теория и практика медиаторской деятельности [Текст] / Е.А. Никитина, А.А. Кузнецова // Юго-Зап. гос ун-т. – Курск, 2017. –192 с.

4. Рожкова, М. А. Средства и способы правовой защиты сторон коммерческого спора [Текст] / М., 2016. – 312с.
5. Стрэссер, Ф. Медиация: психологический взгляд на разрешение конфликтов [Текст] / Ф. Стрэссер, П. Рэндолф. – М.: Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования, 2015. – 196 с.
6. Шамликашвили Ц.А. Основы медиации как процедуры урегулирования споров [Текст] / М.: Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования, 2013. – 223с.

ЗДОРОВАЯ ЛИЧНОСТЬ В ТРУДАХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ (КОНЕЦ XIX — НАЧАЛО XX ВВ.)*

Никифоров Г. С., Дудченко З. Ф.

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

Аннотация: в статье раскрывается вклад отечественных ученых петербургской школы психиатрии И.М. Балинского, И.П. Мержеевского, И.А. Сикорского и В.М. Бехтерева в изучение проблемы здоровой личности. Отмечается заслуга Балинского как основателя первой в России кафедры душевных и нервных болезней и как ученого, который положил начало научному рассмотрению вопросов, касающихся здоровой личности. Обсуждается вклад Мержеевского в разработку вопросов профилактики психических заболеваний и сохранения здоровья личности. Показывается значимость научных трудов Сикорского и Бехтерева в изучении проблемы развития здоровой личности.

Ключевые слова: здоровая личность, отечественные психологи, отечественные психиатры, психологические труды

HEALTHY PERSONALITY IN THE WORKS OF DOMESTIC PSYCHOLOGISTS AND PSYCHIATRORS (THE END OF THE XIX - THE BEGINNING OF THE XX CENTURY) *

Nikiforov G. S., Dudchenko Z. F.

Abstract: The article reveals the contribution of Russian scientists of the Petersburg school of Psychiatry I.M. Balinsky, I.P. Merzheevskogo, I.A. Sikorsky and V.M. Bekhtereva in the study of the problem of a healthy personality. The merit of Balinsky as the founder of the first in Russia department of mental and nervous diseases is noted. He initiated the scientific consideration of the formation of a healthy personality. The contribution of Merzheevsky to the development of issues of prevention of mental illness and the preservation of individual health is discussed. The importance of scientific works of Sikorsky and Bekhterev in the study of the problem of the development of a healthy personality is shown.

Keywords: healthy person, domestic psychologists, psychiatrist's domestic, psychological works

Первые описания условий формирования психически здоровой личности появляются в трудах отечественных русских психиатров конца XIX — начала XX веков. В первую очередь необходимо упомянуть имя Ивана Михайловича Балинского – ученого, психиатра, общественного деятеля, которого по праву считают отцом русской психиатрии. В 1857 году он основал первую в России кафедру душевных и нервных болезней в Императорской медико-хирургической (с 1881 года – Военно-Медицинской) Академии в Санкт-Петербурге.

Заслуга Балинского как ученого состоит в том, что он положил начало разработке темы формирования здоровой личности на научной основе. Указывая на роль психологических причин в возникновении душевных болезней, Балинский выделял чрезмерное напряжение умственных способностей; душевные волнения, обусловленные переживаниями гнева, испуга, грусти, нанесенной обиды, униженного самолюбия. По мнению И.М. Балинского, неправильное воспитание, а именно, неоправданная строгость и несправедливость в обращении с детьми, беспредметные упреки и унижение их самолюбия, ограничение радостных проявлений их чувств, - все это способствует раннему формированию у детей душевных болезненных состояний, препятствует формированию психически здоровой личности ребенка. [1]

Далее следует отметить неоценимый вклад Ивана Павловича Мержеевского в развитии научной школы психиатрии и невропатологии. При

его непосредственном участии проходило становление русской земской психиатрии. В 1877г. Мержеевский возглавил кафедру душевных и нервных болезней, сменив на этом посту своего учителя И.М. Балинского.

И.П. Мержеевский уделял большое внимания профилактике психических заболеваний. В 1887 г. на первом съезде российских психиатров он выступил с докладом на тему «Об условиях, благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России, и о мерах, направленных к их уменьшению». В своем докладе ученый отметил важную роль наследственности в развитии душевных и нервных заболеваний. Лица, которым присуще определенное неблагополучие в этом вопросе, испытывают затруднения в процессе социализации, на их долю приходится большое число правонарушений. Браки между такими лицами, у которых имеют место предпосылки к душевным заболеваниям, воспроизводят потомство, обреченное на психическое вырождение. Мержеевский также отметил в своем докладе, что определенную роль в возникновении и развитии психических заболеваний играет социальная среда, в которой человек пребывает, выделил алкоголизм как одну из форм социальной патологии. Общественные условия того времени, а именно развитие торговли, промышленности, появление новых финансовых и коммерческих учреждений породило стремление к наживе, быстрому обогащению, что повлекло за собой множество банкротств и разочарований и послужило источником сильных нравственных потрясений, обусловивших нарастание психических болезней.

Особое внимание Мержеевский, как и его учитель И.М. Балинский, уделяет вопросам образования, указывая на то, что чрезмерные требования школы, интенсификация учебного процесса пагубно отражаются на нервной системе учащихся. Люди с ослабленным самоконтролем, проявляющемся в недостатке способности к дисциплине и выдержке, легче поддаются всевозможным растлевающим доктринам и философским течениям пессимистической направленности, одной из форм проявления которой является нигилизм.

Говоря о неблагоприятных социальных факторах, влияющих на психическое здоровье, И.П. Мержеевский подчеркивал, что меры по предупреждению душевных и нервных заболеваний должны занимать центральное место в вопросе «об охране народного здоровья». Формирование нравственно обусловленных стремлений необходимо обеспечивать с самого юного возраста. [3]

Иван Алексеевич Сикорский – выдающийся ученый, человек масштабного интеллекта, специалист в области психиатрии, психологии, неврологии, педагогики. В 1869 году Сикорский закончил с отличием медицинский факультет Киевского университета. После защиты докторской диссертации в 1873 году переезжает в Петербург, работает в клинике душевных и нервных болезней в Императорской медико-хирургической Академии под руководством профессора И.М. Балинского. В 1885 г. по приглашению администрации Киевского университета Святого Владимира возвращается в Киев, получает назначение профессором в университете, в котором прослужил 25 лет.

Как ученый Сикорский был широко известен за границей. Он написал более ста научных трудов в области медицины, педагогики, клинической психиатрии, психологии. Книга «Душа ребенка» выдержала в Германии 14 изданий. Выступая на Первом съезде отечественных психиатров в Москве в 1887г. Сикорский в своей речи «Задачи нервно-психической гигиены и профилактики» определил конкретные направления разработки оздоровительных мер по сохранению и укреплению общественного и индивидуального здоровья. Он подчеркивал первостепенность правильной организации человеческого труда, важность предупреждения влияния негативных факторов на психику человека, значение профилактики воздействия вредных веществ на нервную систему и особое место в ряду оздоровительных мер отводил охране здоровья женщин. Сикорский, говоря о сохранении общественного здоровья, особо выделял проблему алкоголизма в России, в первую очередь обращая внимание на роль алкоголизма в разрушении нравственного здоровья населения.

В своей речи «Об успехах медицины в деле сохранения высших сторон здоровья», произнесенной на Торжественном годовом акте университета Святого Владимира 16 января 1898 года, Сикорский подробно остановился на вопросах профилактики утомления и повышения работоспособности. Он сосредоточился на том, что отсутствие труда является губительным для человека, но и сам труд может явиться источником нарушения здоровья. Им было выполнено экспериментальное исследование «О явлениях утомления при умственной работе» (1879), которое стало широко известно после публикации в русской и иностранной литературе.

В 1912 г. в Киеве Сикорский основал первый в мире Институт детской психологии. В своих трудах, посвященных проблеме развития психики

здорового ребенка, он разработал основы психогигиены ребенка в разные периоды развития. В первые три месяца для сохранения здоровья ребенка важно соблюдать следующие рекомендации: 1) не стимулировать излишне развитие ребенка, так как оно и без того идет быстрым ходом; 2) следить за профилактикой сильных и продолжительных негативных влияний на эмоциональное состояние ребенка; 3) предоставлять ребенку достаточный и полноценный сон. В период от четвертого до десятого месяца важно развивать ассоциативную память ребенка, развивать его ум, волю и чувства. В конце первого года жизни и начале второго следить за правильным развитием речи. Разбирая подробно ход нервно-психического развития ребенка, Сикорский подчеркивал, что каждый период является важным звеном формирования в дальнейшем здоровой личности.

Решающую роль в воспитании ученый отводил родителям, видя в этом важнейшее условие формирования психического здоровья детей. Большое значение придавал нравственному и духовному воспитанию детей, рассматривая это как необходимый залог к становлению нравственного здоровья общества.

Выделяя ошибки воспитания (расслабляющее, жесткое, пренебрежительное), он пояснял, что возраст родителей; их душевные и нервные страдания; чрезмерное переутомление, изнуряющий труд; крайне выраженные умственные перенапряжения; злоупотребление спиртными напитками; тяжелые переживания матери во время беременности и некоторые другие причины могут нарушить развитие и ослабить психическое здоровье детей.

Многие идеи И.А. Сикорского так или иначе связаны с разработкой вопросов обеспечения здоровья личности. По мнению Сикорского, личность остается здоровой пока выполняется основное условие ее гармоничного существования: единство, примирение и соглашение всех присущих ей психических актов. Центральными составляющими личностной гармонии определяются воля и самосознание. Сикорский рассматривал личность как совокупность врожденных и приобретенных качеств. С его точки зрения, на начальных этапах возникновения психического движущей силой процесса развития является механизм адаптации организма к условиям внешней среды, а на последующих этапах возрастает роль социального фактора.

В своих трудах Сикорский обосновывал необходимость глубокого комплексного изучения человека, выявления индивидуальных особенностей



конкретной личности. Им была высказана идея интегральной индивидуальности - единства когнитивного, эмоционального, волевого и физического начал.; была предложена типология личности. [5,6]

В Военно-медицинской Академии состоялась встреча Сикорского и Бехтерева, которая положила начало многолетней научной дружбе ученых. В годы своей научной зрелости Сикорский был ближайшим соратником Бехтерева.

Академик В.М. Бехтерев по праву занимает одно из видных мест в ряду выдающихся ученых. Его работы в области функциональной морфологии нервной системы; невропатологии; психиатрии; нейрохирургии; педагогики; психологии, в том числе общей и детской психологии; психологии личности не утратили своей научной актуальности в настоящее время. Труды Бехтерева получили широкую известность за рубежом и были изданы в Германии, Англии, Франции и Америке.

Бехтерев, ученик и преемник Мерзеевского, после выхода в отставку последнего в 1893 г. возглавил его кафедру в Военно-медицинской Академии. С 1907 г. Бехтерев основал и возглавил Психоневрологический институт, и в 1918 г. – Институт по изучению мозга и психической деятельности. В основу того и другого научно-учебного заведения им была положена идея изучения личности в ее здоровом и болезненном состоянии. Впервые в мировой научной практике Бехтерев для решения поставленных задач использует комплексный подход, рассматривая человека в его целостности, как сложное, многоуровневое образование. Вопросы развития личности и обеспечения ее здоровья изучаются в тесной взаимосвязи представленности в человеке биологического, психологического и социального начал.

Тему психического здоровья российского народа Бехтерев сформулировал в самом начале своей научной деятельности. Выступая с докладом: «Личность и условия ее развития и здоровья» в сентябре 1905 г. в Киеве на втором съезде российских психиатров, он изложил основные положения концепции здоровой личности. Согласно Бехтереву, основы будущей личности закладываются еще в дошкольном возрасте и связаны, прежде всего, с правильным и рациональным воспитанием ребенка с первых дней его жизни. Правильно поставленное воспитание играет огромную роль не только в развитии характера, но и в укреплении физического и психического здоровья. Душевное нездоровье может развиваться под влиянием негативных воспитательных условий, сложившихся в раннем детстве. Воспитание должно

создавать личность самостоятельную, инициативную, разумно критичную к себе и ко всему окружающему. Нравственное воспитание личности предусматривает развитие чувства социальной любви и сострадания, правды и уважения ко всему общественно ценному, долга и ответственности, в том числе и ответственности за собственное здоровье.

Много внимания Бехтерев уделял изучению процессов трудовой деятельности человека, он был инициатором создания профконсультационной службы в России. В созданном им институте по изучению мозга и психической деятельности была открыта лаборатория труда. Главная задача лаборатории заключалась в разработке мер по сохранению здоровья и развитию личности трудящихся. В основу исследований был положен комплексный подход к изучению работающего человека. Под председательством Бехтерева в январе 1921 года в Москве прошла Первая Всероссийская инициативная конференция по научной организации труда и производства. В докладах самого Бехтерева и его коллег обсуждались вопросы гармонизации и оздоровления трудового процесса, гигиены труда и охраны здоровья рабочих. [2, 4]

Творческое наследие И.М. Балинского, И.П. Мержеевского, И.А. Сикорского и В.М. Бехтерева представляет интерес для современной психологии здоровья. Образ здоровой личности, представленный в трудах ученых, может послужить основой для разработки современной концепции здоровой личности.

* Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 18-013-00568.

Список литературы

1. Балинский И.М. Лекции по психиатрии / под ред. Н.И. Бондарева, Н.Н. Тимофеева. Л., 1958.
2. Бехтерев В. М. Личность и условия ее развития и здоровья // Бехтерев В. М. Объективное изучение личности. Избранные труды по психологии личности. Т. 2 / под ред. Г.С. Никифорова, Л.А. Коростылёвой. СПб., 1999.
3. Мержеевский И.П. Об условиях благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России и о мерах, направленных к их уменьшению / Первый Съезд Отечественных Психиатров в Москве 5 января 1887 года. С.-Петербург, 1887.

4. Никифоров Г.С. В.М. Бехтерев и его концепция здоровой личности / Психологический журнал. Том 38, № 1, 2017.
5. Сикорский И.А. Всеобщая психология. Киев, 1904.
6. Сикорский И.А. Душа ребенка. Киев, 1909.

РАННИЙ ПЕРИОД ПЕРВИЧНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КАК ТОНКАЯ ГРАНЬ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ

Новикова С.Н., Лебедев И.Ю., Брынцева Н.М.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены данные клинических и психологических исследований детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции, подтверждающие гипотезу о том, что этот период является тонкой гранью между здоровьем и болезнью, вследствие чего дети в этом периоде нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении.

Ключевые слова: туберкулез, тревожность, фобии, психология матерей.

EARLY PERIOD OF PRIMARY TUBERCULOSIS INFECTION AS A FINE LINE BETWEEN HEALTH AND ILLNESS

Novikova S.N., Lebedev I.Yu., Bryntseva N.M.

Abstract. The article presents the data of clinical and psychological studies of children in the early period of primary tuberculosis infection, which confirm the hypothesis that this period is a fine line between health and illness, as a result of which children need psychological and pedagogical support during this period.

Keywords: tuberculosis, anxiety, phobia, mother's psychology.

Туберкулез сегодня представляет глобальную проблему человечества, решению которой мешает огромный резервуар туберкулезной инфекции в мировом сообществе – более полутора миллиардов человек, инфицированных

туберкулезом [2]. Инфицирование туберкулезом обычно возникает в детстве и сохраняется на всю жизнь. Период первичного инфицирования микобактериями туберкулеза получил название раннего периода первичной туберкулезной инфекции (РПТИ). Его исходом становится либо формирование инфекционного противотуберкулезного иммунитета, либо формирование заболевания, для предупреждения которого детям назначается профилактическое противотуберкулезное лечение. У детей в этом периоде отмечаются различные психологические нарушения [6]. Все это позволяет выдвинуть гипотезу о том, что РПТИ - тонкая грань между здоровьем и болезнью, требующая не только назначения противотуберкулезных препаратов, но и проведения различных мер психолого-педагогического сопровождения.

Цель настоящей работы: исследовать социально-психологический статус детей и оценить соотношение психологических типов их одиноких матерей.

Материал и методы исследования. Рандомизированным путем отобрано 100 детей в возрасте 7-12 лет, поступивших для обследования и лечения в детское отделение по поводу РПТИ. Группу контроля составили 100 детей аналогичного возраста, не инфицированных туберкулезом. Всем детям выполнено клиническое, рентгенологическое, лабораторное и иммунологическое исследование и установлен клинический диагноз, подтвержденный в ходе дальнейшего наблюдения. С учетом решающего влияния социальных факторов риска на заражение детей туберкулезом изучено их семейное положение, а также соотношение различных психологических типов их одиноких матерей (по методике М.А. Мягковой; 2012) [4].

Все дети находились под постоянным наблюдением психолога, в ходе которого использовались: методика Спилбергера-Ханина, предназначенная для оценки реактивной и личностной тревожности; методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К.Томаса в адаптации Н.В. Гришиной; тест Айзенка, позволяющий определять тип темперамента; методика «Лесенка», с помощью которой определялся уровень самооценки; проведена оценка удельного веса детей со специфическими фобиями в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции с использованием модифицированного для детей «Опросника иерархической структуры актуальных страхов личности» (ИСАС) Ю. Щербатых и Е. Ивлевой.

Психологическая коррекция детей проводилась в соответствии с разработанной программой «Чудесная планета» [5].

Профилактическое лечение детей осуществлялось строго в рамках существующих стандартов. Обучение проводилось по индивидуальным программам. Полученные результаты оценивались статистически.

Полученные результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что в подавляющем большинстве случаев инфицированные дети были из малоимущих, социально-неблагополучных семей, где родители имели болезненное пристрастие к алкоголю (45%) или употребляли наркотики (5%). В интернатах воспитывались 10%, в опекунских семьях - 6% детей. Среди матерей-одиночек у детей с РППТИ почти половина строили свои отношения в семье по типу «Традиционной матери». Такие женщины воспитывали своего ребенка, ориентируясь на принятые в обществе нормы и традиции, хотя не имели четкого представления о материнской любви, были нетребовательны к ребенку и негативно оценивали его отца [4]. Многие дети были запущенными в педагогическом, социальном и бытовом отношениях. Доля лиц с высокой личностной тревожностью среди инфицированных туберкулезом детей составила 55% против 30% неинфицированных детей того же возраста ($p < 0,05$) [4].

У 45% пациентов нами регистрировались вялость, слабость, утомляемость, снижение интереса к жизни, повышенная истощаемость, нарастающее снижение работоспособности, как умственной, так и физической. Некоторые дети (28%) демонстрировали ранимость и впечатлительность. Удельный вес фобий в основной группе составил 12%, что в 4 раза превышало аналогичный показатель в контрольной группе и свидетельствовало об эмоциональном напряжении [1].

Индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение привело к минимуму или значительно смягчило силу и влияние негативных личностных, когнитивных, эмоциональных и поведенческих изменений в психике личности инфицированного туберкулезом ребенка.

Заключение. Таким образом, клинико-психологическое исследование детей с ранним периодом первичной туберкулезной инфекции подтверждает гипотезу о том, что этот период является тонкой гранью между здоровьем и болезнью, и требует сочетания медикаментозной терапии с психокоррекционной работой, обеспечивающего интеграцию медицинского, психологического и педагогического аспектов оздоровления ребенка.

Список литературы

1. Булка, А.А., Лебедев, И.Ю. Влияние первичной туберкулезной инфекции на специфические фобии у детей / Молодежная наука и современность: Мат. 82-й Всероссийской научн. конф. студентов и молодых ученых. Курск: Изд-во КГМУ, 2017. – С.166-166.
2. Овсянкина, Е. С. Актуальные проблемы противотуберкулёзной помощи детям и подросткам / Е.С. Овсянкина // Туб. у детей и подростков. — Сб. материалов науч.-практ. конф. 17-18 декабря 2009 г. С.48-53.
3. Павленко, Е.П., Лебедев, И.Ю. Влияние туберкулезной интоксикации на личную и ситуативную тревожность детей / Молодежная наука и современность: Мат. 82-й Всероссийской научн. конф. студентов и молодых ученых. Курск: Изд-во КГМУ, 2017. – С.199-199.
4. Павленко Е.П., Стрела К.Р., Лебедев И.Ю. Психологические типы одиноких матерей, имеющих детей с ранним периодом первичной туберкулезной инфекции / Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков: Мат. VI Всероссийской научн.-практ. конф. с междунар. участием. 29-31 марта 2018, г. Сочи, 2018– С.42-43.
5. Рублева Н.В., Новикова С.Н., Геращенко С.А., Лебедев И.Ю. Программа психолого-педагогического сопровождения детей школьного возраста в ранний период первичной туберкулезной инфекции / Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков: Мат. VI Всероссийской научн.-практ. конф. с междунар. участием. 29-31 марта 2018, г. Сочи, 2018 – С.23-25.
6. Сиренко, И.А. Влияние туберкулезной инфекции на психологический статус детей / И.А. Сиренко // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 1. - С. 59–63.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ РАЗВИВАЮЩИХСЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Олешкевич В. И.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются возможности проектирования саморазвивающихся реабилитационных систем в современной психиатрической клинике. Обосновывается значение системного проектирования в современной психиатрии, в особенности в детской клинике в современных условиях. Намечаются пути и средства такого проектирования, реализации проектов и организации их системного развития.

Ключевые слова: Проектирование, реабилитация, система, реабилитационная система, развитие, реабилитационная среда, реабилитационный диагноз, взаимопомощь, самопомощь, организационная культура.

ENGINEERING OF DEVELOPING REHABILITATION SYSTEMS IN PSYCHIATRIC CLINIC

Oleschkevich V.I.

Abstract. The article examines perspectives of self-developing rehabilitation systems in the modern psychiatric clinic. The author explains the importance of systems' engineering in modern psychiatry, especially in children's clinic in contemporary conditions. The article analyzes perspectives and means of this kind of engineering, projects' realization and organization of their systematic development.

Key words: Rehabilitation, Rehabilitation system, Development, Rehabilitation Environment, Rehabilitation Diagnosis, Mutual Aid, Self-Help, Organizational Culture

Ведущей задачей современной психиатрической клиники является задача продуктивной реабилитации пациентов, которая в условиях быстрыми темпами развивающегося информационного общества может стать и центральной задачей всей современной медицины [1, 2, 3]. Отсюда возникает необходимость проектирования наиболее эффективных реабилитационных систем. Это требует реорганизации психиатрической клиники и переформулирования ее задач, поскольку необходимо поставить в центр не столько задачи лечения сами по себе, но их встроенность в процесс реабилитации. Настоящим продуктом клиники должен стать именно реабилитационный «продукт» – психически

здоровый и социально адаптированный человек. Такого человека может производить только *реабилитационная система*. Проектированию таких систем может активно способствовать их *психотехнический анализ* и *психотехнический синтез* [4,5]. В статье кратко анализируются проблемы, связанные с организацией такого проектирования и намечаются различные подходы к проектированию развивающихся реабилитационных систем.

Это означает необходимость поворота от традиционного отношения врач-больной, которое обычно строится по старым образцам соматической клиники к анализу реабилитационной системы и к проектированию таких систем, обращаясь в том числе и к опыту старой психиатрии («в больнице стены лечат, но их вначале нужно создать»). В центре здесь именно организация, организация медицинской, социально-психологической и др. помощи, ориентированной на психическое развитие человека, а не просто на лечение частных расстройств психического функционирования индивида. В этой связи важно проектирование такой *организации*, которая корректирует развитие пациентов и которая сама ориентирована на интериоризацию новых социальных структур в психику больного и на превращение их во внутреннее средство саморазвития индивида. В данную организацию должны быть встроены такие технологии, которые в ходе своей реализации превращаются во внутренние *психотехнологии* саморазвития личности больного.

Внутри такой организации все должно быть подчинено задачам реабилитации и она может напоминать отлаженный сочтенный механизм. Собственно традиционное лечение здесь должно стать подчиненным моментом. И весь персонал в этой организации работает именно на цель реабилитации, начиная с санитаров и медсестер, в этот же процесс органично включаются педагоги, психологи и врачи, будучи единым целым организации и выполняющим в ней четко определенные реабилитационные функции. Действительно, почему, например, в строительстве прораб строит целые дома, а медицинская сестра может только раздавать таблетки или педагог превращается в простого надзирателя за порядком. Педагоги, например, жалуются, что «их работу никто не ценит», им практически не ставится никаких особых задач и пр. И в целом получается, что сестры работают отдельно, педагоги также сами по себе, психологи тоже как будто имеют свои особые задачи, не говоря уже о врачах. Но в реабилитации задача должна быть в действительности одна и ее здесь важно правильно поставить, а затем нужно точно распределить участие всех в реализации данной задачи. И вопрос состоит



в том, как включить всех в системно организованный реабилитационный процесс. Для этого же данный процесс должен быть уже заранее спроектирован.

На основе такого проектирования формируется *реабилитационная среда*, элементами которой становятся как младший медицинский персонал, так и медицинские сестры, педагоги, психологи, врачи и пр. Персонал можно достаточно быстро обучить для работы в такой системе, регламентировать его обязанности и пр. Но это не должно осуществляться механически, только административными методами. Здесь требуется соответствующая *культура*, личная заинтересованность, принятие всем персоналом базовых гуманистических ценностей реабилитации, формирование культуры терапевтического общения, принятия и понимания больных в их собственной аутентичности и на этой основе ориентации на развитие больного человека. Таким образом, речь идет о системной организационной культуре, где каждый знает не только свое место, но и свое значение в общем реабилитационном процессе. Эта культура отличается от обычной культуры специалистов, бригад, команд и пр. Такая реабилитационная система будет сама интегрировать новый персонал, сама отбраковывать неподходящих специалистов, сама будет их обучать и развивать. Потому что занимаясь реабилитацией, человек сам должен развиваться, как должна развиваться мать, воспитывающая взрослеющего ребенка. Таким образом значительно быстрее и эффективнее решаются проблемы в реабилитационной медицине и клинической психологии.

Все это требует и иного подхода к диагностике. Здесь важен прежде всего функциональный или реабилитационный диагноз и распределение пациентов по соответствующим этому диагнозу реабилитационным группам, по отношению к которым должны строиться как общие, так и индивидуальные реабилитационные программы [1]. Для углубления диагностического анализа и превращения его в системный и культурно-исторический анализ мы можем дополнительно ввести целый ряд социокультурных параметров больных, таких, например, как фиксацию социальных групп (страт) больных, состава их семьи, отношений в семье и пр. в рамках расширенной, углубленной разработки схемы социологического анализа. Особенно важен такой анализ для детей и подростков; здесь особенно значим анализ отношений в семье, порядок рождения детей, особенности предыдущего развития ребенка и пр. Это позволит организовать системную обработку диагностических данных и сделать важный шаг в направлении культурно-исторической диагностики.

Такого рода данные приведут соответствующих аналитиков к тем типичным социальным ситуациям, в которых соответствующие расстройства формируются. А это значит, что произойдет расширение как понятия диагноза, так и понятие клиники и может быть сформирована культурно-историческая концепция клиники. Такого рода клиническая диагностика позволит более системно поставить вопросы превенции психических расстройств и организовать необходимую помощь населению с самого начала развития расстройств или в ситуациях их опасности, обращаясь к оперированию типичными социальными условиями, приводящими к нарушению психического развития. Таким образом, систематическая рефлексия генезиса психических расстройств, сдвигаясь от конца, финала развития заболевания к их началу и прежде всего, к анализу социальных условий развития психических расстройств, с использованием машинного интеллекта может систематически перестроить и оптимизировать помощь психиатрическим больным

Но в конечном счете, задача состоит в созидании новых реабилитационных и превентивных программ. Создавать такие программы можно различными путями. Мы можем взять отдельное терапевтическое отделение и на основе анализа и рефлексии его работы шаг за шагом вводить в его функционирование определенные терапевтически и реабилитационно обоснованные психотехники, хорошо проработанные в психологической культуре. Таким образом, например, можно, так сказать, бихевиорально обработать работу отделения, использовать психотехники формирования личностных навыков и качеств пациентов «с заранее заданными параметрами», объективировать в саму работу отделения психодинамические и гуманистические терапевтические техники общения и т. п. И это все можно осуществлять принципиально не меняя работу отделения, а только последовательно внедряя в него определенные правила, социальные практики, нормы общения и пр. Это требует определенного обучения, организации новых терапевтических сред и пр., но таким образом реабилитационная система будет превращаться в развивающуюся систему, в которой формируются свои задачи перспективного и развивающего обучения. В процессе углубления таких изменений открывается широкое поле работы по анализу и интеграции различных педагогических подходов, психотехник и форм их социальной организации.

Другим подходом здесь может стать подход с точки зрения экспериментальной медицины, а также экспериментальной и прикладной



клинической психологии. Тогда это будет экспериментальное отделение, где разрабатываются уже принципиально новые подходы к реабилитации. Здесь могут разрабатываться новые психотехники, интегративные подходы, конфигуративные и синтетические формы влияния, новые формы работы с группой, новые формы взаимопомощи, способы использования самоуправления больных в реабилитации и др. Такое отделение может стать важной базой для научных исследований. Здесь мы можем работать с уже поставленными и четко отрефлексированными проблемами реабилитации как в их онтологическом и психологическом аспекте, так и в методическом плане. Именно здесь может развиваться настоящая наука в реабилитационной медицине, наука и теоретическая (связанная, в частности, с анализом и обработкой всего мирового опыта реабилитации), и экспериментальная (связанная, в частности, с экспериментальной проверкой новых открытий). Здесь, внутри настоящих научных исследований могут работать и учиться также и студенты. Но самое главное, что здесь основные научные исследования будут ориентированы на их непосредственное практическое использование.

И, наконец, важно отметить, что сегодня одна из ведущих тенденций реабилитации – это активное привлечение к ней групп самопомощи, общественных организаций и гражданского общества в целом. Одним из примеров здесь можно назвать инклюзивное образование. Эту тенденцию важно глубоко осмыслить, подвергнуть рефлексии. Здесь речь идет уже не о культуре специалистов, а о *культуре социальной помощи и самопомощи*. Реабилитация, как она когда-то зародилась в церкви и благотворительных обществах, так она сегодня и возвращается к своим социальным и культурным истокам. И наблюдения показывают, что реабилитация в общественных организациях оказывается в целом более эффективной, чем в государственных клиниках. Отсюда идет интеграция усилий государственных клиник и общественных организаций.

Примером здесь могут послужить общества анонимных алкоголиков (наркоманов и пр.) в наркологии. Эта система реабилитации сегодня является одной из ведущих и в государственных клиниках. Основная идея здесь состоит в том, что помогает пациентам тот, кто сам излечился или находится в процессе излечения. Как известно, крестным отцом этого типа помощи стал К. Юнг, столкнувшись с тем, что существующая официальная психотерапия оказалась не способной справиться с проблемой алкоголизма и эта проблема стала решаться за пределами официальной медицины. Данная идея самопомощи

стала распространяться и на другие клинические группы – группы родителей детей с особенностями развития, детей-аутистов и др. Родители, которые сами справились с проблемой организации развития своего особенного ребенка, естественно стремятся помочь преодолеть соответствующие трудности другим родителям. Так образуются *сообщества взаимопомощи*.

Нечто подобное мы можем осуществить и на основе детской психиатрической клиники. Для этого нужно сделать шаг от семейной терапии к организации сообщества самопомощи родителей. Например, если мы сумели помочь определенному ребенку и его родителям, то эти родители могут поддержать и другие семьи, информационно, эмоционально и реально помочь другим родителям с аналогичными проблемами, потому что они уже компетентны и имеют не только опыт, но и имеют потребность поделиться этим опытом, в том числе и потому, что такое общение поддерживает и их собственную работу. Кроме того, родители больше склонны доверять другим родителям, уже решившим стоящие перед ними аналогичные проблемы, чем работающему за зарплату молодому психологу, у которого может даже не хватить времени, чтобы по-настоящему вникнуть в их проблемы. Практика показывает, что наиболее эффективной помощь оказывается тогда, когда она с самого начала ориентирована на формирование самопомощи, то есть, то, что делают для человека другие люди должно впоследствии стать внутренней организацией жизни самого пациента. На этом пути может быть сформирована целая глубоко обоснованная психологическая культура самопомощи. И надо сказать, что так организованная реабилитация значительно дешевле обычной реабилитации бригады специалистов. И это тоже немаловажный факт, поскольку настоящая реабилитация, глубокая и системная, – это достаточно дорогостоящее предприятие. Здесь мы можем иметь еще одну площадку для организации научных исследований, где клиническая проблематика расширяется за пределы клиники.

Список литературы

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
2. Масыкин А.В., Костюк Г.П. Возможные пути повышения эффективности психиатрической помощи. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018; 10 (2): 109-113.

3. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., Школа В.М., Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. Т.1. СПб: Альта Астра, 2017. 294 с.
4. Олешкевич В.И. Психология как психотехника. 2-е изд. испр. и доп. М.: Юрайт, 2017.
5. Олешкевич В.И. Методологический анализ процессов психологической реабилитации и возможности психотехнического проектирования наиболее эффективных реабилитационных программ. // Психология и психотехника. 2012. № 2 (41). С. 94-107.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Очкасова Ю.А., Пастух И.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск,
Россия.

Аннотация. По данным эпидемиологических исследований наблюдается рост числа людей, страдающих депрессивными расстройствами. Манифест заболевания приходится на социально активный возраст человека, дезадаптируя его в обществе. В статье представлены результаты исследования нейропсихологических особенностей пациентов с депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: эндогенная депрессия, нейропсихологические особенности, когнитивные функции, когнитивный дефицит.

NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS DEPRESSION

Ochkasova J., Pastuh I.

Annotation. According to epidemiological studies, there is an increase in the number of people suffering from depressive disorders. Manifest diseases account for

the socially active person's age, desadaptive it in the community. The article presents the results of the study of neuropsychological features of patients with depressive disorders.

Keywords: endogenous depression, neuropsychological features, cognitive functions, cognitive deficit.

На настоящий момент депрессия - это болезнь современного общества, приводящая личность к дезадаптации. По данным ВОЗ в 2017 году процент болеющих депрессивным расстройством в России составлял 5,5% населения, это около 8 миллионов человек, официально получивших профессиональную помощь. На 2015 год процент населения, страдающий от депрессии, составлял 5,1% [3]. Мы видим, что число людей с данным заболеванием значительно выросло, несмотря на качественную психиатрическую помощь и изученность болезни. Так же депрессия может находиться в коморбидности с другими заболеваниями, усложняя дифференциальную диагностику, подбор психотерапии и лечение. Сочетание аффективных расстройств с тревожно-фобическими расстройствами, алкогольной зависимостью влияет на психологические особенности пациентов [4, 5]. Данный аспект необходимо учитывать для исключения влияния коморбидного заболевания на мозг и психику человека [5].

Вышесказанное свидетельствует о том, что необходимо более тщательное изучение особенностей депрессивных больных. В последние годы возрастает интерес к значению когнитивных нарушений в структуре депрессивных расстройств [1, 2, 7-10]. Л.И. Вассерман говорит о том, что при аффективных расстройствах эндогенной этиологии наблюдаются нарушения когнитивных функций: внимание, память, контроль познавательной деятельности в целом и ее планирование [1, 2]. G.I.Papakostas и L.Culpepper обращают внимание на то, что трудности концентрации внимания и принятия решений, характерные для больных с депрессивной симптоматикой, улучшаются при ее купировании, но определенный уровень когнитивных расстройств остаётся, ухудшая психосоциальное функционирование во всех сферах (трудовой, бытовой, повседневной активности) [9]. Однако эти нарушения носят неотчетливый и стёртый характер. Именно относительная стёртость симптоматики требует тщательной нейропсихологической диагностики, которая сможет помочь клиническому психологу уточнить структуру и степень выраженности расстройств высших психических функций [6]. В первую очередь, это позволит

составить подходящую коррекционную программу, учитывая когнитивные нарушения больного.

Таким образом, **проблемой** исследования выступил вопрос о том, какие нейропсихологические особенности характерны для пациентов с депрессией.

Целью нашего исследования является изучение когнитивных функций у больных депрессией с эндогенными причинами возникновения. В исследовании принимали участие пациенты с депрессивным эпизодом (F 32), рекуррентным депрессивным расстройством (F 33.0 – F33.1), смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2). В основную группу вошли пациенты с рекуррентной депрессией – 15 человек, в контрольную группу были включены пациенты с депрессивным эпизодом, а так же смешанным тревожным и депрессивным расстройством (15 человек). Средний возраст - 45,4 лет. Главными критериями формирования групп являлись:

- наличие/отсутствие суточного колебания настроения;
- наличие/отсутствие сезонного ухудшения состояния;
- наличие/отсутствие текущей психотравмы.

Исследования проводилось на базах: психосоматическое отделение Курской областной наркологической больницы и 21 отделение ОБУЗ ККПБ им. святого великомученика и целителя Пантелеимона.

В качестве нейропсихологических методик использовались: проба «кулак-ребро-ладонь», проба «реципрокная координация» и «Монреальская шкала оценки когнитивных функций». Полученные результаты подверглись статистической обработки при помощи критерия χ^2 - Пирсона.

В таблице № 1 представлены показатели когнитивных функций основной и контрольной групп.

Показатель	Экзогенные причины возникновения	Эндогенные причины возникновения
	p-level	
Память	p=,00024**	
Зр.-констр. навыки	p=,02811*	
Динамический праксис	p=,00000**	
Беглость речи	p=,05818*	

Прим. p-level – уровень статистической значимости. * – статистически значимые различия. ** – различия на высоком уровне статистической значимости.

В результате исследования были обнаружены статистически значимые различия по показателям «Зрительно-конструктивные навыки» и «Беглость

речи». Так же были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по критериям «Память», что говорит о более сниженном объеме механической памяти у экспериментальной группы. Различия в показателе «Динамический праксис» подтверждают нарушения исполнительной функции у больных депрессией эндогенной этиологии.

Таким образом, нами были выявлены предварительные особенности когнитивных нарушений у больных депрессией эндогенной и экзогенной этиологии. У пациентов с эндогенными причинами заболевания наблюдаются более выраженные нарушения исполнительных функций (зрительно-конструктивные навыки, динамический праксис и беглость речи), а так же значительно снижен объем механической памяти. Полученные данные могут быть использованы клиническим психологом для составления коррекционной программы, учитывая когнитивные нарушения, характерные для больных с депрессией эндогенной этиологии. Полученные результаты носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Вассерман Л.И. Когнитивные расстройства при депрессиях: нейропсихологическое и МРТ-исследование / Л.И. Вассерман и др. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. N 115(1). С. 13–19.
2. Вассерман Л.И. Нейропсихологическая оценка когнитивных нарушений у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами / Л.И.Вассерман и др. //Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. N 31. С. 92–96.
3. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en>
4. Погосов А.В., Погосова И.А. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств // Вопросы наркологии. – 2004. N.1. С. 10-18.
5. Погосова И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами. // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2012. N. 4. С. 74-79.
6. Ракитская Н.Ю. Эволюция диагностических и терапевтических подходов к тревожным и депрессивным расстройствам / Н.Ю. Ракитская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. N 3 (54). С. 88-92.

7. Шмуклер А.Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. Т. 26. N. 1. С. 72-76.
8. Evans V.C., Iverson G.L., Yatham L.N., Lam R.W. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review // J. Clin. Psychiatry. - 2014. Vol.75, N 12. P. 1359–1370.
9. Papakostas G.I., Culpepper L. Understanding and managing cognition in the depressed patient // J. Clin. Psychiatry. - 2015. Vol. 76, N 4. P. 418–425.
10. Weiland-Fiedler P., Erickson K., Waldeck T., Luckenbaugh D.A., Pike D., Bonne O., Charney D.S., Neumeister A. // Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression // J. Affect. Disord. - 2004. Vol. 82. P. 253–258.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ПАНИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Пастух И.А.¹, Голозубова К.Н.²

¹Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

²Пристенская центральная районная больница, п. Пристенка, Курская область, Россия

Аннотация. В статье представлены теоретические аспекты и эмпирические данные изменения качества жизни и психологического благополучия 22-х пациентов с коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в ходе сочетанного применения фармакологического и психотерапевтического лечения. В основную группу (ОГ) вошли 11 пациентов, которые получали сочетанное фармако- и психотерапевтическое лечение. 11 больным контрольной группы (КГ) проводилась фармакотерапия. Изучены клинико-психологические и патопсихологические параметры у больных ОГ и КГ до и после терапии с их последующим сравнительным анализом. Совместное применение фармако- и психотерапевтических методов оказало

благоприятное влияние на психологическое благополучие пациентов и повысило качество их жизни.

Ключевые слова: паническое расстройство, депрессивное расстройство, коморбидность, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, качество жизни, психологическое благополучие.

FEATURES OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL WELLBEING OF PATIENTS WITH COMORBID PANIC AND DEPRESSIVE FRUSTRATION AS A RESULT OF COMPLEX PSYCHOTHERAPEUTIC ACTIONS

Pastuh I.A., Golozubova K.N.²

Abstract. Theoretical aspects and empirical these changes of quality of life and psychological wellbeing of 22 patients with comorbid panic and depressive frustration are presented in article during the combined application of pharmacological and psychotherapeutic treatment. The main group (MG) included 11 patients who received combined pharmacological and psychotherapeutic treatment. 11 patients of the control group (CG) underwent pharmacotherapy. Clinical, psychological and pathopsychological parameters were studied in patients with MG and CG before and after treatment effects with their subsequent comparative analysis. Combined use pharmako-and psychotherapeutic methods has exerted beneficial effect on psychological wellbeing of patients and has increased quality of their life.

Keywords: panic disorder, depressive disorder, comorbidity, cognitive and behavioral psychotherapy, quality of life, psychological well-being.

Актуальность проблемы изучения коморбидных панических и аффективных расстройств объясняется высокой распространённостью последних в популяции [1,5,7,9]. В большинстве работ отечественных и зарубежных исследователей коморбидность рассматривается как один из факторов, оказывающих негативное влияние на течение основного заболевания, физиологическое, психологическое благополучие и качество жизни больных [1-7]. До настоящего времени исследователи уделяют большое внимание необходимости использования в лечебном процессе пациентов с паническими расстройствами сочетанных методов терапии [4,6,8,10]. Однако, работ, посвященных изучению целесообразности применения фармакотерапии



совместно с когнитивно-поведенческой психотерапией и изучения её влияния на качество жизни больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами недостаточно [3-4,7]. В связи с этим, встает необходимость изучения эффективности комплексного подхода в лечении больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами с целью гармонизации психологического благополучия пациентов и повышения показателей качества их жизни.

Цель исследования. Изучение качества жизни и психологического благополучия больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в рамках применения фармакологических и психотерапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования: В период с 2015-2016 гг. на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы» Комитета здравоохранения Курской области обследовано 22 пациента (100%) с коморбидными паническими и депрессивными расстройствами. Клиническая диагностика указанных состояний осуществлялась с использованием МКБ-10. Длительность заболевания составила $2 \pm 1,25$ лет. Возраст больных – $33,9 \pm 5$ лет. На первом этапе исследования были изучены показатели качества жизни больных обеих групп. В основную группу (ОГ) вошли больные, в лечении которых применяли сочетание фармакотерапевтических и психотерапевтических методов (11 больных – 50,0%). Контрольную группу (КГ) составили больные, получающие только психофармакотерапию (11 больных – 50,0%). На втором этапе исследования проводилось повторное измерение показателей качества жизни у больных ОГ и КГ с их последующим сравнительным анализом. Для оценки динамики показателей качества жизни больных использовались экспериментально-психологические методы: «Анкета качества жизни MOS-SF-36», «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов NAIF», «Шкала психологического благополучия К. Риффа», а также специально разработанная анкета, отражающая социально-демографические показатели больных. С целью определения статистической достоверности применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Все расчеты проводились с помощью статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.0. Психотерапевтическая программа, используемая в комплексном лечении больных ОГ, включала в себя методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии, релаксационные техники, эмоционально-позитивное разъяснение, рациональную психотерапию. Занятия

проводились как в группе, так и индивидуально. В рамках психофармакотерапии больные получали антидепрессанты, «мягкие» нейрорептики, транквилизаторы. Занятия проводились 4 недели, длительность встреч составила – 30-40 минут. Формирование группы строилось по нозологическому принципу, с учетом продолжительности и степени тяжести клинических проявлений заболевания. Психотерапевтическое воздействие осуществлялось в три этапа.

Результаты исследования. Полученные показатели по изучаемым шкалам у 22-х больных ОГ и КГ до лечебных мероприятий статистически не отличались. Значения показателей качества жизни, изученные анкетой качества жизни MOS-SF-36, соответствовали умеренному уровню – $39,06 \pm 17,9$. Интегральный показатель качества жизни больных (анкета NAIF) был умеренно снижен ($43,5 \pm 12,5$). По шкале психологического благополучия Риффа были снижены показатели по следующим шкалам: «позитивные отношения с другими» ($42,3 \pm 11,2$), «автономия» ($43,5 \pm 13,3$), «управление средой» ($43,4 \pm 12,2$), «личностный рост» ($47,4 \pm 15,4$), «самопринятие» ($43,3 \pm 11,6$), «баланс аффекта» ($58,6 \pm 11,9$), «осмысленность жизни» ($44,5 \pm 12,6$) и «человек как открытая система» ($45,5 \pm 12,8$). Общее психологическое благополучие пациентов было в пределах средних значений. Таким образом, изменения в физическом и эмоциональном состоянии обследованных больных приводит к снижению их адаптационных возможностей, затрудняет у них процесс построения картины настоящего и будущего, негативно влияет на уровень межличностного взаимодействия и социальную позицию в обществе.

Сравнительная оценка показателей качества жизни ОГ и КГ до и после проведенных лечебных мероприятий представлены в табл.1, 2, на рис. 1 и 2.

Таблица 1

Распределение показателей качества жизни ОГ и КГ после лечебных мероприятий

Параметры	контрольная группа								основная группа								P-Level
	Незначительное снижение		Умеренное		Значительное		Резко выраженное		Незначительное снижение		Умеренное		Значительное		Резко выраженное		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
MOS-SF-36																	
Физическое фе	3	27,3	6	54,5	2	18,2	-	-	7	63,6	4	36,4	-	-	-	-	0,008330**
Рольевое фе	1	9,09	-	-	4	36,4	6	54,5	4	36,4	6	54,5	1	9,09	-	-	0,03181*
Эмоциональное фе	-	-	2	18,2	4	36,4	5	45,5	5	45,5	6	54,5	-	-	-	-	0,001860**

Психологическое здоровье	-	-	4	364	7	636	-	-	3	273	6	545	1	9,09	-	-	0,019231*
Боль	-	-	-	-	7	636	4	364	10	909	1	909	-	-	-	-	0,008330**
Общее здоровье	-	-	4	364	7	636	-	-	5	455	7	636	-	-	-	-	0,04102*
NAIF																	
Интегральный показатель - КЖ	-	-	4	364	7	636	-	-	2	182	9	818	-	-	-	-	0,033596*

Условные обозначения: *– различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$); **– различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$).

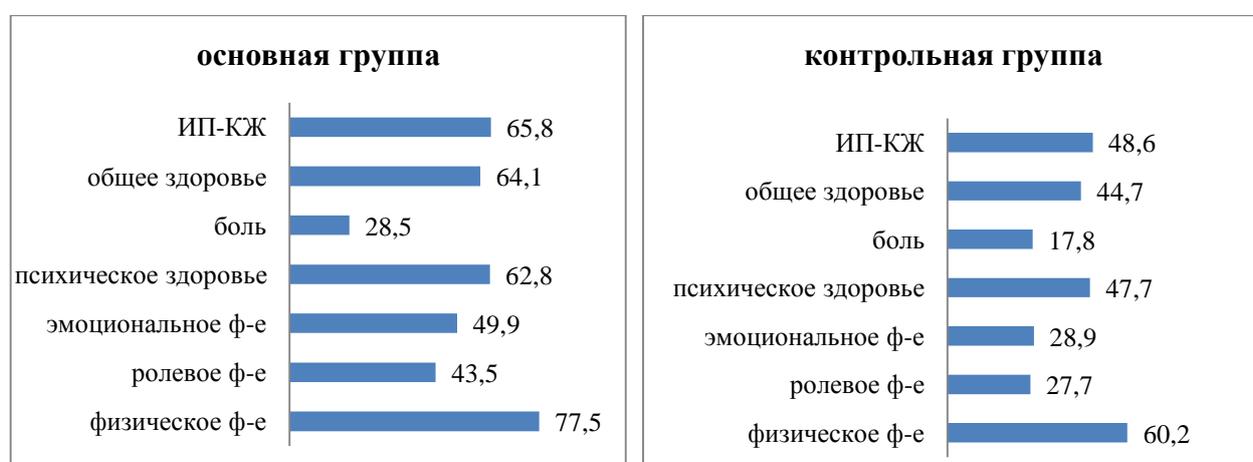


Рис.1. Частотное распределение показателей качества жизни ОГ и КГ после лечебных мероприятий

В табл.1 и на рис.1 представлены результаты по шкалам, имеющим различия на высоком ($p \leq 0,01$) и достоверном ($0,01 < p \leq 0,05$) уровнях статистической значимости. У больных ОГ проведенная фармако- и психотерапия способствовала повышению показателей качества жизни по ряду шкал анкеты MOS-SF-36: «физическое функционирование» (на 17,3 %), «эмоциональное функционирование» (на 21,0%), «общее здоровье» (на 19,4%), «ролевое функционирование» (на 15,8%), а также «психологическое здоровье» (на 15,0%) и снижению показателя «интенсивность боли» (на 10,7%). Интегральный показатель качества жизни больных анкеты NAIF был повышен (на 17,2%). Таким образом, включение предложенной психотерапевтической программы в лечебный процесс при панических и депрессивных расстройствах, способствовало нормализации эмоционального фона пациентов, повышению качества их жизни.

Таблица 2

**Долевое распределение показателей психологического благополучия
ОГ и КГ после лечебных мероприятий**

Параметры	Контрольная группа						Основная группа						P-Level	P-level (χ^2 Пирсона)
	низкий		средний		высокий		низкий		средний		высокий			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Позитивные отношения	9	81,8	2	18,2	-	-	-	-	4	36,4	7	63,6	0,001377**	0,00024**
Автономия	7	63,6	3	27,3	1	9,09	1	9,09	8	72,7	2	18,2	0,022345*	0,02864**
Управление средой	7	63,6	4	36,4	-	-	-	-	4	36,4	7	63,6	0,039875**	0,00091**
Самопринятие	6	54,5	5	45,5	-	-	-	-	4	36,4	7	63,6	0,0014583**	0,00142**
Психологическое благополучие	7	63,6	4	36,4	-	-	-	-	3	27,3	8	72,7	0,0013568**	0,00052**
Дополнительные факторы														
Баланс аффекта	-	-	4	36,4	7	63,6	6	54,5	5	45,5	-	-	0,033467*	0,00091**
Осмысленность жизни	6	54,5	4	36,4	1	9,09	-	-	7	63,6	4	36,4	0,023406*	0,01345*
Человек как открытая система	5	45,5	6	54,5	-	-	-	-	7	63,6	4	36,4	0,024508*	0,01069*

Условные обозначения: * – различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$); ** – различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$); *** – различия не обнаружены ($p \leq 0,1$).

Из табл. 2 видно, что различия на достоверном ($0,01 < p \leq 0,05$) уровне статистической значимости были обнаружены по следующим шкалам: «автономия», «баланс аффекта», «осмысленность жизни», «человек как открытая система». На высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,1$) были получены различия по следующим шкалам: «позитивные отношения с другими», «управление средой», «самопринятие», «психологическое благополучие». В ОГ после проведенных фармако- и психотерапевтических мероприятий были выявлены пациенты с высокими показателями по шкалам: «позитивные отношения с другими» – 63,6%, «управление средой» – 62,4%, «самопринятие» – 63,6%, общее «психологическое благополучие» – 72,7%, «человек как открытая система» – 36,4%; возросло число больных с высокими показателями по параметру «осмысленность жизни» (с 9,09% до 36,4%). В отличие от КГ низких показателей по параметру «баланс аффекта» в ОГ не наблюдалось.



Рис.2 Частотное распределение средних показателей психологического благополучия ОГ и КГ после лечебных мероприятий

Как видно из рис. 2 в ОГ в ходе проведенных лечебных мероприятий увеличились средние значения показателей по следующим шкалам: «позитивные отношения» на 10,9 баллов, «автономия» на 6,1 баллов, «управление средой» на 9,3 баллов, «личностный рост» на 5,9 баллов, «самопринятие» на 11,0 баллов, «осмысленность жизни» на 11,2 баллов, «человек как открытая система» на 8,7 баллов. Показатели «баланса аффекта» были снижены на 13,1 баллов. Общее психологическое благополучие увеличилось на 42,3 балла.

Таким образом, использование комплексного фармако- и психотерапевтического воздействия для больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами оказало благоприятное влияние не только на физическое состояние, но и психологические параметры пациентов, способствовало стабилизации их эмоционального фона и психологического благополучия, что в целом повысило качество их жизни. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о целесообразности включения предложенной психотерапевтической программы в лечебный процесс при коморбидных панических и депрессивных расстройствах. Разработанная психотерапевтическая программа может быть рекомендована в качестве эффективной составляющей комплексного лечения больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в сочетании с фармакотерапией.

Список литературы

1. Андрющенко, Т.Е. Представление о будущем у лиц с паническими и тревожно-фобическими расстройствами/ Т.Е. Андрющенко, Живаева Ю.В. // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 ноября 2015 г.) / гл. ред. И.О. Логинова. – Красноярск: КрасГМУ, 2015. – С. 182-188
2. Голосова, А.Ю. Самовосприятие и образ будущего у пациентов с паническими атаками/ А.Ю. Голосова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: материалы 2-ой Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (г. Владивосток, 8-17 июля 2013г.) под ред. Р.В. Кадырова. – Владивосток: Тихоокеанский государственный университет, 2013. – С. 158-162
3. Кот, Т.Н. Латентные факторы качества жизни у больных с депрессивными расстройствами/ Т.Н. Кот, А.В. Сирусина, Е.Ю. Шаламова // Мир культуры, науки и образования. – №1(44). – 2014. – С.342
4. Немых, Л.С. Терапия панического расстройства/ Л.С. Немых, В.А. Куташов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015. – Т 18. – №6. – С.63-67
5. Пастух, И.А. Психологические особенности больных коморбидными паническим расстройством и агорафобией/ И.А. Пастух // Университетская наука: взгляд в будущее: материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. В 3-х томах. – 2016. – С. 242-245.
6. Погосова, И.А. Динамика психологических проявлений коморбидных панических и аффективных расстройств в процессе фармакологических и психотерапевтических мероприятий/И.А. Погосова, К.Н. Голозубова// Практическая медицина, – 2017. – Т. 2, № 1 (102). – С. 40–44.
7. Погосова, И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами / И.А. Погосова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012. – №4. – С. 74-79.

8. Погосова, И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Научно-практический журнал Архів психіатрії, - 2008. - Т. 14, № 1 (52). – С. 54-59.
9. Русая, В.В. Качество жизни больных паническим расстройством и факторы, его определяющие/ В.В. Русая, О.В. Воробьева // Фарматека – 2011 – №19 – С. 96-100
10. Тукаев, Р.Д. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании/ Р.Д. Тукаев, В.Е. Кузнецов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т 15. – №2. – С. 55-64

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПОЛИЗАВИСИМОСТЬЮ

Поповцев В.А.

**Челябинский государственный университет, АНО ЦР «Вектор»
г. Челябинск, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования индивидуально-психологических особенностей лиц с полизависимостью. Установлено, что у лиц с полизависимостью преобладают деструктивные формы агрессии, нарциссизма и сексуальности и дефицитарные формы тревоги и психологических границ. В сравнении со здоровыми людьми лица с полизависимостью имеют более разнообразный телесный опыт, но испытывают трудности в его осмыслении и фиксированы на отрицательно окрашенных переживаниях.

Ключевые слова: аддикции; полизависимость; телесный опыт

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SUBJECTS WITH POLYDEPENDENCE

Popovtsev V.A.

Abstract. The article presents the results of the study of the individual psychological characteristics of persons with poly-dependence. It has been established that destructive forms of aggression, narcissism, and sexuality and deficient forms of anxiety and psychological boundaries prevail in persons with poly-dependence. Compared to healthy people persons with poly-dependence have more varied bodily experiences, but have difficulties in comprehending them and are fixed on negatively colored experiences.

Keywords: addiction; polydependence; bodily experience

Клиническим психологам и психотерапевтам в своей практической деятельности нередко приходится сталкиваться с расстройствами зависимого спектра (аддикциями), среди которых наиболее сложной формой является полизависимость. Полизависимость – это заболевание, связанное с употреблением двух или более психоактивных веществ (ПАВ) одновременно или в определенной последовательности, причем ко всем им должна быть сформирована зависимость [6]. Сочетанное употребление различных ПАВ изменяет клинику заболеваний, влияет на темпы формирования основных симптомов и синдромов, приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям. Врачи наркологических клиник нередко испытывают затруднения при формулировке диагноза в случаях полизависимостей. Диагностика полизависимости наиболее убедительна во время абстинентного синдрома, когда в ее картине сочетаются признаки зависимости от разных веществ [6].

В последние десятилетия количество людей, вовлеченных в круг этой сложной химической зависимости, неуклонно возрастает. Широкое распространение полизависимости в популяции усугубляется низкой эффективностью лечения, поскольку с помощью традиционной фармакотерапии удается создавать лишь недолговременные ремиссии заболевания и снимать физическую зависимость от ПАВ, а ликвидировать психологическую зависимость практически не удается. Современный подход в решении этой проблемы связан с переносом акцента с проблемы зависимости на проблему личности зависимого пациента [1; 5; 7]. В настоящее время у специалистов в области наркологии и аддиктологии уже не вызывает сомнений



тот факт, что без понимания и прояснения психологических механизмов формирования полизависимости невозможен эффективный и обоснованный психокоррекционный процесс [2-4]. В то же время полизависимость чрезвычайно сложна для психологической коррекции и психотерапии, поскольку полизависимые пациенты осознанно или неосознанно стремятся сохранить аддиктивное поведение, потому что оно создает иллюзию внутреннего эмоционального контроля над психической беспомощностью. Психологические особенности полизависимого пациента препятствуют правильному осознанию пациентом своего состояния и обуславливают резистентность к лечебным и коррекционным воздействиям.

Проблему полизависимости изучали и изучают многие исследователи (Бохан Н.А., Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Сыропятов О.Г., Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х., Личко А.Е., Битенский В.С., Пятницкая И.Н. и др.). Установлено, что изменения психики при полизависимости наступают очень быстро и проявляются интеллектуально-мнестическими нарушениями, психопатологическими и аффективными расстройствами и коренным изменением в целом [6]. Многие ученые отмечают, что полизависимая личность имеет определенные психологические особенности, отличающие ее от здоровых лиц и от лиц с монозависимостями, однако эмпирических исследований, направленных на их выявление, крайне мало.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности исследования индивидуально-психологических особенностей лиц с полизависимостью.

Цель исследования – изучить индивидуально-психологические особенности лиц, страдающих полизависимостью.

В исследовании, проведенном на базе центра реабилитации «Вектор», приняли участие 10 пациентов с полизависимостью в возрасте 20-40 лет (в том числе 6 мужчин и 4 женщины) и 15 здоровых добровольцев в возрасте 20-40 лет (8 мужчин и 7 женщин). В исследовании использовались клиничко-биографическая анкета Н.И. Зенцовой для пациентов реабилитационного центра, «Я-структурный тест» Г. Амона и опросник «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова и С.П. Елшанского. Сравнительный анализ проводился по критерию U Манна-Уитни.

Результаты сравнения показателей методики «Я-структурный тест» Г. Аммона в двух группах по критерию U Манна-Уитни отражены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение показателей методики Г. Аммона

Переменные	Группа лиц с полизависимостью	Группа контроля	Uэмп.	p
Агрессия конструктивная	7,40 ± 2,12	9,13 ± 1,36	36,00	p≤0,05
Агрессия деструктивная	10,40 ± 2,27	6,47 ± 1,30	13,50	p≤0,01
Агрессия дефицитарная	6,10 ± 2,28	4,53 ± 1,25	40,50	p≤0,05
Тревога конструктивная	6,10 ± 2,47	7,73 ± 2,02	46,50	p>0,05
Тревога деструктивная	5,80 ± 2,30	3,40 ± 1,12	32,50	p≤0,01
Тревога дефицитарная	8,70 ± 2,79	4,53 ± 2,03	19,00	p≤0,01
Внешние Я-границы конструктивные	3,70 ± 2,58	7,93 ± 1,44	15,50	p≤0,01
Внешние Я-границы деструктивные	6,30 ± 2,67	3,47 ± 1,06	29,50	p≤0,01
Внешние Я-границы дефицитарные	7,40 ± 2,59	7,97 ± 1,46	69,00	p>0,05
Внутренние Я-границы конструктив.	6,40 ± 3,34	9,13 ± 1,68	35,50	p≤0,05
Внутренние Я-границы деструктивн.	5,70 ± 1,25	3,93 ± 1,28	25,00	p≤0,01
Внутренние Я-границы дефицитарн.	9,30 ± 3,23	6,73 ± 1,71	27,50	p≤0,01
Нарциссизм конструктивный	7,90 ± 1,45	8,93 ± 1,33	45,50	p>0,05
Нарциссизм деструктивный	6,30 ± 2,21	4,20 ± 1,66	34,00	p≤0,05
Нарциссизм дефицитарный	4,70 ± 2,95	2,90 ± 1,18	44,00	p≤0,05
Сексуальность конструктивная	7,70 ± 3,33	9,27 ± 1,16	64,00	p>0,05
Сексуальность деструктивная	7,90 ± 3,18	5,00 ± 1,85	33,00	p≤0,01
Сексуальность дефицитарная	1,60 ± 2,22	2,80 ± 1,15	30,00	p≤0,01

Согласно данным таблицы 1, в сравнении с группой контроля в группе лиц, страдающих полизависимостью, значимо снижены показатели конструктивной агрессии, конструктивного внутреннего Я-отграничения (для всех при $p \leq 0,05$), конструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения и дефицитарной сексуальности (для всех при $p \leq 0,01$). При этом в группе лиц, страдающих полизависимостью значимо повышены показатели деструктивной агрессии, деструктивной и дефицитарной тревоги, деструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения, дефицитарного внутреннего Я-отграничения (для всех при $p \leq 0,01$), дефицитарной агрессии, деструктивного и дефицитарного нарциссизма (для всех при $p \leq 0,05$).

Это означает, что в группе здоровых лиц преобладают конструктивные формы агрессии, тревоги, внешнего и внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности, тогда как большинству лиц, страдающих полизависимостью, присущи такие особенности личности и поведения, как

неверно направленная агрессивность, прерывающая общение, склонность к разрушительной активности относительно себя самого и относительно других людей, объектов и духовных задач, нарушение регуляции и контроля агрессивных импульсов, склонность к деструктивным вспышкам, тенденция обесценивать других людей, мстительность, цинизм, неспособность воспринимать страх у себя и окружающих, отсутствие защитной функции и регулирования поведения при сигнале опасности. Также для этих лиц свойственны неспособность дифференцировать себя от других, хамелеоноподобная подстройка под чувства и точки зрения других людей, социальная гипердаптивность, отсутствие границы между сознательной и бессознательной сферами, наплывы не осознававшихся переживаний, пребывание во власти чувств, сновидений и фантазий, нарушения сосредоточения и сна. Их отличают нереалистическая самооценка, уход в свой внутренний мир, негативизм, частые обиды, ощущение непонятности окружающими, неспособность принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих, отсутствие контакта с самим собой, положительного отношения к себе, признания собственной ценности, неспособность к глубоким, интимным взаимоотношениям.

Результаты сравнения показателей методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова и С.П. Елшанского в двух группах по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнение показателей методики А.Ш. Тхостова и С.П. Елшанского

Переменные	Группа лиц с полизависимостью	Группа контроля	Uэмп.	p
Внутренние ощущения	42,50 ± 6,15	22,07 ± 5,54	1,00	p≤0,01
Знакомые ощущения	38,60 ± 7,09	16,73 ± 5,20	1,00	p≤0,01
Болезненные ощущения	20,80 ± 12,06	7,53 ± 2,23	17,50	p≤0,01
Опасные ощущения	21,90 ± 9,55	4,40 ± 1,24	0,00	p≤0,01
Важные ощущения	16,00 ± 10,10	2,33 ± 1,29	0,00	p≤0,01
Часто испытываемые ощущения	12,10 ± 17,03	1,80 ± 0,86	0,00	p≤0,01

Согласно представленным в таблице 2 данным, в сравнении со здоровыми лицами у лиц, страдающих полизависимостью, значимо повышены показатели количества дескрипторов для описания переживаний своего телесного опыта (для всех при p≤0,01). При этом среди используемых дескрипторов достоверно

чаще, чем у здоровых лиц, встречаются психические и метафорические дескрипторы, дескрипторы диффузного характера и низкочастотные дескрипторы. Это свидетельствует о том, что телесный опыт лиц, страдающих полизависимостью, значительно шире и разнообразнее, чем у здоровых лиц. Вместе с тем, качественные характеристики дескрипторов, выбранных лицами, страдающими полизависимостью, для описания своих внутренних ощущений (употребление в описании экстрацептивных признаков, включение чужеродных компонентов, таких как «вспышка», «громко», которые в последующем обозначаются в четвертой пробе как «негативные» переживания), отражают размытость и неопределенность их телесных жалоб, что указывает на стертое, искаженное восприятие своей телесности и выраженные трудности адекватной оценки своих ощущений. А распределение нагрузки при построении интрацептивной схемы в пользу описания негативных эмоциональных состояний (таких как «тревога», «грусть», «тоска», «отчаяние», «подавленность») говорит о негативном телесном опыте лиц с полизависимостью и об их фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях.

У здоровых лиц телесный опыт ограничен ввиду отсутствия у них острых и хронических заболеваний и аддикций, поэтому они используют для его описания более узкий объем слов в сравнении с лицами, страдающими полизависимостью. Однако дескрипторы, используемые здоровыми лицами, представляют собой преимущественно высокочастотные интрацептивные дескрипторы и содержат примерно равное соотношение «положительных» и «негативных» переживаний, что свидетельствует о достаточной осознанности собственных переживаний этими людьми.

Таким образом, нами выявлено, что у лиц, страдающими полизависимостью, преобладают деструктивные формы агрессии, нарциссизма и сексуальности и дефицитарные формы тревоги и психологических границ. В сравнении с группой контроля в группе лиц, страдающих полизависимостью, значимо снижены показатели конструктивной агрессии, конструктивного внутреннего Я-отграничения, конструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения и дефицитарной сексуальности. При этом в группе лиц, страдающих полизависимостью значимо повышены показатели деструктивной агрессии, деструктивной и дефицитарной тревоги, деструктивного внешнего и внутреннего Я-отграничения, дефицитарного внутреннего Я-отграничения, деструктивной, дефицитарной агрессии, деструктивного и дефицитарного

нарциссизма. В сравнении со здоровыми людьми лица с полизависимостью имеют более разнообразный телесный опыт, но испытывают трудности в его осмыслении и фиксированы на отрицательно окрашенных переживаниях.

Список литературы

1. Бубеев, В. В. Наркотические аддикции: профилактика и коррекция с помощью интегративных психотехнологий [Текст] / В. В. Бубеев, В. В. Козлов, Н. Ф. Круговых. – М. : Слово, 2009. – С. 442-463.
2. Гребнев, С. А. Психология и психотерапия алкогольной зависимости [Текст] / С. А. Гребнев. – Екатеринбург : Урал, 2000. – 180 с.
3. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология [Текст] / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск : Олсиб, 2001. – 251с.
4. Маслова, Т. В. Реабилитация и ресоциализация лиц, страдающих наркологическими заболеваниями [Текст] / Т. В. Маслова // Социальная работа. – 2014. – № 1. – С. 53-56.
5. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического) [Текст] / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. – Самара : Самарский университет, 1998. – 140 с.
6. Рохлина, М. Л. Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. полизависимость [Текст] / М.Л. Рохлина // Вопросы наркологии. – 2014. – № 2. – С. 127-140.
7. Тхостов, А. Ш. Психологические аспекты зависимостей [Текст] / А. Ш. Тхостов, С. П. Елшанский. – М.: Научный мир, 1997. – 285 с.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Прокофьева Ю.В., Лесная Н.П., Овчаренко А. М.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования психоэмоционального состояния родителей, дети которых больны врожденными пороками сердца. Рассмотрены изменения соматического и когнитивного функционирования родителей в условиях тяжелого стресса, а также проведен сравнительный анализ с результатами по его окончании.

Ключевые слова: психоэмоциональное напряжение, врожденные пороки сердца, стресс.

EVALUATION OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PARENTS OF CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Prokofieva Yu.V., Lesnaya NP, Ovcharenko A.M.

Abstract. Results of the study of mental and emotional state of the parents whose children are sick congenital heart disease are presented in the article. Changes in the somatic and cognitive functioning of parents in conditions of severe stress are considered, and a comparative analysis is conducted with the results at the end of it.

Key words: emotional stress, congenital heart disease, stress.

Сегодня, на фоне глобального социально-экономического переустройства общества, происходит увеличение количества больных людей среди населения нашей страны, в том числе детей и подростков с врожденными аномалиями сердца. В связи с этим возрастает актуальность изучения не только этиологии, патогенеза, лечения этой группы заболеваний, но и более детального рассмотрения психоэмоционального состояния родителей, дети которых больны ВПС ведь они испытывают сильнейший психологический стресс, когда впервые узнают о заболеваниях своих детей. «С момента постановки диагноза жизнь в семье изменяется коренным образом. В нашей стране инвалидность ребенка воспринимается родителями как личная трагедия. Впервые узнав о заболевании ребенка, которое приводит не только к физическим, но часто и к психическим отклонениям, родители оказываются глубоко потрясенными и длительное время находятся в «шоковом» состоянии. Они живут в условиях хронической психотравмирующей ситуации, постоянного эмоционального напряжения и волнующих вопросов: «Почему мой ребенок не может быть таким же, как и другие дети? Как справиться с угнетенностью, страхом, разочарованием,

связанными с заболеванием малыша? Можно ли его вылечить?» и т.п.» [2]. Поэтому важно проследить за динамикой состояния родителей на разных этапах лечения ребенка, выяснить, как отражается стрессовая ситуация на соматическом и когнитивном функционировании, а также сформировать основные принципы воздействия, препятствующего возникновению осложнений стресса.

В динамике родительского стресса выделяют четыре стадии:

- Первая стадия - стадия эмоциональной дезорганизации: состояние шока, растерянности, беспомощности, страха, чувства вины и неполноценности;
- Вторая стадия - период негативизма и отрицания как попыток защитного устранения эмоциональной подавленности и тревоги: отрицание болезни, сомнения в компетентности врачей, поставивших диагноз, поиск «чудесных средств» исцеления и т.п.;
- Третья стадия - фаза горевания: состояние глубокой депрессии, хронические чувства гнева, горечи, отчаянья, безнадежности, иногда суицидальные мысли;
- Четвертая стадия – стадия эмоциональной реорганизации: приспособление, принятие больного ребенка, развитие реалистичного взгляда на болезнь, выработка оптимального стиля жизнедеятельности и взаимодействия с окружающими. Однако далеко не все родители детей с ограниченными возможностями здоровья достигают этой стадии. [1, 6]

В медико-психологической литературе некоторые авторы отмечают, что «наряду с большими нагрузками и вытекающими отсюда трудностями для родителей ... нельзя не упомянуть также приобретаемую силу характера и позитивный опыт, например, искренность, толерантность и способность к эмпатии» [9]. Другая часть авторов, напротив, указывают на обратный характер личностных изменений родителей детей с нарушениями развития: «Неуверенность, застенчивость сменяются упорством, теплота привязанности к близким замещается суховатостью и педантизмом, доброта – некоторым бессердечием» [7]. По-видимому, характер личностных изменений варьирует в зависимости от степени тяжести заболевания ребенка [1] и исходных личностных особенностей самих родителей [8]. К сожалению большинство матерей – 2/3 от общего числа – не справляются с интенсивностью негативных переживаний и «застревают» на четвертой стадии родительского стресса [1].

Глубокие душевные переживания не исчезают бесследно и могут переходить в хронический стресс. У многих людей хронические стрессы могут привести к дисфункциям и патологическим нарушениям, расстройствам в органах и системах организма; – стресс, как считают многие ученые, может оказывать как положительное, так и негативное влияние на человека. [5] Стресс пагубно сказывается и на социальных связях личности с другими людьми. Во время переживания глубокого стресса могут значительно ухудшаться отношения с близкими людьми и коллегами по работе вплоть до полного разрыва, причем основная проблема остается нерешенной, а у людей возникают тяжелые переживания вины и безысходности. [10]

В конце концов, большая часть родителей в условиях постоянно стресса начинает адаптироваться. [3]

По результатам эмпирических исследований, лишь в 2% семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья обнаруживаются адекватные межличностные отношения и конструктивные модели воспитания [4].

С целью изучения психоэмоционального состояния родителей на разных этапах лечения ребенка с врожденным пороком сердца было организовано анкетирование, которое проводилось в два этапа – накануне операции по поводу ВПС и по окончании периода реабилитации ребенка. В исследовании приняли участие 20 человек, среди которых 10 отцов и 10 матерей, дети которых проходили плановую коррекционную терапию в ОБУЗ Областная детская клиническая больница г. Курск. После первого анкетирования было выяснено, что большая часть родителей, а именно 75%, приходили в состоянии интенсивного нервно-психического напряжения, 20% – чрезмерного нервно-психического напряжения и 5% - слабого нервно-психического напряжения. У 90% опрошиваемых наблюдалось повышение чувства уверенности, они ожидали успешный исход операции. Также, у большей части родителей были выявлены соматические проявления психоэмоционального напряжения: со стороны сердечно-сосудистой системы - у 90% родителей, дыхательной – 85%, пищеварительной – 50%, выделительной систем – 55%, в виде изменения температурных ощущений – у 55%, окраски кожных покровов – 50%, потоотделения – 65%, при этом когнитивные проявления в лице изменений функционирования памяти, внимания, сообразительности, умственной работоспособности наблюдались реже – в 20%, 50%, 30%, 35% случаев соответственно.



В ходе повторных бесед по окончании периода реабилитации выяснено, что психоэмоциональное напряжение родителей заметно снизилось, но окончательно не пропало. В связи с этим был проведен повторный опрос, который выявил, что абсолютно все родители приходили в состоянии слабого нервно-психического напряжения. Также было выяснено, что чувство уверенности у всех родителей вернулось на тот уровень, который отмечался ими самими в повседневной жизни при обычных условиях до операции. Снижение психоэмоционального напряжения в большинстве случаев привело к нормализации соматических и когнитивных реакций организма.

По приведенным выше результатам исследования мы видим, что тяжелая жизненная ситуация в лице серьезного заболевания ребенка приводит к развитию сильного психоэмоционального напряжения у родителей, которое, в свою очередь, вызывает кардинальные изменения поведения, мыслительных способностей, а также работы систем органов и всего организма в целом. После окончания тяжелой стрессовой ситуации психоэмоциональное напряжение снижается, что, в свою очередь, приводит к нормализации поведения, мыслительных способностей, а также работы систем органов и всего организма в целом.

В результате проведенного сравнительного анализа данных психоэмоционального состояния родителей до операции по поводу врожденного порока сердца у их ребенка и по окончании периода реабилитации установлено, что накануне операции отцы и матери находились в тяжелом психоэмоциональном состоянии. По окончании периода реабилитации ребенка, психоэмоциональное состояние родителей стабилизировалось.

В заключение стоит сказать, что родителям в такие тяжелые моменты необходима в первую очередь психологическая помощь. Правильное эмоциональное воздействие способно ликвидировать нежелательные последствия тяжелых стрессовых ситуаций, которые могут перерасти в психические и соматические расстройства. К таким воздействиям можно отнести беседы с квалифицированным психологом, физическую активность и прогулки, расслабляющий массаж, различные занятия в бассейне. Даже короткая ободряющая речь оперирующего хирурга накануне операции может в значительной степени успокоить отцов и матерей. При комплексном подходе эти меры способны помочь родителям пережить тяжелый стресс без негативных последствий в лице психологических и соматических расстройств.

Список литературы

1. Горячева, Т. Г. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / Авторы-составители И.В. Добряков, О.В. Защирина / Т. Г. Горячева, И. А. Солнцева. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
2. Егошкин, Ю. В. Специальная психология. Курс лекций / Ю. В. Егошкин, Л. И. Егошкина. – Рязань : , 2007. – 210 с.
3. Исаев, Д. Н. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
4. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М. : Просвещение, 2008. – 114 с.
5. Мандель, Б.Р. Психология стресса / Б.Р. Мандель. – М. : Флинта, 2014. – 280 с.
6. Сайт Информация по реабилитации инвалида - колясочника, спинальника и др. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://aupam.ru/pages/deti/v_semje_rebyonok_invalid/oglavlenie.html, свободный. – Загл. с экрана.
7. Силяева, Е. Г. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями / Е. Г. Силяева. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 156 с.
8. Ткачева, В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / Авторы-составители И.В. Добряков, О.В. Защирина / В. В. Ткачева. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
9. Цубер, Й. Трудности, возникающие у семей с неполноценными детьми. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / Й. Цубер, Й. Вейс. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
10. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ОДИНОЧЕСТВА И СКЛОННОСТИ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Прокофьева А.А., Булычев М.А., Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей взаимосвязи одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что склонность к возникновению интернет-зависимого поведения усиливает социальное одиночество и, наоборот, переживание эмоционального одиночества вызывает склонность к возникновению интернет-зависимого поведения.

Ключевые слова: интернет-зависимость, интернет зависимое поведение, одиночество, студенты медицинского вуза

PECULIARITIES OF THE TEMPORARY PERSPECTIVE IN STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY WITH A DIFFERENT LEVEL OF ATTITUDE TO HEALTH

Prokofieva A.A., Bulychev M.A., Molchanova L.N.

Abstract. The results of studies of the relationship of loneliness and addiction to internet addictive behavior among medical students are represented in the article. The results suggest that the tendency to the emergence of Internet addiction behavior increases social loneliness and, conversely, the experience of emotional loneliness causes a tendency to the emergence of Internet dependent behavior.

Keywords: internet addiction, internet addiction behavior, loneliness, medical students

Интернет-зависимость – одна из основных проблем современного общества. Можно сказать, что она является «эпидемией», так как распространилась на всей территории, где есть компьютер и выход в сеть

Интернет [4, 6]. Сегодня эта проблема стоит наиболее остро, поскольку, во-первых, существуют исследования, в которых доказано наличие взаимосвязи одиночества со склонностью к интернет-зависимому поведению, во-вторых, существуют противоречивые точки зрения на эту взаимосвязь [1, 5, 7, 8]. Имеются научные публикации, авторы которых полагают, что активное использование Интернета облегчает межличностное общение и снижает переживание одиночества [9]. Вместе с тем, имеется и противоположная точка зрения, согласно которой неумеренное использование интернета усиливает социальную изоляцию индивида и, соответственно, переживание одиночества [8]. Так, согласно результатам исследования, проведенного Р. Краут и его коллегами «...неумеренное интернет-пользование приводит к ослаблению отношений внутри семьи, часто сопровождается усилением депрессии. В последующих публикациях немало авторов выступили с подтверждением тезиса о наличии такой связи – что интернет-зависимые более одиноки и имеют более низкие самооценки, чем не интернет-зависимые» [8]. Шведские исследователи Энгельберг и Шеоберг отмечают, что «существует статистическая связь между частым интернет-пользованием и обострением чувства одиночества, более скудной социальной адаптацией и ослабленными эмоциональными навыками» [8].

Наряду с этим следует отметить малое количество исследований взаимосвязи Интернет-зависимости с одиночеством [1, 5, 7, 8], что обеспечивает актуальность настоящего исследования, а полученным результатам – научную новизну. Об этом свидетельствуют результаты библиометрического анализа публикационной активности в информационном пространстве электронной библиотеки «elibrary» по ключевому запросу «взаимосвязи интернет-зависимости с одиночеством». Глубина библиометрического анализа составила 10 лет (с 2008 г. по 2017 г.), а общий объем найденных публикаций равнялся 6 (шести), что соответствует 1,91e-5 % от общего количества.

Приведенные аргументы подтверждают актуальность и объясняют цель настоящего исследования, которая состоит в изучении взаимосвязи одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза.

В качестве объекта исследования рассматривали интернет – зависимое поведение у студентов.



Предметом исследования выступили особенности взаимосвязи одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов.

Эмпирическое исследование особенностей взаимосвязи одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза осуществлялось в 2018 г. на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России с использованием следующих тестовых методик: «одиночество» С.Г.Корчагина, «интернет зависимость» – методика Чейна. В нем приняли участие 114 студентов обоего пола 1,2, 3 и 6 курсов медицинских факультетов в возрасте от 17-22лет: из них 42 юноши и 71 девушка. Для сбора данных использовались наблюдение и беседа, а также следующие стандартизированные диагностические методики: методика «Интернет-зависимость» С. Чена (в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова), направленная на диагностику наличия интернет-зависимости (паттерна интернет-зависимого поведения) и опросника «Одиночество» С.Г. Корчагиной. С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику, сравнительный (критерий U-Манна-Уитни) и корреляционный виды анализа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения (“Statistica 11.0”).

В нашем исследовании придерживаемся социально-психологического подхода, согласно которому одной из главных причин склонности к интернет-зависимости является недостаток общения в современном мире. По причине того, что виртуальное общение значительно отличается от такового в реальной жизни, оно получило обширное распространение в настоящее время. Люди чаще всего используют чаты, телеконференции, E-mail, World Wide Web, информационные протоколы. Приведенные электронные ресурсы сети можно классифицировать на те, которые направлены на общение, и те, которые с ним не связаны, а используются для получения информации. В соответствии с научной позицией Кимберли Янг интернет - независимые пользуются преимущественно теми частями Интернета, которые позволяют им находить и систематизировать информацию, а также поддерживать ранее полученные знакомства. Интернет - зависимые практически пользуются только теми частями сети, которые позволяют им вести активный социальный образ жизни, а именно социальные сети, почты, видео-блоги и т.д. [4].

Анализ работ по проблеме одиночества [3, 8] показал, что понятие «одиночество» трактуется неоднозначно. Одиночество – социально-психологическое явление, эмоциональное состояние человека, связанное с

отсутствием положительных эмоциональных связей с людьми и со страхом их потери в результате социально изоляции. Из этого определения выводятся два понятия: эмоциональное одиночество и социальное одиночество [3]. Согласно Р.С. Вейс (1989) социальное одиночество выражается в глубоком переживании человеком отсутствия доступного круга общения и удовлетворяющих его социальных связей. Такой человек остро переживает разрыв отношений с другими людьми, отсутствие моральной поддержки со стороны первичных групп. То есть социальное одиночество является причиной недостатка воспринимаемой принадлежности к общей социальной группе. Эмоциональное (психологическое) одиночество Вейс рассматривает как переживание отсутствия тесной эмоциональной привязанности, неспособности встретить понимание со стороны других людей [3].

Изучение склонности к Интернет зависимости студентов осуществлялось с использованием методики «Шкала Интернет-зависимости» (С. Чен, в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова) и засвидетельствовало тот факт, что 33% респондентов не являются Интернет зависимыми, у 52% наблюдается склонность к возникновению Интернет зависимого поведения и у 15% опрошенных диагностирован выраженный и устойчивый его паттерн. С учетом половой принадлежности также были выявлены особенности в распределении показателей Интернет зависимости. Минимальный риск возникновения Интернет зависимого поведения зарегистрирован у 28% студентов мужского и 36% студентов женского пола. Склонность к его возникновению чаще встречается у студентов мужского пола, нежели женского (56% против 49%). И только 16% студентов мужского и 15% женского пола обладают выраженным и устойчивым его паттерном.

Среднее значение показателя по шкале «Общий CIAS» $X_{cp.} = 50,71 \pm 14,16$ дает возможность говорить о наличии у студентов склонности к возникновению Интернет зависимого поведения (см. таблицу 1).

Таблица 1

Значения показателей интернет-зависимости у подростков

(U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$)

Наименование показателя	$\bar{X}_{эмп.} \pm \sigma$	$\bar{X}_{порог.}$			качественный
		А	В	С	
Com	10,20±3,49	7,5	9,9	13,5	В
Wit	10,55±3,46	7,9	11,5	17,5	А
Tol	9,02±2,59	6,5	7,9	11,7	В

ИИ	11,96±4,48	8,9	11,9	17,2	В
ТМ	8,98±3,09	7,4	10,6	15,8	А
IA-Sym	29,77±8,43	21,9	29,5	42,7	В
IA-RP	20,94±7,05	16,1	22,8	33,0	А
Общий CIAS	50,71±14,16	27-42	43-64	65-104	В

Примечание: Com –компульсивные симптомы, Wit – симптомы отмены; Tol – толерантность; ИИ –внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем; ТМ – управления временем; IA-Sym – ключевые симптомы Интернет зависимости; IA-RP – проблемы, связанные с Интернет зависимостью; CIAS= Com+ Wit+ Tol+ ИИ+ ТМ.

А – минимальный риск возникновения Интернет зависимого поведения; В– склонность к возникновению Интернет зависимого поведения; С –выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимого поведения; *– статистическая значимость при $p \leq 0,05$; **– статистическая значимость при $p \leq 0,01$

Среднее значение показателя по шкале «одиночество», полученное с помощью опросника «Одиночество» С.Г. Корчагиной, направленной на определение уровня субъективного ощущения одиночества, $X_{cp} = 27,54 \pm 3,74$, свидетельствует о наличии у студентов неглубокого переживания возможного одиночества с тенденцией к глубокому переживанию актуального одиночества. Таким образом, выраженность эмоционального одиночества занимает промежуточное положение между неглубокой и глубокой степенью его выраженности.

Сравнительный анализ показателей Интернет зависимости, полученных по методике «Шкала Интернет-зависимости» (С. Чен, в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова), с учетом пола указал на преимущественное доминирование минимального риска возникновения паттернов Интернет зависимого поведения у студентов женского пола. Статистической значимости различий в выраженности показателей Интернет зависимости у студентов медицинского вуза с учетом пола не выявлено (см. таблицу 2).

Таблица 2

Значения сравнительной статистики показателей интернет-зависимости у подростков с учетом пола

(U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$)

Наименование показателя	Пол				(1)-(2)	
	женский (1)		мужской (2)			
	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный	$U_{эмп}$	p
Com	9,93±3,41	А	10,65±3,62	В	1313,50	0,289

Wit	10,52±3,50	A	10,60±3,45	A	1477,00	0,933
Tol	8,87±2,63	B	9,26±2,55	B	1374,50	0,485
ИН	11,68±4,20	A	12,42±4,93	B	1362,00	0,441
ТМ	8,49±2,63	A	9,79±3,62	A	1197,50	0,079
IA-Sym	29,32±8,29	A	30,51±8,70	B	1366,50	0,459
IA-RP	20,17±6,22	A	22,21±8,16	A	1295,50	0,244
CIAS	49,49±13,06	B	52,72±15,78	B	1330,00	0,338

Примечание: Com –компульсивные симптомы, Wit – симптомы отмены; Tol – толерантность; ИН –внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем; ТМ – управления временем; IA-Sym – ключевые симптомы Интернет зависимости; IA-RP – проблемы, связанные с Интернет зависимостью; CIAS= Com+ Wit+ Tol+ ИН+ ТМ.

A – минимальный риск возникновения Интернет зависимого поведения; B– склонность к возникновению Интернет зависимого поведения; C –выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимого поведения,*– статистическая значимость при $p \leq 0,05$; **– статистическая значимость при $p \leq 0,01$

Изучение взаимосвязей показателей одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза осуществлялось с помощью метода корреляционного анализа Спирмена. Так процедура выявления корреляций указанных показателей указала на следующие результаты (см. таблицу 3):

Таблица 3

Корреляционные взаимосвязи показателей одиночества и склонности к интернет-зависимому поведению у студентов медицинского вуза

Наименование показателя	Com	Wit	Tol	ИН	ТМ	IA-Sym	IA-RP	CIAS
одиночество	0,33**	0,32**	0,28**	0,39**	0,26**	0,35**	0,36**	0,39**

Примечание: Com –компульсивные симптомы, Wit – симптомы отмены; Tol – толерантность; ИН –внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем; ТМ – управления временем; IA-Sym – ключевые симптомы Интернет зависимости; IA-RP – проблемы, связанные с Интернет зависимостью; CIAS= Com+ Wit+ Tol+ ИН+ ТМ,*– статистическая значимость при $p \leq 0,05$; **– статистическая значимость при $p \leq 0,01$

у студентов медицинского вуза выявлены статистически высокозначимые корреляционные взаимосвязи умеренной степени выраженности и положительной направленности показателя «одиночество» с показателями «компульсивные симптомы» ($r=0,33^*$), «симптомы отмены» ($r=0,32^{**}$), «толерантность» ($r=0,28^{**}$), «внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем» ($r=0,39^{**}$), «управления временем» ($r=0,26^{**}$), «ключевые симптомы Интернет зависимости» ($r=0,35^{**}$), «проблемы, связанные с Интернет зависимостью» ($r=0,36^{**}$), «Общий CIAS» ($r=0,39^{**}$). Это позволяет выдвинуть предположение о том, что чрезмерное использование

интернета и склонность к возникновению интернет-зависимого поведения усиливают социальную изоляцию студентов медицинского вуза и, соответственно, социальное одиночество, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований, и, наоборот, переживание эмоционального одиночества вызывает склонность к возникновению интернет-зависимого поведения.

Изучение особенностей интернет-зависимого поведения у студентов медицинского вуза в зависимости от степени выраженности одиночества (глубокое переживание актуального одиночества/ неглубокое переживание возможного одиночества) также реализовано с использованием непараметрического критерия U-критерий Манна-Уитни (см. таблицу 4).

Таблица 4

Значимость различий в выраженности интернет-зависимого поведения студентов, имеющих различную выраженность одиночества (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$)

№п\п	Наименование показателя	Выраженность одиночества				(1)-(2)	
		глубокое переживание актуального одиночества (1)		неглубокое переживание возможного одиночества (2)		$U_{эмп}$	р
		$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный		
1	Com	11,15±3,86	В	9,38±2,93	В	1162,00*	0,009
2	Wit	11,38±3,68	А	9,84±3,13	А	1197,00*	0,017
3	Tol	9,53±2,73	В	8,57±2,40	В	1269,50*	0,047
4	ИН	13,53±5,23	В	10,59±3,17	А	1065,50*	0,002
5	ТМ	9,75±3,54	А	8,31±2,49	А	1219,00*	0,023
	IA-Sym	32,06±9,22	В	27,79±7,18	А	1172,50*	0,012
	IA-RP	23,28±8,13	В	18,90±5,22	А	1045,00*	0,001
	CIAS	55,34±15,66	В	46,69±11,40	В	1042,50*	0,001

Примечание: Com –компульсивные симптомы, Wit – симптомы отмены; Tol – толерантность; ИН – внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем; ТМ – управления временем; IA-Sym – ключевые симптомы Интернет зависимости; IA-RP – проблемы, связанные с Интернет зависимостью; CIAS= Com+ Wit+ Tol+ ИН+ ТМ.

А – минимальный риск возникновения Интернет зависимого поведения; В– склонность к возникновению Интернет зависимого поведения; С –выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимого поведения,*– статистическая значимость при $p \leq 0,05$; **– статистическая значимость при $p \leq 0,01$

Студенты, испытывающие глубокое переживание актуального одиночества, в большей степени, чем студенты, характеризующиеся неглубоким переживанием возможного одиночества, склонны к возникновению интернет-зависимого поведения («Общий CIAS»: $U_{эмп}=1042,50^*$ при $p=0,001$) и таких его, симптомов, как «компульсивные симптомы» ($U_{эмп}=1162,00^*$ при $p=0,009$), «толерантность» ($U_{эмп}=1269,50^*$ при $p=0,047$), «внутриличностные проблемы и проблемы, связанные со здоровьем» ($U_{эмп}=1065,50^*$ при $p=0,002$), «ключевые симптомы Интернет зависимости» ($U_{эмп}=1172,50^*$ при $p=0,012$), «проблемы, связанные с Интернет зависимостью» ($U_{эмп}=1045,00^{**}$ при $p=0,001$), о чем свидетельствует статистическая достоверность различий в уровнях их выраженности (см. таблицу 3). Другими словами, субъективное переживание одиночества детерминирует склонность студентов медицинского вуза к интернет-зависимому поведению. Возможно, они рассматривают интернет как инструмент преодоления эмоционального одиночества.

Список литературы

1. Апунович О.А. Взаимосвязь склонности к интернет-зависимости с чувством одиночества у мальчиков и девочек в подростковом возрасте // Ученые записки Череповецкого государственного университета. 2015. №1. С. 6-9.
2. Багаева Е.А., Тюрина И.Е. Проблема современности в контексте "интернет-зависимость-одиночество" / В книге: Конкурентоспособность территорий Материалы XIX Всероссийского экономического форума молодых ученых и студентов: в 8 частях. – 2016. – С. 13-16.
3. Вейс Р.С. Вопросы изучения одиночества // Лабиринты одиночества: Сб. ст. пер. с англ. Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989. – 170с.
4. Зарецкая О.В. Компьютерная и интернет-зависимость: анализ и систематизация подходов к проблеме // Психологическая наука и образование. – 2017. – Т. 9. – №2. – С. 145-164.
5. Маврина К.Ю. Интернет зависимость как форма компенсации одиночества и их корреляция / В сборнике: Современные тенденции в образовании и науке сборник научных трудов по материалам

- Международной научно-практической конференции: в 26 частях. 2013. С. 96-100.
6. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е. А., Антоненко А.А. Интернет-зависимое поведение // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. –Т. 111, № 8. – С. 86-92.
 7. Рудофилова М.А. Переживание одиночества у интернет-зависимых студентов / В сборнике: Научная инициатива в психологии Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под ред. Ткаченко П.В. – Курск, 2018. – С. 323-329.
 8. Цой Н.А. Феномен интернет-зависимости и одиночества.// Социологические исследования. – 2011. – № 12. – С. 98-107.
 9. Шумаков А.Ю. Влияние психологической осведомленности на процессы коммуникации и общения в аспекте преподавания в условиях учебно-профессиональной деятельности в высшей школе // В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. - Курск, 2016. - С. 192-198.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ НА БОЛЕЗНЬ С ПОЗИЦИЙ ТРАНЗАКТНОГО АНАЛИЗА

Пузиков В.Г.

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

Аннотация. В данной статье рассматриваются психологические факторы возникновения соматических заболеваний на основе теории Транзактного анализа. Показаны связи между болезнью взрослого человека, как способом получения им внимания и любви, и условиями, в которых он жил в детстве.

Ключевые слова: Транзактный Анализ, психологические установки, родительские приказания, поглаживания, психосоматика.

PSYCHOLOGICAL ATTITUDES TO DISEASES IN TERMS OF TRANSACTIONAL ANALYSIS

Puzikov V.

Abstract. Based on the transactional analysis theory, the article discusses the psychological factors of somatic diseases. It shows the connection between life circumstances in childhood and adult illness as a way of getting attention and love.

Keywords: Transactional Analysis, psychological attitudes, parental orders, psychosomatics.

Почему люди болеют? А некоторые люди болеют в системе? С позиций транзактного анализа это заложенные в детстве сценарные решения. В определенном возрасте ребенок понял, что болезнь – это правильно, хорошо, а главное выгодно и теперь эту программу претворяет в жизнь. Почему ребенок считает, что болеть хорошо и что с этим можно делать во взрослом возрасте?

Если рассматривать этот процесс через Транзактный Анализ, то основное влияние на это решение оказывают «поглаживания» и родительские приказания.

Что такое поглаживание в Транзактном Анализе? [1]. По сути то, что напрямую и означает само слово – это когда гладят, ласково прикасаются, прижимают к себе и т.п. Главное, какое значение придает Транзактный Анализ поглаживаниям. Почему поглаживания важны для любого ребенка, а в дальнейшем и для взрослого? Потому, что это единственный способ для человека выжить. Когда он рождается, он не понимает, что такое жизнь. Он берет информацию извне только через родителей – те его берут на руки, качают, гладят. Таким образом, он понимает, что важен, что всегда, когда он проснется, его будут ласкать, гладить и он не умрет. Поглаживания так же бывают словесными - ребенку говорят, как к нему относятся, какой он чудесный, как его любят, как он важен.

Если так повторяется изо дня в день, ребенок чувствует, что все хорошо. Если ему не хватает поглаживаний, он начинает их требовать на бессознательном уровне. Недополучая поглаживаний в системе, он требует их более настойчиво, чаще и любыми детскими способами. Одним из способов, который выбирает ребенок, является болезнь. Понимая, что позитивных поглаживаний просто так не получить он делает вывод, что их легче всего получить только когда ты болеешь.



Родительские приказания – это послания, которые ребенок получает от своих родителей в раннем детстве (это все нельзя, не лезь, отстань), и на основе которых принимает решения, как он будет жить дальше.

Исследователями выделено 12 «приказаний». Рассмотрим приказания относительно здоровья – «Не будь здоровым» и «Не живи». Их, как и все остальные приказания, дети получают от родителей в совершенно безобидных, как кажется, ситуациях [5].

Например, когда ребенок здоров, родители уделяют ему столько внимания, сколько на их взгляд, они могут, а главное должны уделять. Когда ребенок заболел, то внимание родителей полностью переключается на ребенка. Мама даже может остаться дома. Меняется так же и отношение к ребенку. Он получает столько заботы и внимания, как никогда не получал в здоровом состоянии. К этому еще добавляется возможность подольше спать, не ходить в детский сад, смотреть мультики гораздо дольше, чем обычно и играть в различные гаджеты (в современном мире).

При этом мама будет все время рядом, может почитать книжку и будет давать различные вкусности, чего в обычное время у нее не выпросить. И в какой-то момент ребенок понимает, что болеть очень выгодно и приятно. Таким образом, ребенок и получает то самое приказание «Не будь здоровым».

Часто такое приказание дети получают от бабушек. Например, бабушка живет отдельно и редко видится с внуками. А когда те заболевают, то родители ребенка просят в первую очередь бабушек присмотреть за ними. Бабушка тоже уделяет ребенку повышенное внимание, делает всякие поблажки и разрешает то, что обычно запрещает, когда ребенок здоров. Но ко всему прочему она неосознанно делает вывод, что она нужна больше всего, когда внуки болеют. И хотя она очень любит своих внуков, но при любом поводе может сделать внука больным. Любой «чих» ребенка преподносится как «ты заболел, я теперь буду за тобой ухаживать». Подобные ситуации влияют на ребенка по-разному и могут трансформироваться в различные установки.

Первый вариант: «Болезнь как способ получения поглаживаний» (Что-то хорошее можно только больным. Если ты болен, то имеешь право на ...)

Зачастую родители осознанно и неосознанно экономят поглаживания, так как все хотят иметь послушных детей. [6] Послушный ребенок это тот, который в нас нуждается. А раз он нуждается в нашем внимании и в наших поглаживаниях, то он будет слушаться лучше, чтобы получить те самые

поглаживания, чем тот, который в них не нуждается. И, таким образом, ограничивают ребенка в ласке, заботе и внимании.

Когда ребенок болеет, он сразу получает много поглаживаний, и физических и психологических. Мама и погладит, и наговорит много хороших слов, и приготовит что-нибудь вкусное, что обычно делает только по праздникам. Если так проходит все детство, то ребенок решает для себя, что все хорошее можно получить, только если ты болен.

В более взрослом возрасте это решение обрастает дополнительными установками «Я не имею права на хорошее отношение в здоровом состоянии», «я всем должен, мне ничего не должны». А когда сил уже нет и хочется хорошего отношения к себе, человек болеет. Несколько дней о нем заботятся, говорят хорошие слова, с ним никто не спорит, не ссорится, не требует от него ничего. Потом он выздоравливает и все идет по-прежнему до следующей болезни.

Если у самого человека спросить, а тебе самому так нравится? То он, конечно, ответит, что нет. Но сделать с этим сам ничего не может. Установки – это привычка, и очень серьезная. Поменять их сложно, но если их не изменить, они будут управлять нашей жизнью всегда.

Какая альтернатива может быть? Если ребенок с самого рождения получает достаточно позитивных поглаживаний, то у него вообще не возникает мысль, что внимание, заботу и ласку надо заслужить, что ему должно быть плохо, чтобы получить от других что-то хорошее.

Этот вариант приказания «Не будь здоровым» самый легкий для изменения. Здесь достаточно чтобы человек для себя решил, что он имеет право получать поглаживания просто так, без болезни.

Второй вариант более сложный: «Болезнь – как способ получения любви (ЛЮБЯТ только больных)

В этой ситуации ребенок через болезнь добивается не только внимания, но и любви. Только в болезни он может почувствовать, что его любят. Такой вариант установки может чаще встречаться (но не обязательно) в семьях, где несколько детей. При появлении в семье младшего брата или сестры, старший ребенок может начать чаще болеть именно из-за ощущения недостатка любви.

Некоторые родители считают, что, если ребенок накормлен, одет, обут – это и есть самое главное, что они должны делать как родители. Т.е. они способны выразить свою любовь только через заботу и через конкретные дела. Ребенка мало берут на руки, могут вообще не говорить ему, что любят, дают

ему мало позитивной обратной связи. Но при этом он может заметить, что другому ребенку достается больше любви. Например, младшему брату или сестре.

Если младший ребенок действительно болезненный, то для старшего это сигнал, что любят только больных. Тогда он принимает решение – ты должен заболеть. Но не просто почихать, а серьезно и значимо заболеть. Следствием такой ситуации часто могут быть различные кожные заболевания, аллергии, псориазы или длительные хронические заболевания, когда ребенку требуется длительный уход, в которых мама должна выполнять большое количество манипуляций и много водить к доктору.

Другой вариант этой установки формируется из-за очень большой разницы в отношении к детям разного возраста. Например, родители сами воспитывались в семье, где любовь выражалась только через заботу. На первом ребенке они лишь тренируются. Когда появляется второй ребенок, они уже не совершают таких ошибок. Родители уже мягче, они лучше относятся ко второму ребенку. Из-за своей неопытности родители не могут регулировать одинаковое количество любви. Старший это все замечает, и это его может подтолкнуть к идее, что любят только маленьких или больных. Это одна из причин, почему некоторые люди никогда не взрослеют. Так и остаются маленькими детьми до старости, понимая, что любви можно добиться только через детскость.

Другие люди выбирают путь болезней. И это может продолжаться всю жизнь. Можно посмотреть, как развивается их болезнь. Некоторые прекращают болеть в подростковом возрасте. Когда уже не так требуется любовь мамы и подросток легко обходится без нее. У некоторых привычка болеть остается на всю жизнь, как послание, как крик маме – обрати на меня внимание. Даже после смерти родителей человек продолжает болеть по привычке, потому что так сложилась жизнь. Что делать, чтобы ребенок не уходил в болезни. Понять, что не важно, сколько детей – я и всех люблю одинаково. Обязательно говорить детям о любви (это не само собой подразумевается)

Третий вариант: Болезнь как расплата (Я должен всем, и надо платить за то, что мне позволили жить)

Здесь мы будем рассматривать родительское приказание – «Не живи», которое, не смотря на свое страшное название, дети получают достаточно часто.[7] Например, родители развелись либо до, либо сразу после рождения ребенка. Малыш очень похож на своего отца. Мама неосознанно начинает

вымещать на ребенке свои обиды на его отца. Ему могут говорить: сразу видно в кого ты, твой отец был таким же, весь в отца, в их породу и т.д. Иногда даже такие фразы, как: ничего от тебя хорошего не видела, всю жизнь на тебя потратила. Т.е. все горести, весь мамин неуспех, все обиды ложатся на ребенка, и он становится ответственным за них. Он виноват, а за вину надо платить. Надо расплачиваться за то, что ты испортил маме жизнь.

Мама, кстати, сама, для того чтобы иметь рычаг давления на такого ребенка, может болеть. У нее могут быть очень серьезные хронические заболевания. Ребенку это тоже предъявляется как – все мои болезни из-за тебя, я на тебя потратила все здоровье. Вот посмотри мои волосы, ногти, фигура – это все в тебе. Пока тебя не было, у меня все было красивое, а с твоим рождением все это пропало, остались растяжки, кожа стала хуже, да и здоровье уже не то. Т.е. ты виноват. Ребенок решает, что за это тоже нужно платить. Часть детей в такой ситуации выбирает вариантом расплаты болезнь. Ребенок даже не претендует на знаки внимания, на любовь. Он просто наказывает себя болезнью.

Есть травмоопасные люди, которые на много чаще, чем другие наносят себе различные повреждения – порезы, синяки, переломы. Это именно вариант расплаты, где за монету идет здоровье, кровь. Расплата такому ребенку дает понимание, что пока ты расплачиваешься, пока от тебя поступают жертвы – ты можешь жить. Т.е. нужно периодически приносить жертвоприношения. Такая ситуация может быть очень долгой.

Еще пример ситуации, когда ребенок получает приказание «НЕ живи», когда у ребенка появляется младший брат или сестра, естественно, что родительское внимание переключается на малыша. Ему могут говорить: займись своими делами, не мешай, не путайся под ногами, братику (или сестре) нужно то, нужно сё и т.д. Старшему ребенку неосознанно передается сигнал «Все хорошее в твоей жизни кончилось (теперь все хорошее твоему брату) и это может трансформироваться в другой вывод «ты можешь умереть, ты больше не нужен». В этом случае ребенок делает вывод, что он теперь должен расплачиваться за то, что он может жить. Эта идея становится основной, он не осознает, что это его решение.

Четвертый самый сложный, на мой взгляд, вариант причины болезни «Болезнь как способ получения жалости» (Любви нет, есть только жалость. Жалеют только больных)



Эту установку ребенок получает тогда, когда в семье любви вообще нет. Никто никого не любит. Родители не любят друг друга и не любят детей. К сожалению, так бывает, родители просто не умеют любить. Они сами выросли в таких семьях и своим детям, соответственно, не могут этого дать по определению. Они не знают, как любить и как показывать любовь. Или ребенок не желанный, и даже после его рождения ему не радуются. Вся жизнь родителей испорчена. Родители живут вместе, потому что надо где-то жить. Ребенку часто говорят, что он плохой, он мешает, что из-за него приходится работать на двух работах. Часто даже обвиняют, что он виноват во всех плохих ситуациях, которые случаются в семье.[4] Таким детям могут говорить: лучше бы я тебя не рожала, надо было сделать аборт, надо было оставить тебя в роддоме или отдать в детский дом.

Такой ребенок вообще не надеется ни на какую любовь, потому что он ее никогда не видел. Иногда он видит, как его родители относятся к кому-то хорошо, кого-то они жалеют. Например, могут погладить и накормить бездомного котенка, или сюжет по телевизору может вызвать жалость у родителей, и они говорят хорошие слова в адрес героев сюжета. В отсутствии любви ребенок переключается на заменитель – жалость. Он понимает что все, что он может получить – это жалость, но если ты здоров, весел и бодр, то кто же будет тебя жалеть.

Он понимает, что жалею только каких-то сильно несчастных, убогих, обиженных, больных, тех кто живет из последних сил. И тогда ребенок начинает болеть сильно и серьезно с длительной медикаментозной поддержкой, показывая, что он тоже достоин жалости. Это крик о помощи.

Таким образом, ребенок все время находится в постоянном стрессе. Происходит подмена понятий. Он думает, что все люди, которые к нему хорошо относятся, это только те, которые его жалеют. Поэтому поводов для жалости должно быть много. В таком варианте кроме большого количества болезней во взрослой жизни добавляются еще большое количество неудач. Такие люди все время говорят о сложностях в жизни. Плохо и дома, и на работе, и в стране, и в мире.

В терапии это самый сложный случай, требующий длительной работы. Такому человеку требуется долгая систематическая помощь, как варианте индивидуальной психологической работы, так и в групповой. Ему надо понять, а главное научиться жить с тем, что к нему могут хорошо относиться, что его

могут ценить. Иногда в результате работы такие люди даже могут почувствовать, что их могут любить.

Выводы. Есть болезни, причины возникновения которых носят, если можно так сказать естественный характер, который объясняет традиционная медицина. При этом надо помнить, что большинство болезней являются психосоматическими. Даже при правильном медикаментозном лечении их симптомы не уходят, либо уходят на время, но позже возвращаются даже с новой силой.

В таких случаях, когда болезни носят длительный, хронический характер то пациенту может быть рекомендовано, а лучше настоятельно рекомендован визит к психологу для лечения и устранения истинной причины болезни, при этом параллельно проводить медикаментозное лечение, предписанное врачом традиционной медицины.

Список литературы

1. Берн Э. Введение в психотерапию и психоанализ для непосвященных – СПб., 1991.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди и Люди, которые играют в игры. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
3. Берн Э. Групповая психотерапия. – М., 2000.
4. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии. – М.: Академический проект, 2001.
5. Гулдинг М. Гулдинг Р. – Психотерапия нового решения. Теория и практика. – СПб., Класс, 1997.
6. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. – СПб, 1996.
7. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. – СПб.: Питер, 2003.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Пчелкина Е.П., Швецова В.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются особенности несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении; психологические аспекты их социальной реабилитации; необходимость направленности на личность каждого ребенка.

Ключевые слова: несовершеннолетние, безнадзорность, беспризорность, социально-опасное положение, психологическая реабилитация.

PSYCHOLOGY OF SOCIAL REHABILITATION OF YOUNG PEOPLE AT SOCIAL RISK

Pchelkina E.P., Shvetsova V.A.

Abstract. The article deals with the characteristics of young people at social risk; psychological aspects their social rehabilitation; need for focus on the each child's personal identity.

Keywords: young people, neglect, homelessness, situation of social risk, psychological rehabilitation.

Определение понятия несовершеннолетнего, находящегося в социально опасном положении, является юридическим термином. Его определение дается в Федеральном законе от 24.06.1999 N 120-ФЗ (ред. от 27.06.2018) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», которое практически в том же виде транслируется в различных словарях (Большом юридическом словаре, 2010; Энциклопедии права, 2015; Педагогическом энциклопедическом словаре, 2002) [12].

К данной категории несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, относятся дети, подростки, юноши и девушки в возрасте до 18 лет, положение которых обусловлено ситуацией безнадзорности или беспризорности. В свою очередь к безнадзорным относятся те несовершеннолетние, развитие которых происходит без надлежащего контроля со стороны значимых взрослых, обычно родителей, но также других

законных представителей либо должностных лиц. Контроль относится, прежде всего, к процессам воспитания, обучения и содержания несовершеннолетнего. Данная юридическая норма опирается на закономерности развития ребенка, молодого человека, которое отличается длительностью и атрибутивной (то есть неотъемлемой) необходимостью тесного личностного взаимодействия со значимыми взрослыми (субъектами социализации). Важность такого обучающего и воспитательного воздействия взрослых и нужды в этом ребенка доказывается как раз случаями безнадзорности, депривацией потребности несовершеннолетних быть воспитуемыми и обучаемыми, которые приводят в целом к искажениям развития личности.

Категорию «беспризорный» можно считать еще более выраженной степенью безнадзорности, когда несовершеннолетний может вообще не иметь постоянного и безопасного для жизни и здоровья места жительства. Следствием беспризорности и безнадзорности является социально опасное положение несовершеннолетних, когда их воспитание и содержание опасны для них и не отвечают требованиям, когда они совершают правонарушения или антиобщественные действия.

Все обучающиеся (воспитанники), находящиеся в социально-опасном положении, соответственно определяют статус семьи, которая также считается находящейся в социально опасном положении. То есть семья, ее качество в отношении ребенка определяются его поведением. Если даже семья, в которой проживает несовершеннолетний, выглядит внешне благополучной, но при этом ребенок регулярно совершает правонарушения, например, самовольные уходы, или хотя бы раз совершил преступление, то такая семья относится к категории находящейся в социально опасном положении. Все эти результаты возникают при недостаточном и неправильном в педагогическом и психологическом отношении контроле за воспитанием и обучением ребенка, невнимательности их к его успеваемости и другим нуждам, а также при отсутствии связи родителей со школой.

Однако такие противоречия бывают реже типичной ситуации неисполнения родителями обязанностей жизнеобеспечения своих детей из семей, находящихся в социально опасном положении. В таких семьях дети могут не иметь необходимой одежды, регулярного питания, должного соблюдения санитарно-гигиенических условий жизни; должного воспитания; позитивного родительского личного примера, при этом родители могут не иметь жилья, работы и не стремиться трудом зарабатывать себе на жизнь,

пьянствовать, употреблять наркотики, вести аморальный образ жизни, вовлекать детей в противоправные действия (попрошайничество, проституцию, вымогательство и т.д.), жестоко обращаться с детьми, наносить им физический, психический и моральный ущерб.

С такими обучающимися (воспитанниками), находящимися в социально-опасном положении, необходимо проводить систематическую работу по индивидуальной программе коррекционно-воспитательной работы, составленной на каждого ученика. Социальная реабилитация с такими учащимися относится к уровню третичной профилактики, то есть такой, которая уже имеет дело с группами риска и имеющими эпизоды правонарушений. Однако комплексная социальная реабилитация несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении, включает не только профилактику правонарушений, но также подразумевает более глубокие воспитательные воздействия по десоциализации и ресоциализации, основанные на формировании личности, индивидуальном подходе к каждому ученику.

Каждый обучающийся (воспитанник), находящийся в социально опасном положении, имеет свою специфическую ситуацию, включающую особенности его личности и личного отношения к своему положению, поэтому работа с каждым таким учеником должна базироваться на индивидуальной программе, в наиболее оптимальном варианте разработанной междисциплинарной командой специалистов после своевременного выявления, оценки ситуации, в которой находится ребенок, затем определении социально-педагогической реабилитации и (или) предупреждении совершения правонарушений и антиобщественных деяний.

Психологическими аспектами социальной реабилитации несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении, выступают следующие положения. Необходимо найти контакт и построить с обучающимися (воспитанниками) доверительные отношения, обеспечить возможность периодически разговаривать с каждым ребенком один на один в подходящее время и в подходящем месте для разговора, где бы никто не отвлекал, была установлена ситуация безопасности и комфорта. При этом рекомендуется выбрать позицию разговора на равных, не требовать объяснений, слушать безоценочно, делать паузы, давать больше свободы выражения, отдавать инициативу ребенку.

Необходимо исследовать потребности обучающихся (воспитанников), быть заинтересованным их проблемами, увлечениями, кругом друзей и знакомых. Следует работать над организацией досуга таких обучающихся (воспитанников), учитывая их индивидуальные пожелания и интересы. Такие ученики особенно нуждаются в создании благоприятного психологического климата в учреждении, при котором остальные учащиеся и учителя не стигматизировали бы их, но доброжелательно принимали и включали в свои повседневные неформальные коммуникации. Необходимо обеспечить и поддерживать постоянный контакт с семьей (законными представителями), родственниками (при наличии таковых) обучающихся (воспитанников), находящихся в социально опасном положении. Следует постоянно подкреплять позитивные формы поведения, оказывать помощь и психологически поддерживать детей, находящихся в кризисных жизненных ситуациях, предоставлять возможность каждому ребенку чувствовать себя успешным и нужным.

Следует отметить, что воспитательный потенциал образовательных учреждений, в частности школы, очень большой, не следует его недооценивать. Кроме того, сами несовершеннолетние еще не являются сформированными личностями, во многом остаются пластичными и податливыми социально-психологическому влиянию как в позитивном, так и в негативном направлениях. Даже студенты вуза, по мнению А.Н. Леонтьева, еще не обладают в полной мере личностной зрелостью [4]. И только на выходе из вуза большинство, но не все, обретают черты этой зрелости.

По данным исследований, несовершеннолетним, находящимся в социально-опасном положении, свойственны следующие психологические особенности: повышенный уровень агрессивности [9]; наличие искажений в эмоционально-оценочном компоненте самоотношения по факторам: внутренней конфликтности, недостаточной аутосимпатии, самоуважения [8]; использование неосознаваемых и малопродуктивных механизмов защитно-совладающего поведения [1]; повышенный уровень тревожности [3]; снижение уровня учебной мотивации [5]; выраженная потребность в новых ощущениях, агрессивность, склонность к преодолению норм и правил, склонность к аддиктивному поведению, к саморазрушительному и деликтивному поведению, позитивное отношение к суициду, наблюдается более выраженная склонность к употреблению ПАВ [11]; агрессия, тревожность, мечтательность,

значительные нарушения в коммуникативной сфере, для них характерны все виды одиночества [2].

Можно в целом сказать, что сформированной и цельной личности нет ни у кого в подростковом возрасте, однако при правильном развитии ее перспективы уже обозначаются и намечается направленность каждого ребенка. Со всеми детьми в данном возрасте требуется огромная работа, большое терпение, так как все дети сейчас стали иными, требовательными, амбициозными и одновременно хрупкими и очень неустойчивыми в своих ориентациях, поддающимися самым разнообразным влияниям, не справляющимися с минимальными сложностями.

Все подростки являются сложными. И эта сложность фиксировалась во все времена, только она меняла свое содержательное культурно-историческое наполнение. Недаром обычно учителя в школах (да и родители) не любят данный возраст, отмечая возрастание непослушания, снижения успеваемости. В это время рушатся авторитеты прошлой традиционной вертикали: прежде всего, с «пьедесталов летят вниз» родители и учителя. Это психологическая закономерность. Всем в системе взаимодействия при этом трудно: и детям, хамящим, дерзящим, ставящим все под сомнение, требующим доказательств личного примера, которого часто у взрослых просто нет, и самим взрослым. Но следует сказать слово и в оправдание данного возраста. Также как отечественные, так и зарубежные психологи, уже давно отметили огромные возможности данного периода жизни. Именно такое обостренное ее восприятие у молодой формирующейся личности дает огромные стимулы для возрастания желания измениться, стать лучше, хоть что-то сделать стоящее, по-настоящему взрослое. На этот возрастной потенциал и надо направлять все воспитательные усилия, в том числе реабилитации. При этом каждая личность нуждается в глубокой заинтересованности ею кем-то. Это очень важно учитывать в профилактической и реабилитационной работе – есть ли у ребенка те, кому он не безразличен, кто ждет его и кому он интересен.

Следует указать на трудную ситуацию ценностного плюрализма, которая по своей сути маскирует ситуацию аномии, описанную Э. Дюркгеймом и Р. Мертоном. Также нужно указать, на постепенное закрытие традиционных социальных лифтов. Согласно данным самарских ученых (К.С. Лисецкого, Е.В. Литягиной, Н.Ю. Самыкиной, М.Е. Серебряковой, О.А. Ушмудиной), в ходе многолетних исследований проблемы наркотической зависимости они сделали неутешительный вывод о том, что невозможно выделить отдельную «группу

риска» по наркомании, в нее входит все население России, «никакой причинной, целевой или смысловой определенности в дебюте наркомании не существует» [7, с.7]. В такой ситуации растут современные дети, при этом наиболее уязвимыми являются находящиеся в социально опасном положении.

Следует также отметить важность обращения к уже имеющемуся опыту наших выдающихся соотечественников, который опирается на воспитательный потенциал труда и который еще недостаточно осмыслен и используется не в полной мере. Это такие примеры, как система воспитания советского педагога и писателя Антона Семеновича Макаренко (кстати, в 2018 году праздновался его юбилей – 130 лет со дня рождения), организация Дома трудолюбия св. Иоанна Кронштадтского. Так, известно, что ни один из воспитанников А.С. Макаренко в дальнейшем не нарушил закон, бывшие беспризорники и малолетние преступники не просто перевоспитались, а многие из них стали выдающимися личностями [10]. Влияние св. Иоанна Кронштадтского на криминальную ситуацию и жителей Кронштадта было столь благотворно, что полностью изменило социальную ситуацию в городе [6].

Таким образом, сутью реабилитационной работы с обучающимися (воспитанниками), находящимися в социально опасном положении, является направленность на личность каждого ребенка. В упоминаемом Федеральном законеФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 N 120-ФЗ данный принцип реализуется в указании на необходимость проведения индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении (ст. 5-8).

Список литературы

1. Андреева, А.Р. Специфика защитно совладающего поведения подростков, склонных к алкогольной зависимости / А.Р. Андреева, Е.П. Пчелкина // Проблема личности в общей, социальной и клинической психологии: Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции (19 апреля 2017 г.) / Отв. редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: БелГУ, 2017.
2. Коломыцева, Р.С. Исследование переживания одиночества у интернет-зависимых подростков/ Р.С. Коломыцева, Е.П. Пчелкина // «НАУЧНОЕ СООБЩЕСТВО СТУДЕНТОВ» междисциплинарные Исследования:

- Электронный сборник статей по материалам XXXVIII Студенческой международной научно-практической конференции. – Новосибирск: Изд. АНС «СибАК». – 2018. – № 2 (62).
3. Лазебная, У.А. Связь интернет-зависимости и уровня тревожности у подростков / У.А. Лазебная, Е.П. Пчелкина // Проблема личности в общей, социальной и клинической психологии: Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции (19 апреля 2017 г.) / Отв. редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: БелГУ, 2017. – 468 с.
 4. Леонтьев, А.Н. Психологические вопросы формирования личности студента / А.Н. Леонтьев // Журнал практического психолога, 2003. – N 1. URL: <http://www.anleontiev.smysl.ru/vospomin/leon-2.htm> (дата обращения: 28.10.2018).
 5. Овчинникова, Е.О. Развитие учебной мотивации подростков как фактор профилактики зависимости от компьютерных игр / Е.О. Овчинникова, Е.П. Пчелкина // Проблема личности в общей, социальной и клинической психологии: Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции (19 апреля 2017 г.) / Отв. редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: БелГУ, 2017 – 468 с.
 6. Петроченкова, К. Дом трудолюбия св.Иоанна: «Учреждение первых христиан времен апостольских». URL: <https://www.miloserdie.ru/article/dom-trudolyubiya-svioanna-uchrezhdenie-pervyh-hristian-vremen-apostolskih/> (дата обращения: 28.10.2018).
 7. Психология зависимости: профессиональный тезаурус / под ред. К.С. Лисецкого, Е.В. Литягиной. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2011. – 138 с.
 8. Пчелкина, Е.П. Самоотношение подростков, склонных к алкогольной зависимости / Е.П. Пчелкина, В.С. Карасева // Актуальные проблемы психологии личности в норме и патологии: Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции (21 апреля 2016 г.) / Отв. редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: БелГУ, 2016 – С. 421-430.
 9. Пчелкина, Е.П. Возможности психокоррекции агрессивности у подростков из семей с разным стилем воспитания / Е.П. Пчелкина, И.О. Цыган / Проблема психологии личности в условиях социокультурных вызовов российскому обществу: Сборник материалов Международной научно-практической конференции (г. Белгород, 20 апреля 2018 г.) /

- ответственный редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2018. – С. 298-302.
10. Сидорушкина, О. Система А.С. Макаренко: 5 принципов воспитания сильной личности / О.Сидорушкина. URL: <https://letidor.ru/psihologiya/sistema-a-s-makarenko-5-principov-vozpitaniya-silnoy-lichnosti.htm> (дата обращения: 28.10.2018).
 11. Шаар Маалоули, М.А. Психологические особенности подростков, употребляющих психостимуляторы / М.А. Шаар Маалоули, Е.П. Пчелкина/ Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. 23-25 ноября 2018 г. Часть I / Под ред. Ткаченко П.В. – Текстовое (сингальное) электронное издание (3,27 Мб). – Курск: КГМУ, 2017. – С. 355-361. – 1 электронный оптический диск (CD/R).
 12. Федеральный закон от 24.06.1999 N 120-ФЗ (ред. от 27.06.2018) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». URL: <http://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-24061999-n-120-fz-ob/> (дата обращения: 28.10.2018).

ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Разуваева Т.Н.¹, Воротынцева Д.А.²

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

²Педагогический институт Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород, Россия

Данная статья выполнена при финансовой поддержке РФФИ проекта № 18-413-310008|

Аннотация. В статье описываются результаты психодиагностического обследования личности с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а

также предлагается программа по психокоррекции, реабилитации и реадaptации личности.

Ключевые слова: посттравматический артроз, реабилитация, реадaptация, нарушения опорно-двигательного аппарата, ограниченные возможности здоровья, эмоционально-волевая сфера личности.

PECULIARITIES AND CORRECTION OF EMOTIONALLY-WILLIC SPHERE OF PERSONS WITH DISABILITIES OF HEALTH

Razuvaeva T.N., Vorotyntseva D.A.

Abstract. The article describes the results of psychodiagnostic research of a person with disorders of the musculoskeletal system. Also the article proposes a program of psychocorrection, rehabilitation and re-adaptation of the person.

Key words: post-traumatic arthrosis, rehabilitation, readaptation, disorders of the musculoskeletal system, limited health opportunities, emotional and volitional sphere of personality.

Многообразие факторов, приводящих к возникновению ограниченных возможностей здоровья в современном мире растет и ширится с каждым днем: от врожденных патологий, инфекционных заболеваний, аварий на производстве и автокатастроф до последствий военных действий [1]. Физические последствия травматизации обуславливают появление психологических феноменов, препятствующих продуктивному функционированию личности. В частности, И.А. Трухин выделяет 4 типа коммуникативных психологических барьеров, вызванных наличием нарушений опорно-двигательного аппарата:

1. Эстетический барьер – особенности внешнего вида, которые проявляются в наличии физических недостатков и приводят к возникновению психологического отчуждения в коммуникации и взаимодействии с окружающими;

2. Мотивационный барьер – подразумевает обстоятельства, негативно влияющие на желание установления контакта с окружающими (неделание

обсуждать темы здоровья, внешнего вида, потенциальных возможностей, личные темы и т.д.)

3. Эмоциональный барьер – нежелание общения вследствие антипатии к партнеру (партнерам), вследствие психоэмоциональных расстройств (напряжения), а также повышенной невротичности [5].

Разработка коррекционных программ для работы с физическим и психологическим состоянием для оказания помощи людям с ограниченными возможностями здоровья (*далее – ОВЗ*) представляет собой актуальную проблему, над решением которой работают многие специалисты из различных отраслей научного знания. Однако крайне важно отметить, что большая часть исследований и программ разработана и направлена на детей с ОВЗ дошкольного и младшего школьного возраста, в то время как взрослые и пожилые люди с ОВЗ, их личностные особенности и психологические состояния изучены не столь глубоко, существует не так много коррекционных программ, направленных на их реабилитацию и реадaptацию [2, 3]. Данная проблема демонстрирует актуальность нашего исследования.

Цель данного клинического разбора состоит в представлении результатов психодиагностического исследования испытуемой Н., 54 лет, имеющей клинический диагноз «посттравматический артроз».

Посттравматический артроз представляет собой патологическое состояние, возникающее при повреждении суставов и сопровождающееся разрывом тканей (связок) [4].

Объективный анамнез: дата рождения – 10.08.1961 (полных 54 года). Диагноз по МКБ-10 - М19.1, получен в 1995 году после аварии и получения множественных переломов.

Диагностическая схема исследования испытуемой представлена набором психодиагностических методик, которые включали в себя: Фрайбургский личностный опросник (в модификации А.А. Крыловой, Т.И. Ронгинской), тест жизнестойкости (Леонтьева-Рассаховой), шкала общей самооэффективности (Р. Шварцер, М. Ерусалем), самоактуализационный тест (САМОАЛ), тест смысложизненных ориентаций (Д. Крамбо, А. Махолик, Д.А. Леонтьев), многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин), опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова), анкета, направленная на выявление значимых целей испытуемых.

В ходе психодиагностического изучения состояний и свойств личности посредством Фрайбургского личностного опросника был выявлен повышенный



уровень невротичности, что говорит о сильно выраженном невротическом синдроме астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями. При этом средний с тенденцией к низкому уровень общительности и потребности в коммуникации, средний уровень открытости и стремления к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими.

При изучении стиля саморегуляции поведения был выявлен средний уровень процессов планирования, моделирования, программирования, оценивания результатов и гибкости. Однако крайне низкий результат был показан по шкале самостоятельности, что может говорить о слабой развитости регуляторной автономности личности испытуемой. Такие результаты могут говорить о наличии зависимости личности от мнения и оценки окружающих, наличии саморегуляторных сбоев.

Изучение самоактуализации личности показало средний, ближе к границе с низким результат по шкале «автономность» и шкале «потребность в познании». Эти данные говорят об отсутствии ярко выраженных интересов и стремлений испытуемой. Полученные данные подтверждают уже имеющиеся результаты по уровню развитости регуляторной автономности личности и указывают на достоверность полученной информации.

Изучение уровня жизнестойкости показало высокие результаты, наличие которых в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет наличия выработанных и апробированных копинг-стратегий и защитных механизмов и, как следствие, – восприятия стрессов как менее актуальных и значимых.

При исследовании смысловых ориентаций был выявлен высокий уровень осмысленности жизни: наличие у испытуемой целей в будущем. Среди значимых целей, которых тестируемая хотела бы достичь через 5 лет, она указала следующие:

- быть здоровой, физически сильной;
- быть материально хорошо обеспеченной;
- быть человеком, у которого крепкая семья;
- быть профессионалом в своем деле;
- быть человеком с чистой совестью.

Полученные данные позволяют сделать вывод о расстановке жизненных приоритетов испытуемой, где на первом месте стоит здоровье и хорошее физическое состояние организма.

Однако учитывая уже полученные данные, данные цели могут не иметь реальной опоры в настоящем ввиду низкого уровня саморегуляции и автономности. Кроме того, высокий уровень осмысленности жизни включает в себя эмоциональную насыщенность жизни и интерес к ней, наличие удовлетворенности уровнем самореализации в жизни, представления о себе как о сильной, автономной и свободной личности (что также отличается от уже имеющихся психодиагностических результатов).

Исследование особенностей адаптивности личности испытуемой показало следующие результаты: уровень адаптивного личностного потенциала находится на отметке «удовлетворительный», ниже среднего, что говорит о том, что успешность адаптации личности испытуемой во многом зависит от условий окружающей среды и складывающихся обстоятельств, возможны асоциальные срывы и проявления агрессивности. В плане психосоматических симптомов могут отмечаться нарушения сна, аппетита, отсутствие мотивации к профессиональной деятельности. Также могут проявляться явления аффективного возбуждения и торможения, высокий уровень нервно-психического напряжения.

Таким образом, анализируя полученные в ходе психодиагностического исследования результаты, можно отметить проблемы с невротичностью личности, самостоятельностью, автономностью и самоконтролем, а также с личностным адаптивным потенциалом.

В целях верификации полученных результатов был проведен статистический анализ данных при помощи критерия корреляции r -Пирсона, позволяющего обнаружить наличие и силу линейной взаимосвязи между величинами.

Для удобства проверки, полученные данные по самостоятельности и автономности, а также по общительности и контактности были разбиты на группы. Статистический анализ показал наличие сильной значимой двусторонней связи ($r_{xy} > 0,7$) между общительностью и самостоятельностью ($r_{xy} = 0,93$), а также между контактностью и автономностью ($r_{xy} = 0,91$).

Таким образом, наличие сильной прямой взаимосвязи между самостоятельностью и автономностью, а также между общительностью и контактностью говорит о том, что в рамках осуществления психокоррекционной работы с каждой составляющей, существует возможность усиления результатов по взаимосвязанным компонентам.

Итак, полученные данные позволили нам разработать проект по реабилитации и реадaptации личности, задачами которого стали:

1. Снятие психоэмоционального напряжения;
2. Развитие коммуникативных навыков и общительности;
3. Развитие навыков саморегуляции и самоконтроля.

В рамках психокоррекционной работы в соответствии с поставленными задачами, можно использовать упражнения в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, так как она ориентирована на работу с конкретными задачами, направлена на достижение определенного результата за достаточно короткий срок, а также на сохранение полученных результатов и нормализацию образа жизни клиента, работает с проблемой «здесь и сейчас», а также позволяет следовать четкой структуре сеанса и плана мероприятий.

Так, для работы с тревожностью нами были выбраны такие упражнения, как: «Преодоление тревоги», «Диалог с самим собой», «Пятая колонка», «Улыбка», и др. Для работы с самоконтролем были выбраны техники: «Стоп», «Кто Я?», «Лягушка», «Дневник», «Стоп» и т.д. Для работы по развитию коммуникативных навыков были подобраны следующие техники и упражнения: «Обычно я...», «Дневник», «Смена ролей» и т.д. В целях работы с психоэмоциональным напряжением были выбраны такие упражнения, как «Повышение творческой активности» (Д. Скотт), «Снятие стресса» (К. Шрайнер), мышечная прогрессирующая релаксация (по Джекобсону) и др. Использование этих упражнений показало их эффективность в решении заявленных задач.

Таким образом, анализ клинического случая позволил выявить мишени для дальнейшей психокоррекционной и реадaptационной работы, а также разработать программу психокоррекции, рассчитанную на клиента с нарушениями опорно-двигательного аппарата, полученными в зрелом возрасте.

Список литературы

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине. / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдина. – М.: Кафедра, 1998. – 124 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. / Ф. Александер. – М.: Геррус, 2003. – 350 с.
3. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. / А.В. Гнездилов. – СПб.: Речь, 2012. – 162 с.

4. Прудников, А.В. Посттравматический артроз тазобедренных суставов. / А.В. Прудников, Р.М. Шахбанов, П.П. Космылин, Бен Ромдан Зиед // Вестник Тамбовского университета. – 2015. – Т.20 (№1). – С. 145-146.
5. Трухин, И.А. Особенности личности при нарушениях опорно-двигательного аппарата. / И.А. Трухин, Н.А. Рязанский // Материалы V Международной практической конференции. – 2018. - №1. – С.44-47.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Селина И.А., Толоконникова И.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования проблемы личности больных паническими расстройствами. Анализ полученных результатов выявил в личностной структуре больных отличительные особенности в следующих аспектах: тревога, рефлексивность, жизнестойкость, атрибутивный стиль, базовые потребности. На основании данных исследования были сделаны соответствующие выводы, изучение и учёт которых поможет при проведении психологической коррекции и психотерапии панических расстройств.

Ключевые слова: паническое расстройство, тревога, рефлексивность, базовые потребности, жизнестойкость, атрибутивный стиль.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PEOPLE SUFFERING FROM PANIC DISORDERS

Selina I.A., Tolokonnikova I. S.

Abstract. The article presents the results of the study of the problem of personality of patients with panic disorders. Analysis of the results revealed in the personal structure of patients distinctive features in the following aspects: anxiety, reflexivity, vitality, attributive style, basic needs. Based on the data of the study, appropriate conclusions were made, the study and accounting of which will help in psychological correction and psychotherapy of panic disorders.

Keywords: panic disorder, anxiety, reflexivity, basic needs, vitality, attributive style.

Феномен панических расстройств широко изучается в рамках различных направлений: психиатрического, психологического, психофизиологического. Несмотря на это многие аспекты данной проблемы далеки от своего разрешения. Также на настоящий момент не существует единства в терминологическом обозначении панических расстройств: используется большое разнообразие определений - "кардиофобический синдром" (В.Я. Семке, Р.С. Карпов, 1996), "вегетативный криз" (Б.Д. Карвасарский, 1990), "вегетативный пароксизм" (А. М. Вейн с соавт., 2004).

Большинство авторов сходятся в необходимости изучения личности данной категории больных, что объясняется присущими им специфическими чертами, негативным влиянием заболевания на качество жизни и социальную адаптацию и низкой эффективностью методов диагностики и лечения данного состояния [1].

В общем виде паническое расстройство определяется как широко распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте [6]. Паническое расстройство наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, при этом частота встречаемости патологии у женщин превышает таковую у мужчин в 3-4 раза. Распространенность среди населения по различным источникам варьируется от 3 до 5% [5].

Наиболее ярким и драматичным проявлением заболевания выступают панические атаки. При этом они не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами, что обуславливает их непредсказуемость.

Паническая атака представляет собой необъяснимый мучительный для больного приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными симптомами. Диагностика панической атаки основывается на определенных критериях, к которым относятся: неожиданно возникающее сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение, потливость, озноб, страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия, волны жара и холода [4].

Целью исследования является изучение клинико-психологических особенностей личности людей, страдающих паническими расстройствами.

Ситуация панического расстройства и личность оказывают взаимное влияние друг на друга посредством различных аспектов, среди которых можно

выделить: ограничения в социальных контактах, невозможность выполнения ранее доступной деятельности, разрушение ранее привычных стереотипов поведения и прочие ограничивающие факторы. Эти факторы воспринимаются как травмирующие и влияют на жизнь больного в целом.

Личность в ситуации панического расстройства испытывает неконтролируемую тревогу за свое здоровье, жизнь. Боязнь оставаться самому в общественном транспорте, публичных местах накладывает неизгладимый отпечаток на социальную адаптацию больного, меняет его взгляды на ранее установившиеся способы поведения.

Присутствие возможности панической атаки воспринимается больными как внутренняя, постоянная угроза, которая затрагивает практически все стороны их жизни. Происходит застревание на конкретной причине происходящего.

Все это формирует специфические личностные черты, среди которых выделяется психическая неустойчивость, повышенная тревога, эмоциональная лабильность, а так же соматическая реакция на стрессовые ситуации.

Исследование проводилось на базах: ОБУЗ «Областная наркологическая больница» в психосоматическом отделении, ОБУЗ "Курский клинический психоневрологический диспансер», Психологический центр КГМУ в период с 2016 по 2018 год.

В исследовании принимали участие 13 человек в возрасте от 30 до 50 лет мужского и женского пола, из которых у 6 отмечалось наличие панического расстройства, у 7 не имелось психических заболеваний в анамнезе.

Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0.

В качестве методов исследования были применены следующие: Тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; Тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова); «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана; Тест атрибутивных стилей (оптимизм/пессимизм) Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В.Ю. Шевяховой.

Нами было проведено изучение эмоционального состояния, параметров рефлексивности, жизнестойкости, базовых потребностей и атрибутивного стиля у больных паническими расстройствами и здоровых людей, не имеющих психических заболеваний.

В результате анализа мы обнаруживаем значимые различия в параметрах рефлексивности, жизнестойкости, базовых потребностей и в характерном для групп атрибутивном стиле.

В ситуации панического расстройства тревога возникает, когда ещё нет реальной опасности для человека, но он ждёт её, причём пока не представляет, как с ней справиться. Люди испытывают страх, что может произойти что-то плохое с ними или их родственниками; они боятся сойти с ума или умереть.

Возникновение тревоги в определенной обстановке (например, в общественном транспорте) формирует стремление больных в будущем избегать подобных ситуаций. Эти опасения и избегания приводят к нарушению у больных паническими расстройствами адаптивных способностей.

Для группы больных паническими расстройствами характерно снижение параметра «Рефлексивность».

В ситуации панического расстройства, вне зависимости от рассмотренных и принятых вариантов, больные не могут быть уверены в их правильности. Также отмечаются затруднения в осмыслении и анализе возможных ситуаций и способов их решения. Больные не склонны к внутренней переработке всех гипотез и селекции из них наиболее подходящих, а больше склоняются в пользу немедленных действий. Решения ими принимаются необдуманно и неосторожно.

Для больных характерно снижение параметров жизнестойкости, что соответствует большой вероятности возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. Они меньше испытывают удовольствия от выполняемой деятельности. Им присуще ощущение себя «вне» жизни. Внезапность приступов панических атак обуславливает возникновение ощущения собственной беспомощности.

Для людей, страдающих паническими расстройствами, характерным является снижение следующих параметров базовых потребностей: «Автономия», «Компетентность», «Связанность».

Больные более закрыты по отношению к новому опыту. Их активное действие в различных ситуациях снижено. Больным присуще ощущение неуверенности, которая обусловлена отсутствием чувства собственной успешности и полезности.

Вследствие наличия заболевания они не стремятся принимать участие в жизни других людей, оказывать им помощь.

Для больных паническими расстройствами наиболее типичным является пессимистический атрибутивный стиль.

Пессимистический атрибутивный стиль характеризуется объяснением неблагоприятных событий (неудач) личными (внутренними), постоянными и глобальными характеристиками, а хороших событий (успехов) противоположным образом – временными, относящимися к конкретной области и вызванными внешними причинами.

Больные в ситуации панического расстройства склонны считать, что в неудачах виноваты они сами, что те будут продолжаться долго и затронут самые разные стороны его жизни. Отмечается склонность к негативному видению жизни, излишняя драматизация возможных последствий. В реализации каждой представляющейся возможности больные склонны видеть трудности и легко сдаваться. Им свойственно недооценивать свой собственный вклад в успех дела, сравнивать себя с другими и всегда не в свою пользу.

Больные не живут в постоянном состоянии безнадежности. В обычной жизни они нормально функционируют и демонстрируют относительную удовлетворенность жизнью. Однако, столкнувшись со стрессовым неблагоприятным событием (смерть супруга, потеря работы), непредсказуемыми и неопределенными ситуациями, они оказываются склонными к переживанию безнадежности, беспомощности и депрессии.

Паническое расстройство является широко распространенным заболеванием. Оно оказывает влияние как на поведение больных, так и на всю их личность в целом. На настоящий момент феномен панического расстройства изучен недостаточно, что затрудняет проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Важным аспектом является эмоциональное состояние больных, которое характеризуется повышенным уровнем тревоги. Тревога представляет собой расплывчатый, длительный и смутный страх по поводу будущих событий, не имеющий предметной направленности.

В результате исследования нами было установлено, что для людей, страдающих паническими расстройствами, характерно снижение параметров рефлексивности и жизнестойкости. Решения ими принимаются необдуманно и неосторожно. Они меньше испытывают удовольствия от выполняемой деятельности. Также больным присуще ощущение себя «вне» жизни, утрата способности планирования и контроля собственной деятельности.

Для людей, страдающих паническими расстройствами, характерным является снижение параметров базовых потребностей. Они не способны реализовывать определенный способ поведения вне зависимости от влияния внешнего окружения. Присутствуют затруднения в принятии новых взглядов.

В результате исследования нами был выделен присущий больным пессимистический атрибутивный стиль. Для больных в ситуации панического расстройства свойственны сниженные ожидания, пассивность перед трудными ситуациями, негативное видение жизни, недооценка роли собственных усилий.

Выявленные особенности личности людей, страдающих паническими расстройствами, могут облегчить проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний, при которых они встречаются, осуществление прогностической оценки их дальнейшей динамики, составлении реабилитационных и коррекционных программ. Использование выделенных "факторов риска" позволит прогнозировать возникновение панических расстройств. Следует обратить внимание на повышенный уровень тревоги у данной категории людей. Полученные результаты позволяют делать выводы об адаптационном потенциале больных и об их ресурсном состоянии. Таким образом, снижение уровня тревоги, коррекция атрибутивного стиля позволят повысить эффективность лечения больных паническими расстройствами и улучшить их социальную адаптацию.

Список литературы

1. Арутюнова Е.Э. Клинические особенности панических атак и их терапевтическая коррекция: Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2006. 10 с.
2. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как атрибутивного стиля (опросник СТОУН). М.: Смысл, 2008. 154 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: пер. с англ. М.В. Максимова, С.К. Чемякина, А.Ю. Сафронова. М.: Медицина, 1995. 697 с.
5. Полторац С.В., Фурсова М.В. Дифференциальная диагностика и комплексная терапия панических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 13. С. 35-44.

6. Юров И. Е. Панические расстройства у лиц молодого возраста. (Клинико-психол., гемодинам. и патобиохим. аспекты): Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2000. 13 с.

ОСНОВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛУЧАЯ РЕБЕНКА С АУТИСТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Семакова Е.В.¹, Машкова И.Ю.²

¹Смоленский государственный университет, г. Смоленск, Россия

²Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта: «Введение и адаптация нейропсихологической технологии в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка» № 17-16-67017 а/р.

Аннотация. В статье описаны особенности используемого авторами коррекционного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Рассмотрены теоретические и прикладные аспекты моторной коррекции в структуре организации нейропсихологической помощи случая. Основная суть предлагаемой программы, посредством воздействия на мышечную работу групп мышц, научить ребенка контролировать свое тело. Особая активация ориентирована на мышечный тонус, синергию, координацию. Необходимость моторной коррекции, ее длительность, перевод в другой коррекционный блок или прекращение коррекционного сопровождения определяется нейропсихологическими критериями.

Ключевые слова: аутистические расстройства; раннее вмешательство; нейропсихологическая коррекция.

BASIC OF NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION OF CASE OF A CHILD WITH AUTISTIC DISORDER

Semakova E.V.¹. Mashkova, I.Yu².

Abstract. The article describes the features used by the authors of correctional support of children with autism spectrum disorders (ASD). Theoretical and applied aspects organization of motor correction in the structure of neuropsychological case assistance are considered.

The main essence of the proposed program, through the impact on the muscular work of muscle groups, teach the child to control his body. Special activation is focused on muscle tone, synergy, coordination. The necessity for motor correction, its duration, transfer to another correctional unit or stoppage of correctional support is determined by neuropsychological criteria.

Key words: autistic disorders; early intervention; neuropsychological correction.

В настоящее время реализуется «Межведомственная Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации». В существующей концепции обозначен приоритет на раннее выявление нарушений здоровья и ограничения жизнедеятельности, разработку эффективных технологий и механизмов, научных исследований в сфере реабилитации и абилитации детей целевой группы. В этой связи нам хотелось бы описать реализуемую нами модель нейропсихологической коррекции случая ребенка с аутистическим расстройством.

Существующие современные теории возникновения аутизма достаточно подробно и разносторонне объясняют этиопатогенетические механизмы развития данного расстройства. У. Frith предположила, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации, нарушением объединения информации в целостную картину или дисбалансом «центральной связи» ("central coherence") (Frith U. Cognitive development and cognitive deficit //The psychologist. 1992. 5.) Сходным образом симптомы аутизма авторы объясняют отсутствием способности выявления внутреннего смысла (по А.Р. Лурия) или формирования представлений второго порядка (по S. Baron-Cohen). Манелис Н.Г., в попытке создания комплексной психологической и нейропсихологической теории аутизма, упор делает на особенности восприятия при аутизме, связанные с нарушением базовых механизмов перцептивных процессов (Манелис Н.Г. Ранний аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы/ Н.Г. Манелис // Шк. здоровья. 1999. N 2. С. 6-22.). Франческа Аппе в понимании аутизма также предлагает обращаться к нарушению репрезентации внутренних

представлений, но особое внимание автор предлагает обратить на ослабление и усиление центрального согласования у различных детей с аутизмом (Франческа Аппе Введение в психологическую теорию аутизма, 2016) . Наряду с теорией нарушения программирования и контроля (S.S. Ozonoff, J. Rogers, B.F Pennington 1991b. Asperger's syndrome: evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 1107-22.), лимбической теорией (Dawson G. (ed.) 1989. *Autism: nature, diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press.) и представлениями о дисфункции правополушарных структур у детей с аутистическими расстройствами (Строганова и др., 2011; Shields, 1991), высказываются предположения о слабости процессов активации вследствие недостаточности подкорковых структур (Московичюте, 1998; Rourke, 1995; Bosch, 1970; Gepner, Féron, 2009). Однако, наибольшее распространение получила все же теория слабости центрального связывания (Happe, F.G.E. igg4a. an advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24, i2g~54).

С точки зрения методологии нейропсихологического исследования заслуживает внимания статистическая модель сопоставления результатов нейропсихологического обследования с применением луриевского принципа синдромального анализа (Ахутина Т.В., Матвеева Е.Ю., Романова А.А.). Несомненный интерес представляет уровневый онтогенетический подход в понимании аутистического расстройства, предложенный Т.Г. Горячевой и Ю.В. Никитиной (Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Применение метода сенсомоторной коррекции при работе с детьми с аутистическими расстройствами: Методическое руководство/ Т.Г.Горячева, Ю.В.Никитина. М.: Институт бизнеса и политики, 2011. 68 с.) в разработке метода сенсомоторной коррекции, основанного на идеях А.Р. Лурия, Н.А. Бернштейна (Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / под ред. Газенко О.Г.; изд. подгот. Фейгенберг И.М.; редкол.: Баев А. А. (пред.) и др.; АН СССР. М.: Наука, 1990. С.494.).

Несмотря на широкое распространение нейропсихологический подход еще недостаточно используется в теоретико-методологическом основании ранней помощи, а нейропсихологические методы требуют дальнейшего совершенствования для интеграции в технологии раннего вмешательства [5].



Принятая на сегодняшний момент коррекционная стратегия при сопровождении детей с РАС, преимущественно направлена на активацию ассоциативных и межполушарных связей. Они формируются в рамках конкретных функциональных уровней (горизонтальная плоскость), так как это детерминировано анатомо-функциональными особенностями (слои коры). В результате коррекции создается некоторая иллюзия положительной когнитивной динамики, которая в перспективе не имеет возможности к развитию. В последние годы в сопровождении детей с РАС стали использовать метод сенсомоторной коррекции, однако он слабо дифференцирован и не учитывает специфику индивидуального дефекта [2].

Психическое развитие ребенка с РАС характеризуется серьезной дефицитностью, при котором на ведущие позиции регуляции выходят более ранние онтогенетически механизмы.

В онтогенезе проводящей системы первоначально формируются проекционные пути, а затем комиссуральные и ассоциативные. Это подтверждается и клиническими данными [1]. У детей с РАС вследствие «застывания» затрудняется образование связи между проекционными, комиссуральными и ассоциативными путями, то есть не обеспечивается достаточной степени участия нижних этажей психики в общем формировании психических процессов. Соответственно, при полной или частичной сохранности двигательной регуляции ее участие в обеспечении психических процессов более высокого уровня недостаточно.

Таким образом, мы считаем обоснованным организацию коррекционного воздействия посредством стимуляции сохраненных функций, а именно, двигательной сферы. Воздействие на двигательную сферу будет активизировать проекционные проводящие пути, осуществляющие вертикальные связи первичных и вторичных зон функционирования, что обеспечивается анатомо-функциональными особенностями коры головного мозга.

Организованная таким образом коррекционная работа поможет стимулировать многие регуляторные структуры нервной системы. Это возможно, потому что двигательный акт – это сложный процесс взаимодействия экстрапирамидной, пирамидной и других систем.

Важнейшими функциями двигательного аппарата являются обеспечение точности движений, регуляция согласованного, координированного действия мышц-антагонистов, корректирующих траекторию движения.

Координирующий аппарат контролирует равновесие тела, стабилизирует центр тяжести, регулирует согласованную деятельность мышц-антагонистов, обеспечивающих сгибание, разгибание и пр.

Обеспечение координации движений требует четкой и непрерывной обратной афферентации, информирующей о взаимоположении мышц, суставов, о нагрузке на них, о ходе выполнения траектории движения. Регуляция двигательного акта, как мы уже указывали, осуществляется с участием большого количества нервных структур и систем. К которым относятся мозжечок, корковые центры, вся экстрапирамидная система, афферентные и эфферентные проекционные пути. Единая функциональная регуляция движения осуществляется благодаря непрерывной циркуляции нервных импульсов по кольцевым каналам (сегментарный проприорецептор – пути Флегсига, Говерса, Голля, Бурдаха – мозжечок – красное ядро - спинной мозг – сегментарный альфа-малый нейрон и мышца – сегментарный проприорецептор - сокращение для обеспечения движения мышцы; мозжечок - красное ядро - зрительный бугор - хвостатое ядро - чечевицеобразное ядро - черное вещество - ретикулярная формация или нижняя олива - мозжечок; мозжечок - красное ядро - зрительный бугор – кора – мост – мозжечок; мозжечок - система заднего продольного пучка; мозжечок - вестибулярный аппарат), а так же благодаря характерной для нервной системы поэтажной реафферентации и собственной саморегуляции каждого уровня интеграции [1].

Учитывая клиническую характеристику обращающихся за помощью детей с РАС, а именно преимущественную сохранность двигательной сферы, отсутствие эффекта или локальную эффективность большинства используемых коррекционных программ, направленных на стимуляцию ассоциативных и межполушарных связей, а также особенности интегративной деятельности нервной системы, нами были разработаны рекомендации для составления программы индивидуальной коррекции случая ребенка с описываемыми расстройствами [4; 6].

Данная программа ориентирована на активацию проекционных связей посредством воздействия на моторную сферу. Продолжительность программы имеет различные диапазоны, однако ее длительность не должна быть менее 9 мес. К сопровождению ребенка привлекается команда специалистов (нейропсихолог, инструктор ЛФК, логопед, массажист), которые обеспечивают многостороннюю активацию моторики ребенка.

На диагностическом этапе выявляется специфика проявлений расстройства. В качестве основных инструментов диагностики используется неврологический осмотр, ЭЭГ, мнение нейропсихолога и психиатра. Диагностическое заключение определяет структуру дефекта, уровень первичного повреждения и вторичных нарушений в развитии психических процессов [3]. Непосредственно сама структура дефекта определяет последовательность и содержание коррекционных мероприятий.

Основная суть программы, посредством воздействия на мышечную работу возможных групп мышц, научить ребенка контролировать свое тело. Особая активация ориентирована на мышечный тонус, синергию, координацию. По окончании курса моторной коррекции, ребенок переводится в другой блок нейропсихологической помощи (определяется нейропсихологическими критериями), однако моторная коррекция постоянно сохраняется в сопровождении ребенка, учитывая ее особую важность в интегративной активации.

Организация сопровождения детей с РАС с использованием дифференцированной моторной коррекции в структуре ранней помощи и ее мониторинг на протяжении 5 лет, продемонстрировали хорошую эффективность данной организации коррекционных мероприятий.

Список литературы

1. Semakova E.V., Mashkova I.YU. Neuropsychological approach to the organization of assistance to family, which raising child with autism disorders / Материалы VI Международного конгресса Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М.: Региональная общественная организация "Ассоциация детских психиатров и психологов", 2017. № 2 (приложение). С. 217-218.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 1984. – 576 с.
3. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Применение метода сенсомоторной коррекции при работе с детьми с аутистическими расстройствами: Методическое руководство/ Т.Г.Горячева, Ю.В.Никитина. М.: Институт бизнеса и политики, 2011. – 68 с
4. Машкова И.Ю., Семакова Е.В. Нейропсихологический подход в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка //

- Материалы всероссийской научно-практической конференции «Психология когнитивных процессов» /под ред. Селиванова В.В. (сборник статей). Смоленск: Издательство СмолГУ, 2017. 178-181 с.
5. Машкова И.Ю., Семакова Е.В. Нейропсихологический подход к пониманию структуры дефекта при расстройствах аутистического спектра / Материалы VI Международного конгресса Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М.: Региональная общественная организация «Ассоциация детских психиатров и психологов» , 2017. № 2 (приложение). С. 158-159.
 6. Семакова Е.В., Машкова И.Ю. Нейропсихологические знания в профессиональной подготовке современного специалиста в рамках ведения отдельного случая. // Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием «Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход». Часть I / Под ред. Ткаченко П.В. – Текстовое (сингольное) электронное издание (3,27 Мб). Курск: КГМУ, 2017 – 1 электронный оптический диск (CD/R) . С. 273-277.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСТЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Силакова В.О., Звягинцева Е.И., Шутеева Е.Ю.

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

Аннотация. В статье отражены результаты клинического и нейрокогнитивного обследования 55 пациентов с функциональной астенией, 40 из них были включены в основную группу и получали питьевой раствор нейпилепта (препарат цитиколинового ряда) по 500 мг в сутки в течение 30 дней. В контрольную группу были отобраны 15 пациентов, сопоставимые с основной по возрасту, характеру жалоб, результатам обследований (клинического и нейропсихологических), уровню образования. Обе группы получали стандартные препараты - комплексные витаминные. В основной группе на фоне лечения наблюдалось существенное снижение астенических

проявлений в виде повышения субъективной оценки пациентами своего умственного и физического функционирования, выраженное уменьшение жалоб тревожно-депрессивного характера, улучшение когнитивного фона и качества жизни. Анализ нейропсихологического статуса выявил очевидную связь между регрессом симптомов функциональной астении и приемом нейпилепта.

Ключевые слова: астения, цитиколин, нейпилепт, лечение астении.

FUNCTIONAL ASTHENIA IN YOUNG PEOPLE.

Silakova V.O., Zvyagintseva E.I., Shuteva E.Y.

Abstract. The article reflects the results of clinical and neurocognitive examination of 55 patients with functional asthenia, 40 of them were included in the main group and received neupilept drinking solution (citicoline preparation) 500 mg per day for 30 days. In the control group, 15 patients were selected, comparable to the main age group, nature of complaints, examination results (clinical and neuropsychological), level of education. Both groups received standard drugs - complex vitamin. In the main group, on the background of treatment, there was a significant decrease in asthenic manifestations in the form of an increase in the patients' subjective assessment of their mental and physical functioning, a pronounced decrease in complaints of anxiety and depressive nature, an improvement in the cognitive background and quality of life. Analysis of the neuropsychological status revealed an obvious link between the regression of symptoms of functional asthenia and neupilept intake.

Keywords: asthenia, citicoline, neupilept, treatment of asthenia.

Астенический синдром (от греч. *asthénēia* — бессилие, слабость) – это обширный комплекс клинических проявлений, охватывающий элементы физической активности (работоспособность, выносливость), который сопровождается стремительно нарастающей усталостью, ощущением «разбитости», нарушениями когнитивных функций (памяти, внимания, способности к получению и обработке новой информации, скорости принятия решения), психоэмоциональными нарушениями (тревожность, раздражительность, неустойчивое настроение, снижение мотивации, боязнь неопределенности, уменьшение интереса к происходящему). Астенические

симптомы относятся к часто встречающимся расстройствам в практике врачей многих специальностей, так как сопровождают самые разнообразные соматические заболевания [1]. Из многочисленных источников известно, что симптомы астении встречаются во всех возрастных группах, однако пик заболеваемости приходится на 35–40 лет [2]. Распространенность астении среди населения, по данным различных исследований, составляет от 10% до 45% [1, 3]. Из альтернативных источников, частота данной патологии варьирует от 12% до 18%, при этом, врачи общего профиля сталкиваются с ней в 20–25% случаев [4].

Основой в развитии астенических реакций является нарушение нейрогуморальной регуляции и системный энергодефицит. Длительное снижение энергетического потенциала и изменение активности ретикулярной формации ствола мозга приводят к формированию нейромедиаторного дисбаланса, обуславливающего развитие когнитивных и тревожно-эмоциональных нарушений. Один из наиболее важных медиаторов – ацетилхолин – обеспечивает формирование устойчивости внимания, а его дефицит приводит к быстрой утрате полученной информации, повышенной отвлекаемости, когнитивным расстройствам [5].

На сегодняшний день имеется широкий спектр фармакологических средств, однако коррекция астении остается сложной медицинской проблемой. Первым шагом является обеспечение режима труда и отдыха пациента (нормированный рабочий день, адекватные условия трудового процесса, нормальный сон, борьба с вредными привычками, гиподинамией, гипоксией) [3, 6, 7]. Сегодня активное использование находят препараты, действующие на клеточный метаболизм нейронов – анксиолитики, нейролептики, антидепрессанты, витамины. Таким образом, астению лечат симптоматически, так как каждая из вышеперечисленных групп лекарственных средств влияет лишь на отдельные симптомы. Корректная же терапия должна представлять собой направленное воздействие на гипозэргоз – основу проявлений астенического синдрома [8]. Современная нейрометаболическая коррекция способствует увеличению жизнеспособности нейронов, устранению нейробиохимических нарушений, наблюдающихся при астении.

К таким средствам относятся препараты цитиколинового ряда [9]. Представителем данной группы является нейпилепт. Холин, входящий в состав цитиколина, лежит в основе синтеза ацетилхолина, дефицит которого в головном мозге лежит в основе многих патологических реакций. В условиях



энергодефицита ослабляется физиологический механизм синтеза эндогенного ЦДФ-холина за счет нарушения энергетического метаболизма и дефицита макроэргических соединений, поэтому необходима своевременная коррекция этого медиатора. Цитиколин, являясь источником холина, участвует в синтезе нейромедиатора ацетилхолина, стимулирует активность тирозингидроксилазы и секрецию дофамина [10]. Стрессопротекторное действие цитиколина проявляется в нормализации соматовегетативных расстройств, нормализации сна, улучшении настроения. Антидепрессивный эффект связан с его способностью активизировать норадренергическую, дофаминергическую и серотонинергическую системы, как показало исследование с оценкой временной динамики уровней метаболитов моноаминов, включенных в эти системы [11].

Цель - определение возможности использования цитиколина (нейпилепта) для коррекции клинических проявлений функциональной астении.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2х группах пациентов с функциональной астенией: основная и контрольная. Возраст варьировал от 30 до 40 лет. В основную группу были отобраны 40 пациентов, из них женщины - 26 (65%), мужчины - 14 (35%). Средний возраст - 34,4 года. В контрольную группу были отобраны 15 пациентов, средний возраст составил 34,2 года. Проявления функциональной астении у всех пациентов наблюдались около 6 месяцев. Испытуемые обеих групп были сопоставимы по характеру жалоб, результатам обследований (клинического и нейропсихологических), уровню образования. Психотравмирующая стрессовая ситуация способствовала началу заболевания у 56 % женщин и 22 % мужчин, физическое перенапряжение, ухудшение условий труда (ненормированный рабочий день, отсутствие отпусков в течение длительного времени, интенсивные нагрузки на рабочем месте) – в 38 % и 26 % случаев соответственно. В анамнезе пациентов хронических соматических заболеваний выявлено не было. Обследование проводилось по схеме: оценка соматического и неврологического статусов, анамнезов жизни и заболевания. Исследование нейрокогнитивного статуса проводилось с использованием шкалы лобной дисфункции (ШОЛД), МоСА-теста. Эффективность терапии оценивалась по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS). Пациенты имели сопоставимый уровень образования. Обе группы пациентов получали стандартные препараты - комплексные витаминные, сопоставимые по составу, пациентам основной

группы был назначен питьевой раствор нейпилепта (препарат цитиколинового ряда) по 500 мг в сутки в течение 30 дней. Статистическая обработка результатов выполнена при помощи комплекса программ Statistica 6.0.

Результаты. Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на стойкую выраженную слабость, ухудшение памяти, эмоциональную неустойчивость, постоянное чувство тревоги, ухудшение концентрации внимания, угнетенное моральное состояние, депрессивное настроение, болевые ощущения, различные по интенсивности и локализации. Неврологический статус без патологии. В соматическом обследовании: колебания артериального давления дистонического характера, смешанный дермографизм.

На фоне приема нейпилепта выявлено значительное улучшение показателей нейрокогнитивного тестирования (см. таблицу 1). Субъективно испытуемые отмечали улучшение памяти и концентрации внимания, что позитивно отразилось на их качестве жизни. Пациенты указали на более высокую скорость когнитивных реакций при психологических и физических нагрузках, ненормированном рабочем дне, нарушениях в организации труда. Пациенты контрольной группы субъективно не заметили выраженного улучшения когнитивных показателей, объективно положительная динамика при тестировании также не выявлена.

Таблица 1

Результаты нейрокогнитивного тестирования

Шкалы	Группа	До лечения	После лечения
Батарея лобной дисфункции	Основная	13,9±0,89	16,7±0,98*
	Контроль	13,8±0,78	14,1±0,81
МоСА-тест	Основная	24,1±1,04	25,9±0,78**
	Контроль	24,2±0,92	24,6±1,14

* $p < 0,000004$ ** $p < 0,000002$

При оценке выраженности астенических проявлений выявлено, что у пациентов обеих групп наблюдались признаки от «умеренной» до «выраженной» астении (см.таблицу 2).

Таблица 2

Результаты оценки выраженности астенических проявлений (по ШАС)

Показатель	Группа	До лечения	После лечения
Шкала ШАС	Основная	88,7±7,2	58,3±4,3*
	Контроль	89,5±6,8	71,2±7,2*

* ($p < 0,05$).

Из данных таблицы видно, что степень выраженности астенических расстройств на фоне лечения нейпилептом в основной группе стала соответствовать признакам «слабой» астении, а в группе контроля существенных сдвигов обнаружено не было.

Выводы. Исследование, проведенное при помощи шкал и опросников, (оценка уровня положительной динамики когнитивных функций (MoCA-тест, проба Шульте), астении (ШАС), тревоги и депрессии (HARS и HDRS)) указывает на выраженный лечебный эффект нейпилепта в терапии функциональной астении у лиц молодого возраста. Использование нейпилепта способствует улучшению качества жизни пациентов, активизирует процессы психоэмоциональной и психофизической адаптации в условиях хронического стресса. Нейпилепт можно рекомендовать в качестве политропного средства для коррекции различных проявлений астенического синдрома у лиц молодого возраста. Рекомендованная дозировка - 500 мг в день в течение 1 месяца.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Терапия астенических состояний // Фармацевтический вестник 2003. – № (282). – С. 15–6.
2. Гусев В.В., Львова О.А. Современные подходы к терапии астенического синдрома // Consilium Medicum 2013. – №01. – С. 60-64.
3. Путилина М.В. Особенности терапии астенических расстройств // Consilium medicum. Неврология 2010. – № 1. – С. 30–5. 7.
4. Watanabe N., Stewart R., Jenkins R. et al. The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental disorders: a cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity // J Psychosom Res. 2008. Vol. 64. № 4. P. 357–362.
5. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локшина А. Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии. 2005; 105: 2: С.3-17.
6. Воробьева А.А. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия // РМЖ. – 2009. – №20. – С. 1330-1334.
7. Путилина М. В. Астенические расстройства в общей медицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии // Нервные болезни. – 2013. – №4. – С.26-33.

8. Шутеева Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции // РМЖ. – 2018. – №4. – С. 80-84.
9. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Кашина Е.М. Астенические состояния в клинике сосудистых заболеваний головного мозга и возможности их коррекции // Нервные болезни 2012. № 1. С. 24–28.
10. Шутеева Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявлений астенического синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – №2. – С. 81-84.
11. Corona GI, Santagostino G, Frattini P, Cucchi ML, Zerbi F, Tosca P, et al. Preliminary data on monoamine metabolite levels in cerebrospinal fluid and in urine during therapy in dementia. IRCS Med Sci 1983; 11: P. 923-4

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПАРАСУИЦИД В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Скакуненко О.В.

**ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого
великомученики и целителя Пантелеимона», г. Курск, Россия**

Аннотация. В данной статье автор описывает социально-демографический профиль лиц, совершивших незавершенную суицидальную попытку у лиц, которые находились в алкогольном опьянении. Рассматривает такие показатели как возраст, семейное положение, образование, характер профессиональной деятельности. Описываются причины суицидальной попытки и ее характер, а также роль алкоголя при формировании и реализации парасуицида.

Ключевые слова: парасуицид, суицидальная попытка, суицид, алкогольное опьянение.

SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF PERSONS WHO HAVE COMMITTED PARASUICIDE WHILE INTOXICATED

Skakunenko O. V.

Abstract. In this article the author describes the socio-demographic profile of persons who have committed an incomplete suicide attempt in persons who were intoxicated. Considers such indicators as age, marital status, education, nature of professional activity. It describes the causes of suicide attempts and its nature, as well as the role of alcohol in the formation and implementation of parasuicide.

Keywords: parasuicide, suicide attempt, suicide, alcoholic intoxication

Проблема исследования суицидов посвящено достаточно много исследований, но остается целый ряд вопросов, требующих более детального изучения. К числу недостаточно разработанных проблем в области суицидологии относится феномен суицидальной попытки (парасуицида). Парасуицид определяется как нефатальная суицидальная попытка вне зависимости от интенций человека, предпринявшего ее [2]. Согласно данному определению парасуицид включает незавершенный по каким-то причинам суицид, а также суицидальные попытки, носящие по своей природе манипуляционный характер. Парасуицид является наиболее значительным фактором риска завершеного суицида, поскольку во многих случаях суициду предшествует серия суицидальных попыток [6]. Наличие суицидальных попыток в анамнезе является наиболее важным прогностическим фактором риска завершеного суицида, поскольку около 10% лиц, предпринимавших суицидальную попытку, в конце концов, совершают самоубийств [2]. Это объясняет тем, что суицидальная попытка часто выступает средством для решения конфликтных ситуаций, и при разрешении ситуации таким способом закрепляется в поведении человека как способ разрешения конфликта в своих интересах – это шантажно-манипулятивное суицидальное поведение. Одним из факторов формирования демонстративного суицидального поведения является не только состояние зависимости от алкоголя, но и его употребление в сочетании с наличием актуальной психотравмирующей ситуации [5].

Многие исследования посвящены особенностям суицидальной попытки, их динамика и предикторы для лиц, зависимых от алкоголя [3]. Основными предикторами суицидального поведения среди лиц, зависимых от алкоголя являются: раннее начало и длительный стаж злоупотребления алкоголем, тяжесть алкогольной зависимости, выраженная депрессивная симптоматика, наличие коморбидной психической и соматической патологии, безработица, одиночество, негативные жизненные события, низкая социальная активность и

социальная поддержка, самоубийство близкого человека, низкий уровень чувства когеренции, высокий уровень агрессивности и импульсивности, чувство безнадежности [1]

Некоторые исследователи отмечают, что 40-50% самоубийств совершается в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести, которые не имеют состояния зависимости от алкоголя. В зарубежной литературе отмечается, что в среднем 37% суицидов и 40% попыток самоубийств предшествует употреблению алкоголя. К факторам формирования суицидального поведения относят острую алкогольную интоксикацию. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают: увеличение психологического стресса, повышение агрессивности, ускорение перехода суицидальных мыслей в действия, сужение сферы познавательной деятельности, снижение стрессоустойчивости, что приводит к увеличению риска для суицидального поведения [4, 7].

Цель нашего исследования: изучить социально-демографический профиль лиц, совершивших парасуицид в состоянии алкогольного опьянения.

Проводилось сплошное обследование лиц, совершивших незавершенную суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, поступивших в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница» (женское наркологическое отделение).

Методами выступило структурированное интервью, где отмечались социальные характеристики (возраст, образование, место проживания, характер профессиональной деятельности, социальный и семейный статус, отношение к алкоголю); с помощью беседы выявлялись способы совершения суицидальной попытки и мотив.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница». Критерии включения пациентов:

1. Подписание информированного согласия;
2. Возраст от 18 лет, дееспособные мужчины и женщины, свободно владеющие русским языком;
3. Наличие суицидальной попытки в алкогольном опьянении.

Критерии не включения пациентов:

1. Возраст менее 18 лет и более 65;
2. Наличие острых психических состояний при поступлении, психические и поведенческие расстройства (шизофрения, шизотипические и бредовые

расстройства), суицидальные попытки и мысли, которые вызваны продуктивной психосимптоматикой.

3. Отсутствие информированного согласия.

Нами было обследовано 20 пациентов, которые поступили в отделение с попыткой суицида в алкогольном опьянении в период с июля по октябрь 2018 года. Результаты социально-демографического профиля представлены в таблице №1. Из полученных данных мы обнаружили, что преобладают пациентки молодого возраста (средний возраст составил 28,2 года). Половина опрошенных состояла в браке, примерно поровну распределились женщины, которые находятся в гражданском браке (т.е. совместно проживают с молодыми людьми), и которые на момент исследования не находятся в отношениях. По образованию преобладают пациентки со средним (11 классов общеобразовательной школы), средне-профессиональное и высшее распределились примерно поровну. Характеристика профессиональной деятельности – почти половина обследованных находятся в состоянии финансовой зависимости от мужей (сожителей или родителей), так как нигде не работают.

Таблица 1

Социально-демографический профиль лиц, совершивших парасуицид в состоянии алкогольного опьянения

№п/п	Показатели	количество респондентов	
		абс.	%
1	Возраст		
	<30	11	55
	31-40	7	35
	>40	2	10
2	Семейное положение		
	замужем	10	50
	гражданский брак	5	25
	разведена	1	5
	не замужем (одинок)	4	20
3	образование		
	среднее	9	45
	средне-профессиональное	5	25
	высшее	6	30
	студент	0	0

4	профессиональная деятельность		
	безработная	3	15
	домохозяйка	8	40
	разнорабочая	7	35
	занимает должность	2	10

При выявлении причин суицидального поведения показатель профессиональной деятельности играет немало важную роль, так как женщины испытывают свою зависимость от мужей (сожителей, родителей), часто те в свою очередь упрекают их, указывая на то, что те находятся без работы, что провоцирует конфликтную ситуацию. При анализе причин суицидального поведения преобладают частые конфликты с мужем (сожителем), в таких случаях парасуицид носит демонстративный характер, так как респондентки не имели цель умереть, а лишь хотели решить конфликт с помощью демонстрации самоубийства. Они выбирали наиболее безопасные виды (неглубокие порезы на предплечье, самоотравление препаратами, которые не приводят к отравлению). Пациентки не предполагали, что их направят на госпитализацию в психиатрическую больницу, сожалеют о содеянном, отрицают суицидальные мысли. Свое поведение характеризуют как разрешение конфликтной ситуации в свою пользу (например, «я хотела чтобы муж извинился», «чтобы он представил как без меня плохо» и т.д.). Роль алкоголя в случае демонстративного парасуицида выступает как фактор формирования суицидальной идеи и реализации, так как пациентки отмечают, что выпили алкоголь для снятия эмоционального напряжения, поднятия настроения, но под воздействием алкогольного опьянения и психотравмирующей ситуации, алкоголь, наоборот, повысил уровень агрессивности и снизил самоконтроль и адекватное оценивание ситуации. Также некоторые пациентки отмечали, что если бы не были бы в состоянии алкогольного опьянения то вряд ли бы совершили такой поступок.

Таким образом, в ситуации психотравмирующего характера (конфликта с супругом или родителями), причиной которой является финансовое положение (отсутствие работы и стабильного заработка) в состоянии алкогольного опьянения повышается риск совершить суицидальную попытку, которая носит демонстративно-шантажный характер, целью которой является разрешение ситуации. Алкоголь выступает как фактор формирования суицидальной идеи и причиной совершения, так как снижает самоконтроль, повышает

агрессивность, раздражительность и происходит неадекватное оценивание ситуации.

Список литературы

1. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. 2010. № 3. С. 57–69
2. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М., 2005. – 288 с.
3. Запесоцкая И.В. Критерии деформации субъектности в состоянии алкогольной зависимости // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. - 2011. № 3-3. - С. 149.
4. Запесоцкая И.В. Состояние зависимости: метапсихологический подход : диссертация ... доктора психологических наук : 19.00.01 / Московский государственный открытый педагогический университет. Москва, 2012.
5. Коростелева О.Е. Прием алкоголя как один из факторов формирования демонстративного суицидального поведения (клинический случай) // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. Курск, 2017. – С. 185-189
6. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Корреляты парасуицида лиц с синдромом зависимости от алкоголя: гендерный аспект. Суицидология Т.6, №1 (18), 2015.
7. Hufford M. Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev 2001; 21: 5: 797-811.20

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Скрипкина Н.В.¹, Казакова Г.А.²

¹Челябинский государственный университет, Школа-интернат № 4,
г. Челябинск, Россия

²Школа-интернат № 4, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы ресурсов социализации, которые наряду с социально-психологическим сопровождением обеспечивает системно организованная медицинская помощь. Анализируется опыт медицинского сопровождения как единицы целостной системы социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в МБОУ «Школа-интернат № 4 г. Челябинска».

Ключевые слова. Целостная система социализации; ресурсы социализации; медицинское сопровождение; дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

MEDICAL SUPPORT IN THE SOCIALIZATION OF CHILDREN WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Skripkina N.V., Kazakova G. A.

Abstract. The article deals with the issues of socialization resources, which along with socio-psychological support provides systemically organized medical care. The experience of medical support as a unit of the integral system of socialization of children with disorders of the musculoskeletal system in the boarding School № 4 in Chelyabinsk is analyzed.

Keywords. Integral system of socialization; resources of socialization; medical support; children with disorders of the musculoskeletal system.

Минимизация значения нарушений опорно-двигательного аппарата для всей личности и социализации ребенка, включение его в активный образовательный процесс с учетом индивидуальных и специфических особенностей психического развития, возможно лишь в условиях комплексного сопровождения. Между тем в исследованиях, посвященных вопросам социализации детей, существует недостаток информации относительно тех рисков социализации, с которыми дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата сталкиваются в современном обществе. В частности, недостаточно внимания уделяется рассмотрению вопроса ресурсов социализации, которые наряду с социально-психологическим



сопровождением обеспечивает системно организованная медицинская помощь.

Предварительно отметим, что целостность и эффективность системы социализации обучающегося с нарушениями опорно-двигательного аппарата достигается гармонизацией всех ее компонентов: социально-психологического, педагогического и медицинского сопровождения. В нашей статье мы уделим внимание медицинским аспектам социализации. Актуальность данного направления продиктована диагностируемой в настоящее время тенденцией к общему утяжелению состояния здоровья обучающихся. Это выражается в увеличении количества детей с сочетанной патологией (нарушение зрения, слуха, рост количества детей с эпилепсией и судорожной готовностью, интеллектуальными нарушениями), возрастании числа детей со средней и тяжелой степенью детского церебрального паралича (далее ДЦП), а также сочетании нескольких форм ДЦП у одного ребенка.

Конечной целью любой воспитательной, образовательной системы является социализация личности, индивидуальности субъекта, способного полноценно функционировать в реальных условиях жизни, преобразовывать их на основе созидательной деятельности, не причиняя ущерба ни себе, ни окружающим людям. В процессе социализации ребенок по мере роста и развития примеривает на себя и выполняет различные социальные роли, через которые он имеет возможность проявить себя в обществе [1].

Известно, что социализация – процесс трудоемкий, требующий от самой личности приложения определенных усилий, стабильного психофизического состояния. Поэтому, приобретение обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимых для жизни в социуме умений и знаний социальных отношений, а также усвоение норм общества, социальных ролей невозможно без качественного медицинского сопровождения. Результатом такой работы выступает социализированность воспитанника учреждения, которая в наиболее общем виде понимается как сформированность черт, задаваемых статусом и требуемых обществом [2].

Далее мы рассмотрим особенности организации медицинского сопровождения в специальном коррекционном учреждении для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата – МБОУ «Школа-интернат № 4 г. Челябинска» (далее учреждение), где обучаются и получают специализированное лечение, согласно профилю учреждения, дети в возрасте от 2,5 до 19 лет. На основании данных ежегодного медицинского осмотра 40

– 60% от общего количества детей составляют дети, имеющие диагноз детский церебральный паралич. Прочая наблюдаемая патология представлена системными атрофиями, спинальными поражениями, микросимптоматикой, последствиями родовых и черепно-мозговых травм, генетическими заболеваниями, последствиями воспалительных заболеваний нервной системы, опухолями нервной системы, болезнями нервно – мышечной системы и заболеваниями периферической нервной системы.

Для организации качественного медицинского сопровождения в учреждении функционирует медицинская служба, в состав которой входят: физиотерапевтическое отделение (электро-, свето- и теплолечение); отделение лечебной физкультуры и массажа; лечебные кабинеты: процедурный, прививочный, стоматологический, рефлексотерапии. Медицинское сопровождение в учреждении обеспечивают врачи следующих специальностей: педиатры, неврологи, ортопед–травматолог, офтальмолог, психиатр, физиотерапевт, рефлексотерапевт, зубной врач, инструкторы–методисты ЛФК.

Процесс медицинского сопровождения организуется в учреждении следующим образом: ежегодно в начале учебного года проводится медицинский осмотр воспитанников, после которого, с учетом сопутствующих заболеваний, разрабатывается индивидуальный план лечебных мероприятий на учебный год для каждого воспитанника, прописываются медицинские рекомендации с последующим контролем их соблюдения педагогами, воспитателями, специалистами. Специалистами медицинской службы учреждения разработана методика оценки эффективности лечения и критерии оценки состояния здоровья ребенка. Оценка состояния здоровья проводится два раза в год и включает параметры, позволяющие оценить эффективность проведенного комплексного лечения: состояние двигательной сферы; мышечный тонус; объем активных движений в суставах; стабилизация положения туловища; устойчивость при ходьбе; устранение тонических рефлексов; воспитание установочных рефлексов; подавление истинных гиперкинезов и синкенизий; удержание равновесия; общее физическое развитие; сопутствующие синдромы и заболевания. Так, по последним данным оценки общего состояния здоровья воспитанников нашего учреждения, мы наблюдаем улучшение состояния и стабилизацию процесса у 81% детей.



Содержание процесса медицинского сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в нашем учреждении выглядит следующим образом: каждый обучающийся в течение учебного года получает четыре курса лечения. Каждый курс лечения включает в себя допустимые сочетания электро-, свето-, тепло- и водолечения, медицинский массаж, рефлексотерапию, инъекционную терапию. Теплолечение представлено озокерит терапией. Лечение проводится аппликационным методом. После тепловой процедуры проводится разработка суставов путем пассивных движений. Затем ребенку предлагается произвести ряд активных движений под контролем инструктора – методиста ЛФК.

Для удовлетворения требований ФГОС ОВЗ к социализации личности и совершенствования процесса медицинского сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, сотрудниками медицинской службы (врачом–неврологом, врачом–педиатром, инструкторами–методистами ЛФК) разработаны и внедрены в практику новые методики: сканеротерапия для лечения ДЦП; кабатотерапия - метод лечения, при котором идет сочетание пассивно – активных движений с элементами дыхательных движений (эффективен в восстановлении паретичных мышц, в улучшении состояний эмоционально–волевой сферы детей); комплексы на физиоролах и ХОПах для коррекции двигательных нарушений при ДЦП; специальные комплексы лечебной физкультуры при различных формах ДЦП; водолечение (хвойно–солевые ванны, подводный душ–массаж) со специальным комплексом (проводится сеанс водолечения, затем комплекс лечебной физкультуры и разработка контрактур патологических установок суставов); методика рефлексотерапии и акупунктурной диагностики. Врачом-педиатром разработана авторская программа по закаливанию детей.

Большое внимание в медицинском сопровождении детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уделяется применению различных методик и видов массажа. Так, в учреждении применяются следующие виды лечебного массажа: классический, рефлекторно–сегментарный, точечный, периостальный, аппаратный, линейный рефлекторный, краниосакральный. Эффективно используются следующие методики массажа: дифференцированный классический массаж по Семеновой; рефлекторный массаж в резидуальной стадии ДЦП (линейный, точечный, краниопрессура); точечный массаж по Манухиной и Зелениной; комплексное применение дифференцированного массажа и мануальной

терапии в лечении сколиоза; круговой трофический массаж; массаж по системе Манакова; ПИР (постизометрическое расслабление); Шиатсу при ДЦП, плоскостопии, и др.

Особое внимание в учреждении уделяется занятиям лечебной физкультуры, которые проводятся квалифицированными инструкторами – методистами ЛФК от двух до четырех раз в неделю в зависимости от тяжести заболевания и индивидуальных возможностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Занятия лечебной физкультурой проводятся групповым, подгрупповым и индивидуальным методом, применяются щадящий и щадяще тренирующий режимы, с корригирующими элементами для каждого ребенка в ходе занятия и при выполнении отдельных движений.

Свою эффективность в медицинском сопровождении детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата доказал метод специальных упражнений с использованием физиологов для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: формируется правильная осанка у детей при сколиозе I – II степени, укрепляется мышечный корсет, свод стопы при плоскостопии, отрабатывается равновесие и координация при юношеской гипермобильности, разрабатываются контрактуры при ДЦП. Эти занятия также проводятся по группам, подгруппам и индивидуально, с использованием разных исходных положений: стоя, сидя, лежа на спине, боку, животе. Помимо выше перечисленных методов, учитывая высокий уровень соматической заболеваемости (дыхательной системы – 14,8%; сердечнососудистой системы – 32,3%; желудочно-кишечного тракта – 19,3%; мочеполовой системы – 9,9%; эндокринной системы – 20,2%; кожные заболевания – 0,9%), проводится курсовое профилактическое лечение детей после обследования по месту жительства.

В учреждении активно ведется пропаганда здорового образа жизни для всех участников образовательного процесса в виде лекций, бесед, выпуска санитарных бюллетеней, индивидуальных бесед. Создана и работает школа родительского успеха, в работе которой наряду с другими специалистами (учителями-дефектологами, учителями-логопедами, педагогами-психологами, тьютором), в рамках комплексного сопровождения, активное участие принимают специалисты медицинской службы учреждения. Тематика школ родительского успеха разнообразна и включает вопросы формирования у детей различных навыков, рассмотрение вопросов детско-родительских отношений, развитие устной речи, правила общения, обучение

артикуляционной гимнастике, правила поддержания и сохранения здоровья и т.д. В течение года родителям выдаются индивидуальные рекомендации по здоровью сбережению ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, медицинское сопровождение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в нашем учреждении является важным функциональным компонентом целостной системы комплексного сопровождения и базовым компонентом социализации личности воспитанников. Учитывая специфику данного нарушения развития, гармонично пройти этапы социализации ребенку с нарушениями опорно-двигательного аппарата возможно лишь при стабилизации общего состояния здоровья. Поэтому ресурсом социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, наряду с социально-психологическим сопровождением является системно организованная медицинская помощь. Следовательно, медицинское сопровождение является содержательной линией социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, поскольку обеспечивает их стабильное психофизическое состояние.

Список литературы

1. Голованова Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
2. Павлова О. С. Особенности социальной адаптации подростков с ДЦП в условиях интегрированного обучения// Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 20. – С. 61–65.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНОЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

**Солодухин А.В.^{1,2}, Помешкина Е.Е.³, Серый А.В.², Яницкий М.С.²,
Барбараш О.Л.¹**

¹ФГБНУ НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

²Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Россия

³Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово,
Россия

Аннотация. В статье проведена оценка эффективности применения методов когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с внутренней картиной болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) при подготовке к коронарному шунтированию (КШ). Было обследовано 74 пациентов, которые методом простой рандомизации были разделены на 2 группы. С пациентами первой группы до и после КШ велась когнитивно-поведенческая психотерапия, а пациенты второй группы шли по стандартной программе реабилитации послеоперационного периода. Пациенты обследовались за 5-7 дней до и через 10-11 дней после оперативного вмешательства.

На фоне применения когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с внутренней картиной болезни (ВКБ) отмечалось достоверное повышение среднего значения баллов гармоничного ($p=0,04$) и эргопатического ($p=0,03$) варианта ВКБ, в отличие от пациентов без когнитивно-психологического сопровождения.

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия при работе с внутренней картиной болезни у пациентов с ИБС до и после коронарного шунтирования приводит к формированию адаптивных вариантов внутренней картины болезни и снижению рисков психологической дезадаптации в послеоперационном периоде у данной категории пациентов.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, когнитивно-поведенческая психотерапия, ишемическая болезнь сердца

THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY WORKING WITH THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE OF PATIENTS WITH IHD DURING PREPARATION FOR THE CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

**Solodukhin A.V., Pomeshkina E.E., Gray A.V., Yanitsky M.S.,
Barbarash O.L.**



Abstract. In the article was given the assessment of the effectiveness of using methods of the cognitive-behavioural psychotherapy working with the internal picture of the disease of patients with the ischemia heart disease (IHD) during preparations for the coronary artery bypass grafting (CABG). 74 patients were surveyed and randomly divided into 2 groups. The cognitive-behavioural psychotherapy was given to the 1st group of patients before and after CB, and patients of the 2nd group were following the standard rehabilitative program for the post-operative period. Patients were examined 5-7 days before the operation and 10-11 days after one.

In parallel with the implementation of the cognitive-behavioural psychotherapy working with the internal picture of the disease (IPD) was noticed the reliable improving of the mean value of the harmonious ($p=0,04$) and ergopathic ($p=0,03$) variants of the IPD, in contrast to patients without cognitive-behavioural support.

Thus, the cognitive-behavioural psychotherapy working with the internal picture of the disease of patients with IHD before and after CABG lead to the formation of adaptive variants of the internal picture of the disease and decreasing of risks of the mental distress during the post-operative period for patients in this category.

Keywords: internal picture of the disease, cognitive-behavioural psychotherapy, ischemia heart disease

По данным Всемирной организации здравоохранения, основной причиной смерти от неинфекционных заболеваний являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Смертность от ССЗ в России составляет 53,2% (696,5 на 100 тыс. населения), при этом около половины из них приходится на ИБС [1]. Для лечения данного заболевания применяется операция коронарного шунтирования (КШ), которая признана как наиболее перспективная в плане улучшения качества жизни больных с тяжелой, резистентной к медикаментозной терапии ИБС. При этом, как показывают исследования, именно у этой категории пациентов возникают психоэмоциональные нарушения, которые могут привести к неблагоприятному течению и исходу болезни даже при успешно проведенной кардиохирургической операции [2,3].

В зависимости от преморбидных личностных особенностей пациенты по-разному воспринимают свое заболевание. Применительно к пациентам с ИБС в данном контексте используется понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Кардиологические заболевания могут привести к изменению иерархии мотивов и ценностей в связи с угрозой базовым потребностям, а именно, к

переосмыслению ценности здоровья, духовных ценностей, что способствуют возникновению дезадаптивных вариантов ВКБ и требует коррекционных мероприятий в виде использования специальных методов психологической помощи.

Цель исследования – оценить эффективность применения методов когнитивно-поведенческой психотерапии (КППТ) при работе с внутренней картиной болезни пациентов с ИБС при подготовке к коронарному шунтированию.

Материалы и методы. С 2017 по 2018 г. было проведено клиничко-психологическое обследование 74 пациентов, мужчин, в возрасте от 44 до 73 лет со стабильной ИБС, планирующих на КШ в условиях искусственного кровообращения в НИИ КПССЗ. Пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы. Пациенты одной группы (42 пациента) прошли курс психологических занятий в рамках КППТ. Пациенты группы сравнения (32 пациента) проходили по стандартной программе послеоперационной реабилитации без специально организованной психологической работы.

Критерии включения: мужской пол, планируемое КШ и добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения явились: отказ больного от участия в исследовании.

Психологические занятия в рамках КППТ проводились в течение 6 сеансов, из них 3 занятия на предоперационном этапе и 3 занятия в течение двух недель после КШ. Продолжительность занятия составляла 40-60 мин.

На первом сеансе проводилась диагностика ВКБ, с целью изучения которой применялась методика «ТОБОЛ» (Л.И. Вассерман с соавт.) [4].

В психологической работе применялись методы когнитивно-поведенческой психотерапии: ведение дневника реабилитации; когнитивное переструктурирование; репетиция адаптивного поведения; систематическая десенсибилизация и метод психической саморегуляции - мышечная релаксация по Э. Джекобсону [5]. Повторная оценка психологических параметров проводилась на 7-10 сутки после КШ.

Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 10.0. Полученные данные были проанализированы на нормальность распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. Распределение данных отличалось от нормального, в связи с чем, для сравнительного анализа количественных клиничко-психологических

показателей был использован критерий U-Манна-Уитни с оценкой значимости ($p \leq 0,05$). С целью подтверждения влияния методов КППТ на ВКБ пациентов с ИБС был выполнен анализ по критерию Н-Краскала-Уоллеса. Применялся критерий согласия χ^2 с целью сопоставления двух выборок по психологическим параметрам в группе сопровождения и контрольной группе. Динамика параметров оценивалась с помощью критерия Т-Вилкоксона. Количественные клинико-психологические показатели представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение.

Результаты. Изучение исходных психологических параметров у пациентов исследуемых групп показало отсутствие статистически значимых различий до проведения психологических занятий.

Повторное измерение показателей ВКБ через 7-10 дней после КШ показало достоверное повышение среднего значения баллов гармоничного (с 31 ± 5 до 36 ± 4 ; $p = 0,04$) и эргопатического (с 31 ± 6 до 34 ± 7 ; $p = 0,03$) варианта ВКБ в группе психологического сопровождения. Показатели адаптивных вариантов ВКБ в группе без психологического сопровождения значимо не изменились, однако зафиксировано снижение среднего значения баллов у тревожного варианта ВКБ (с 6 ± 3 до 4 ± 2 ; $p = 0,03$).

Выводы: На фоне проводимых занятий в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с ИБС перед и после коронарного шунтирования происходит формирование адаптивных вариантов внутренней картины болезни и снижение рисков психологической дезадаптации в послеоперационном периоде КШ.

Список литературы

1. Шальнова С.А. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) // Терапевтический архив. 2011. № 1. С. 7–11.
2. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. 2012. Том 18. № 4. С. 278-291.
3. Зеленская И.А., Демченко Е.А., Лубинская Е.И. Психологические особенности больных ИБС после аорто - коронарного шунтирования в процессе реабилитации // Материалы Международной науч.-практич. конф. молодых ученых «Психология XXI века», 2011 г. / под науч. ред.

- О.Ю. Щелковой. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2011. - С. 174-176.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни // СПб., 2005. 32 с.
 5. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017. - №2(1). С.84-90.

СОДЕРЖАНИЕ И ФОРМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СРЕДЕ МАССОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ НОВЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

Сорокоумова С. Н.¹, Мухина Д. Д.²

¹ **Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Россия**

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород, Россия

Аннотация. В статье представлены этапы организации психологического сопровождения детей с ОВЗ в массовую общеобразовательную школу. Раскрыты задачи современного практического психолога в образовательных организациях. Описаны особенности психологической поддержки как формы психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ. Психолого-педагогическое сопровождение рассматривается не только как развитие самих детей, но и как комплекс мероприятий, который включает в себя подготовку к работе по инклюзивному образованию родителей, педагогов, психологов.

Ключевые слова. Инклюзивное образование, психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ, образовательные организации.

THE CONTENTS AND FORMS OF PSYCHOLOGY- PEDAGOGICAL SUPPORT OF CHILDREN WITH DISABILITIES IN THE MASS EDUCATION ENVIRONMENT IN THE CONTEXT OF NEW FEDERAL EDUCATIONAL STANDARDS

Sorokoumova S. N., Mukhina D.D.

Abstract. The article presents the stages of psychological accompaniment of children with disabilities in the face of mass school. The tasks of a modern practical psychologist in educational organizations are revealed. Describes the features of psychological support as a form of psychological-pedagogical accompaniment of children with disabilities. Psychological and pedagogical support is considered not only as the development of the children themselves, but also as a complex of measures, which includes preparation for work on the inclusive education of parents, teachers, psychologists.

Keywords. Inclusive education, psychological and pedagogical support for children, psycho pedagogical accompaniment of children with disabilities, educational organizations

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту начального общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ФГОС НОО для детей с ОВЗ), вступившим в действие с 1 сентября 2016 года современная массовая школа должна обеспечить целым комплексом специальных образовательных условий – общие и специфические для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (далее- ОВЗ); разработать дифференцированные адаптированные общеобразовательные программы, при этом предусматривается возможность перехода обучающегося с ОВЗ с одного варианта образовательной программы на другой. В связи с этим возрастает необходимость реализации психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ, адаптации дошкольников к процессу обучения в массовой школе. При этом значительно возрастают роль практического психолога в контексте подготовки преподавателей, обучающихся и родителей.

Разделяя концепцию И.И. Мамайчук о том, что психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья (далее- ОВЗ) – это деятельность психолога, направленная на созидание комплексной

системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме [2].

В русле обозначенной концепции выделим этапы и определенные задачи психологического сопровождения, которые стоят перед современным практическим психологом.

– *подготовительный этап* (установление контакта со всеми участниками сопровождения ребенка, определение объема работы и последовательности процесса сопровождения, подготовка необходимой документации, составление графика работы). Психолог, устанавливая контакт со специалистами, обязательно должен объяснить цели психологического сопровождения ребенка;

– *ориентировочный этап* (установление контакта с родителями и родственниками ребенка; установление контакта с классом и преподавателями в условиях массовой школы; знакомит специалистов с результатами психологического обследования; совместно обсуждает с педагогами и другими специалистами особенности психического развития ребенка);

– на *этапе планирования* происходит создание индивидуальной программы сопровождения ребенка и утверждение этой программы со специалистами;

– *этап реализации индивидуальной программы* (оказание необходимой помощи родителям ребенка, педагогам в создании условий, необходимых ребенку с ОВЗ для полноценного здорового образа жизни и успешного овладения образовательными программами с учетом его психических и физических возможностей; оказание необходимой психологической помощи родителям ребенка, его родственникам, друзьям с целью гармонизации межличностных отношений, оптимизации воспитательного процесса; просвещение и консультирование педагогов, педагогов-дефектологов и других специалистов, работающих с ребенком);

– на *заключительном этапе* разбирается, насколько эффективно проведена работа, даются рекомендации по дальнейшей деятельности ребенка (профессиональное обучение, продолжение обучения в школе с профессиональной ориентацией и т. п.).

При организации детской деятельности в условиях инклюзии важным является организация форм сопровождения.

В рамках *психолого-педагогического сопровождения* мы рассматриваем



три направления: поддержка детей с ОВЗ и их здоровых сверстников; поддержка родителей и семейного окружения; поддержка сопровождающих специалистов.

Процесс реализации психологической поддержки каждого направления является длительным и требует обязательного комплексного подхода и преемственности в системе дошкольная образовательная организация - школа. Практический психолог в данном случае является участником и координатором сопровождения. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, в зависимости от возникающих проблем.

Эти мероприятия могут быть реализованы в организации психолого-педагогического просвещения родителей о возрастных и психологических особенностях личности дошкольника с ОВЗ. С этой целью могут быть организованы: родительские собрания (предложены лекции, семинары-дискуссии с игровым моделированием и обсуждением типов ситуаций взаимодействия, самодиагностика родительского стиля воспитания домашние задания), тренинги, групповые и индивидуальные консультации и беседы.

Основная задача – расширение диапазона знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений. Кроме того, на семинарах повышается не только информированность родителей о ребенке, а главное — это изменение отношения родителей к проблемам ребенка и задачам воспитания больного ребенка. На семинарах родители вовлекаются в обсуждение своих проблем, обмениваются опытом, совместно вырабатывают пути разрешения возникших конфликтов. Тактика психолога в процессе семинара — быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако при этом психолог не должен давать оценочные суждения, интерпретации, порицания или советы. Психологу необходимо проявлять активность в убедительных и аргументированных изложениях психологических вопросов, а основная его задача это организация и проведение таких семинаров [1,2,3,6,7].

Отмечая положительный опыт работы с родителями, авторы показывают специфические способы психолого-педагогического сопровождения. Это лекционные приемы, родительские семинары-дискуссии, индивидуальные беседы с психологом. Прикладные исследования показали, что групповое взаимодействие родителей больных детей гармонизирует не только родительские, но и супружеские взаимоотношения, а также благоприятствует развитию личностного роста самих родителей. Ученые подчеркивают, что

эффективность психологической поддержки в значительной степени зависит не только от уровня профессиональной квалификации психолога, а также от его личностного потенциала.

Итак, «психолого-педагогическое сопровождение является важным звеном в системе психологической помощи родителям детей с ОВЗ. Основная цель психологической поддержки — повышение сензитивности родителей к проблемам детей, снижение эмоционального дискомфорта у родителей в связи с болезнью ребенка, формирование у родителей адекватных представлений о потенциальных возможностях ребенка и оптимизация их педагогического потенциала. Огромную роль в эффективности психологической поддержки родителей играет создание разнообразных форм группового взаимодействия родителей и других членов семьи ребенка. Необходимо, чтобы сам процесс психологической поддержки был непрерывным, комплексным, предъявляющим высокие требования к личности специалиста-психолога» [3].

Соответственно наиболее перспективной моделью психологической службы для работы образовательном учреждении в условиях инклюзии является модель "сопровождение". Основной отличительной особенностью, которой является объединение видов сопровождения применительно к детям с ОВЗ: психологическая помощь, психологическая поддержка и психологическое обеспечение в деятельности всех участников образовательного процесса.

Психологическая служба в дошкольном детстве не должна ограничиваться только одним из предложенных составляющих. Эффективность психологической помощи в значительной степени зависит от воздействия каждого из видов (помощи, поддержки и обеспечения) [4,5].

Ориентируясь на знания о детях с комплексными нарушениями развития, становится очевидным вся сложность решения проблемы развития в рамках психологической помощи, которая способствует формированию психических процессов каждого субъекта, можно сказать, что психологическое сопровождение является особой психологической деятельностью, обеспечивающей когнитивное, психологическое и социальное развитие. Опираясь на закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями психологическое сопровождение содержит в себе анализ особенностей формирования познавательных процессов, личности ребенка и разработке адекватных методов многоаспектного психологического воздействия».

Психологическое сопровождение выпускников ДООУ и первоклассников с



ОВЗ в условиях инклюзии должно начинаться как можно раньше и проходить с учетом сензитивных периодов развития ребенка, с учетом качественных возрастных психических новообразований через ведущие виды детской деятельности. Направления психологического сопровождения: диагностическая, коррекционная и развивающая работа должна способствовать выявлению зон актуального и ближайшего развития, с учетом специфики развития ребенка. Образовательное пространство в условиях инклюзии должно функционировать на основе полифункционального детско-взрослого взаимодействия, построенная на принципах сопричастности, сотрудничества и содействия, которая и может являться основным условием эффективности учебно-воспитательного процесса в массовой школе в плане сохранения психологического здоровья всех субъектов взаимодействия, их полноценного развития и личностного роста.

В связи с этим, модель помощи, поддержки и обеспечения объединяется на основании инклюзивного подхода к обучению и воспитанию применительно к детям разных категорий ОВЗ, где создаются основные направления психологического сопровождения, инклюзивного образования, в основе которых лежат разные уровни интеграции детей в пространстве образовательного учреждения. Готовность к интеграции обучающихся есть важнейший критерий возможности ребенка включиться в общеобразовательную среду, поэтому ее изучение и развитие было одной из важнейших задач и этапов нашей работы.

При этом приходится констатировать факт отсутствия в современной специальной психологии комплексных теоретико-экспериментальных разработок, раскрывающих особенности психологического сопровождения детей с ОВЗ в массовую образовательную среду.

Так, требует особого научного осмысления вопрос интеграции проблемных и нормально развивающихся детей с различными образовательными потребностями, а также владение педагогом особыми психолого-педагогическими, психолого-дидактическими и психолого-технологическими компетенциями. Все вышесказанное убеждает нас в том, что решение поставленных в нашем исследовании задач в полной мере может быть достигнуто в рамках психологического сопровождения детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования.

Список литературы

1. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. – 239с.
2. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
3. Мамайчук, И.И., Ильина, М.Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. Научно-практическое руководство СПб., 2006. – 352 с.
4. Сорокоумова, С.Н. Организация психологической помощи дошкольникам в инклюзивном образовании // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, Т. 13. – №2 (5). – 2011. – С.1232 - 1237.
5. Суворова, О.В. Модель полисубъектной коммуникативно-познавательной среды образовательного учреждения / О.В. Суворова // Вестник университета» (Государственный университет управления, Москва). - № 14. – 2011.- С. 67-71.
6. Суругин, А.Ю. Формирование коммуникативной культуры как психолого-педагогическая и социальная проблема / А.Ю. Суругин, Т.Г. Мухина // Приволжский научный журнал, 2015. – №2. – С.276 – 281
7. Ткачева, В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование. М.: Книголюб, 2007. – 144 с.

РОЛЬ ПРОАКТИВНОГО СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИОНОМИЧЕСКИХ ПРОФЕССИЙ

Старченкова Е.С.

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

Аннотация. В статье рассмотрены взаимосвязи проактивного совладающего поведения с организационными, профессиональными стрессами, профессиональным выгоранием, состояниями сниженной работоспособности и показателями профессионального здоровья. Проактивные

копинг-стратегии уменьшают выраженность профессионального выгорания и негативных состояний в профессиональной деятельности и способствуют сохранению профессионального здоровья у специалистов социэкономических профессий. Изучена избирательность копинг-стратегий в зависимости от этапа профессионализации. Разработана и апробирована тренинговая программа обучения специалистов социэкономических профессий конструктивному совладающему поведению в профессиональной деятельности.

Ключевые слова: проактивное совладающее поведение, организационный стресс, профессиональный стресс, профессиональное выгорание, профессиональное здоровье, тренинг.

THE ROLE OF PROACTIVE COPING BEHAVIOR IN ENSURING OF OCCUPATIONAL HEALTH AMONG SPECIALISTS OF SOCIONOMIC PROFESSIONS

Starchenkova E. S.

Abstract. The article considers relationships between proactive coping behavior, job burnout, organizational, professional stresses, conditions of reduced efficiency, and indicators of occupational health. Proactive coping strategies reduce the levels of the negative psychological conditions in professional activity and professional burnout and contribute to maintaining of occupational health of specialists of sociэconomic professions. The selectivity of coping strategies was studied depending on the stage of professionalization. A training program of active learning to constructive coping behavior has been developed and aprobated for sociэconomic specialists.

Keywords: proactive coping behavior, organizational stress, occupational stress, professional burnout, occupational health, training.

Психология профессионального здоровья представляет собой новое научно-практическое направление, которое развивается на стыке таких прикладных дисциплин как психология здоровья, организационная психология и психология труда. Профессиональное здоровье обеспечивает способность субъекта к определенной профессиональной деятельности с заданными параметрами ее эффективности, качества, надежности на протяжении определенного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным

факторам или обстоятельствам, сопровождающим эту деятельность [3]. В настоящее время профессиональное здоровье рассматривается как полное физическое, психическое и социальное благополучие человека в условиях выполняемой им деятельности [4]. Ключевыми вопросами психологии профессионального здоровья являются: 1) обеспечение и поддержание здоровья работников; 2) улучшение производственных условий, способствующих безопасности здоровья; 3) развитие организации труда и рабочей культуры в направлении, которое обеспечивает здоровье и безопасность на работе и при этом также поддерживает позитивный социальный климат и увеличивает производительность труда.

Как известно, работа может оказывать амбивалентное влияние на стиль жизни человека, его физическое и психическое здоровье, и, в конечном счете, на долголетие. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы психологического обеспечения профессионального здоровья человека на всех этапах профессиональной деятельности от «входа» в профессию до «выхода» из нее [2]. Профессиональная деятельность специалистов социэкономических профессий содержит определенные риски ухудшения профессионального здоровья: высокая насыщенность рабочего дня, обусловленная общением с другими людьми; большое количество различных по смысловому и эмоциональному содержанию деловых контактов; высокий уровень ответственности за результат общения; необходимость понимания индивидуальных особенностей, притязаний и ожиданий своих партнеров по общению; притязания на неформальное общение при решении различных вопросов; наличие конфликтных и напряженных ситуаций общения, связанных с недоверием, несогласием и отказом от дальнейшего взаимодействия и др. [1]. В связи с этим важной задачей психологии труда является поиск путей укрепления профессионального здоровья представителей социэкономических профессий.

Проактивное (или опережающее) совладающее поведение связано с постановкой и достижением лично значимых целей в отдаленном будущем, а также с предвосхищением возможных преград для их достижения. Концепция проактивного совладающего поведения базируется на когнитивной-транзактной парадигме стресса и вводит в нее дополнительно темпоральное измерение [5]. Основные отличительные черты проактивного совладающего поведения состоят в том, что оно интегрирует планирование и превентивные стратегии с проактивной саморегуляцией достижения целей; связывает



проактивное достижение целей с идентификацией и использованием социальных ресурсов; использует проактивное эмоциональное совладание для саморегуляции в процессе достижения целей. Преимуществом проактивного совладания является обнаружение стрессоров на ранней стадии, что обуславливает меньшее расходование ресурсов на борьбу с ними, а, следовательно, ресурсы остаются доступными для других видов деятельности.

В наших исследованиях были получены данные о связи проактивных копинг-стратегий с переживанием организационных, профессиональных стрессов, состояниями сниженной работоспособности и профессиональным выгоранием у специалистов социэкономических профессий (всего 513 чел). Анализ результатов показал, что использование таких стратегий, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$), «стратегическое планирование» ($p < 0,01$), «превентивное совладание» ($p < 0,01$) и «проблемно-ориентированный копинг» ($p < 0,01$) снижает вероятность развития как организационного, так и профессионального стрессов. При этом для снижения выраженности профессионального стресса важна также эмоциональная поддержка.

Получены данные об отрицательных взаимосвязях проактивных копинг-стратегий с состояниями сниженной работоспособности, развивающимися в процессе выполнения профессиональной деятельности. Чем чаще специалисты использовали такие стратегии, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$) и «стратегическое планирование» ($p < 0,05$), тем реже у них развивались утомление, монотония и пресыщение.

Изучение взаимосвязи проактивного совладающего поведения и профессионального выгорания показало, что такие проактивные копинг-стратегии, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$), «стратегическое планирование» ($p < 0,05$), «рефлексивное совладание» ($p < 0,01$) и «превентивное совладание» ($p < 0,01$) были положительно взаимосвязаны с высокой самооценкой профессиональных достижений. Следует отметить, что проактивные стратегии не были непосредственно взаимосвязаны с основными компонентами профессионального выгорания (эмоциональным истощением и деперсонализацией), а влияли на уменьшение выраженности данного синдрома через снижение редукции личных достижений.

Таким образом, можно предположить, что использование конструктивного, в том числе проактивного совладающего поведения, через снижение выраженности негативных состояний на работе (профессионального, организационного стрессов, состояний сниженной работоспособности,

профессионального выгорания) положительно влияет на профессиональное здоровье работающего человека.

Взаимосвязи совладающего поведения и профессионального здоровья. По нашим данным, проактивное совладающее поведение взаимосвязано с высокими показателями профессионального здоровья (Никифоров, Березовская, Водопьянова, Старченкова, 2015; Старченкова, Захарова, 2016). Для высоких показателей физического уровня здоровья (самочувствие, частота простудных и хронических заболеваний, утомляемость, физическая работоспособность, активность, энергетический потенциал) были важны такие проактивные копинг-стратегии, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$), «стратегическое планирование» ($p < 0,01$), «превентивное совладание» ($p < 0,01$), «рефлексивное совладание» ($p < 0,01$).

Для высоких показателей психологического уровня профессионального здоровья (эмоциональное благополучие, умственная работоспособность, внимание, память, стрессоустойчивость, поведение, направленное на укрепление здоровья, отсутствие признаков профессиональной деструкции личности и др.) большое значение имеют такие проактивные копинг-стратегии, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$), «стратегическое планирование» ($p < 0,01$), «превентивное совладание» ($p < 0,01$), «рефлексивное совладание» ($p < 0,01$) и поиск инструментальной поддержки ($p < 0,01$).

Для высоких показателей профессионального здоровья на социальном уровне (удовлетворенность трудом, переживание профессиональной востребованности, удовлетворенность условиями работы и оплатой труда и др.) важны такие копинг-стратегии, как «проактивное совладание» ($p < 0,01$), «стратегическое планирование» ($p < 0,01$), «превентивное совладание» ($p < 0,01$), «рефлексивное совладание» ($p < 0,01$), поиск инструментальной поддержки ($p < 0,01$), поиск эмоциональной поддержки ($p < 0,01$). Несмотря на то, что в наших исследованиях использовались разные опросники копинг-поведения, наиболее важными для профессионального здоровья оказались антиципаторно-превентивные стратегии, направленные на будущее.

Также очень важным является следование здоровому образу жизни. Такой показатель, как поведение, направленное на укрепление здоровья, был положительно связан с общим показателем физического здоровья ($p < 0,001$), с общим показателем эмоционального благополучия ($p < 0,001$), переживанием профессиональной востребованности ($p < 0,001$). Специалисты социномических профессий, предпринимающие усилия по укреплению своего

здоровья (рациональное питание, занятия спортом, поддержание здорового образа жизни и т.п.), являются более здоровыми, благополучными и профессионально востребованными.

Таким образом, можно заключить, что использование проактивного совладающего поведения способствует уменьшению выраженности различных негативных состояний, возникающих при выполнении профессиональной деятельности (организационных и профессиональных стрессов, состояний сниженной работоспособности, профессионального выгорания), а также способствует снижению субъективной оценки стрессогенности профессионально трудных ситуаций за счет их рассмотрения как ситуаций вызова своим способностям. Проактивные копинг-стратегии способствуют укреплению профессионального здоровья специалистов социономических профессий.

Выделение данного типа совладания смещает фокус исследований к более широкому спектру проблем управления целями и рисками, которое включает в себя активное создание возможностей для личностного роста и позитивное переживание стресса [5]. Будучи проактивным, человек рассматривает происходящие с ним жизненные события в определенной временной перспективе, а люди, ориентированные на будущее, обычно прилагают больше усилий для предупреждения негативных изменений в своей жизни. Благодаря направленности на будущее и превентивному совладанию с трудностями, проактивное совладающее поведение ориентирует людей на сохранение и укрепление своего здоровья как важного ресурса личностного роста и профессионального развития.

Анализ и описание результатов апробации тренинговой программы. На основе полученных данных была разработана программа тренинга по обучению конструктивному совладающему поведению специалистов социономических профессий. До начала тренинговой программы по повышению компетентности совладающего поведения в профессиональной деятельности и через 1 мес. после окончания тренинга испытуемые экспериментальной (n=20) и контрольной (n=20) групп проходили психодиагностическое обследование. Использовались следующие методики: шкала проактивных компетенций (Старченкова Е.С.), шкалы для оценки самомотивации к изменению, модификация анкеты «Эмоционально-напряженные ситуации» (Борисова Е.В., Старченкова Е.С.), методика «Профессиональное выгорание» ПВ (Водопьянова

Н.Е., Старченкова Е.С.), анкета для оценки целеполагания во временной перспективе.

Для проверки гипотезы о различии изменения параметров в экспериментальной и контрольной группах был применен критерий углового преобразования Фишера. Результаты исследования показали, что доля сдвигов в сторону уменьшения эмоционального истощения ($p < 0,009$), в сторону увеличения самооценки профессиональных достижений ($p < 0,017$), в сторону уменьшения оценки общей стрессогенности профессионально трудных ситуаций ($p < 0,047$), в сторону усиления проактивных компетенций (целеполагания, планирования, превенции, обращения за социальной поддержкой) ($p < 0,05$) в экспериментальной группе достоверно выше, чем в контрольной. Таким образом, результаты апробации тренинга показывают уменьшение выраженности профессиональных деструкций, снижение оценки стрессогенности профессионально трудных ситуаций (в том числе за счет повышения их контролируемости), повышение конструктивности совладающего поведения.

Список литературы

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Никифоров Г.С. Проблема профессионального здоровья / Психология профессионального здоровья // Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб: Речь, 2006. – с. 9-39.
3. Никифоров Г.С., Водопьянова Н.Е., Березовская Р.А., Старченкова Е.С. Психологические факторы профессионального здоровья преподавателей высшей школы / Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2015. № 4. С. 42-54.
4. Никифоров Г.С., Шингаев С.М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление. / Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 2. С. 44-54.
5. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения. / Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 2-1. С. 198-205.

СОВРЕМЕННАЯ СЕМЬЯ И ПЛЮСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Яковлева В.И., Тайтелиева А.Б.

Центрально - Азиатского отделения МАПН
им. А. А. Мухамеджанова, Южно- Казахстанская область, г.
Шымкент, Казахстан

Аннотация. Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме семейной психотерапии. Основные вопросы, которыми занимается семейная психотерапия: трудности, с которыми сталкиваются люди в браке; проблемы взаимоотношений между родителями и детьми; трудности распределения родительских ролей; проблемы личностного характера, которые возникли еще в детстве, и были переложены на поведение в собственной семье.

Ключевые слова: психотерапия, семейная психотерапия, психотерапия в настоящее время, психологическая помощь, нарушение психической деятельности, психические болезни, личностный подход.

MODERN FAMILY AND PLUSES OF PSYCHOTHERAPY

Tastan T.R., Shlikbaeva B.A., Yakovleva V.I., Taitelieva AB

Abstract. The article is devoted to the current problem of family psychotherapy today. The main issues addressed by family psychotherapy: the difficulties faced by people in marriage; relationship problems between parents and children; difficulties in assigning parental roles; personal problems that arose in childhood, and were shifted to the behavior in their own family.

Key words: psychotherapy, family psychotherapy, psychotherapy at present, psychological assistance, mental disorder, mental illness, personal approach.

В настоящее время, пережив этап противостояния «медицинской» и «психологической» моделей, психотерапия обретает черты стройной системы. Психотерапия в настоящее время не позиционирует себя как альтернатива психофармакологическим и биологическим методам лечения, она легко интегрируется в лечебный процесс, занимая в нем свое клинически обоснованное место. Это, в свою очередь, открывает возможности не только в

лечении психических заболеваний, но и эффективной профилактике расстройств.

Семейная психотерапия как самостоятельное направление психологической помощи возникло в 60-е годы XX века в США. У ее истоков стояли такие классики психотерапии, как Муррэй Боуэн, Джей Хейли, Виржиния Сатир, Сальвадор Минухин, Карл Витакер и другие блистательные психотерапевты.

Основное отличие семейной психотерапии состоит в том, что она ориентирована на семью как группу взаимозависимых индивидов, исполняющих совместный «танец», где частная проблема одного члена семьи представляется одним из общего взаимодействия. Любые изменения в одном из членов семьи неизбежно вызывают реакцию во всех остальных, которые иногда поддерживают эти изменения, но чаще пытаются вернуть все в исходную позицию. Особенность семейной психотерапии, в отличие от других клинических дисциплин, заключается в том, что, изучая организм в целом, она, прежде всего, исследует нарушения психической деятельности всех членов семьи.

Само понятие «психотерапия семьи» появилось только в начале 50-х годов XX века с легкой руки американских врачей Грегори Бейтсона, Джея Хейли, Дональда Джексона и Джона Уикленда. До этого времени работа с семьей противоречила всем принципам психотерапии, которая была построена на том, что самое важное — это личность, семья — это совокупность личностей, и прорабатывать необходимо только проблемы каждого из супругов по отдельности. Только так можно разрешить семейные проблемы.

Сегодня семейная системная психотерапия существует как отдельный подход в психотерапии, рассматривая семью как систему, работающую по особым законам и считая, что семья может как продуцировать конфликты, так и разрешать их.

Основные вопросы, которыми занимается семейная психотерапия, являются следующие:

- трудности, с которыми сталкиваются люди в браке;
- проблемы взаимоотношений между родителями и детьми;
- трудности распределения родительских ролей;
- проблемы личностного характера, которые возникли еще в детстве, и были переложены на поведение в собственной семье.

При реализации системного подхода в психотерапии семьи, сеанс посещает вся семья. Параллельно с семейной психотерапией применяется личностный подход с индивидуальными консультациями каждого человека отдельно. При необходимости на сеансы приглашаются те члены семьи, которых ситуация непосредственно не касается, но взаимодействие с которыми так или иначе влияет на восприятие ситуации ее сторонами и т.п.

В общем виде алгоритм реализации системной семейной психотерапии реализуется следующим образом: психотерапевт определяет, какова психологическая обстановка в семье, установив контакт с ее членами. На данном этапе также необходимо определить, как происходит распределение ролей внутри семьи. После проведенного наблюдения и проведенного предварительного анализа семейный психотерапевт формулирует исходный запрос и занимается непосредственной реконструкцией отношений внутри семьи, используя разнообразные методы семейной психотерапии.

Таким образом, основным преимуществом системной семейной психотерапии является разностороннее и многоаспектное воздействие на имеющуюся проблему, что позволяет найти оптимальные пути ее эффективного решения.

Список литературы

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психореабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика. – М., 2004. 124 с.
2. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 19 - 21.
3. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94 - 101.
4. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.А. Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии. – 2005. – № 6. – С. 63 - 71.

**НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К МАТЕРИ
КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ИСКАЖЕНИЯ ГРАНИЦ ОБРАЗА ТЕЛА**

Цуркин В.А.

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

Аннотация. Экспериментально установлено, что характер искажения границ образа физического «Я» связан с нарушением эмоциональной привязанности субъекта к матери

Ключевые слова: отношения с матерью, эмоциональная привязанность, границы образа тела, телесность, физическое «Я»

**VIOLATION OF EMOTIONAL ATTACHMENT TO HIS MOTHER AS
ONE OF THE FACTORS OF DISTORTIONS OF THE BOUNDARIES OF
BODY IMAGE**

Tsurkin V.AI.

Abstract. It is experimentally established that the distortion of the boundaries of the image of the physical "I" is qualitatively different in persons with impaired emotional attachment to the mother.

Key words: relationship with mother, emotional attachment, boundaries of body image, physicality, physical «I».

Современные условия предъявляют повышенные требования к человеку, в том числе и к его внешности, поэтому возросла необходимость обнаружения первопричин, приводящих к искаженному образу физического «Я» и обеспокоенности телом. Особое значение данная проблема приобретает в связи с задачами психологической коррекции нарушения здоровья во взрослости у лиц страдающих анорексией. Изучение границ физического «Я» у лиц с нарушением эмоциональной привязанности к матери позволяет определить механизмы конструирования системы коррекционных мероприятий, направленных на предупреждение искажений образа тела и отрицательного отношения к нему.



В научном плане необходимость обращения к данному вопросу обуславливается отсутствием в науке устоявшейся системы психологических взглядов на понимание закономерностей и механизмов нарушения границ образа физического «Я», в частности роли детско-родительских отношений в этом процессе, потребностью в обобщении и систематизации многочисленных фактов, накопленных в психологии по данному вопросу.

Конкретные исследования образа физического «Я» в отечественной психологии представлены в работах В.Н. Куницыной, Е.В. Лисиной, О.Г. Мотовилиным, в которых обнаружены возрастные, половые и социальные факторы восприятия тела [3; 4; 5]. Е.Т. Соколовой, А.Н. Дорожевец проанализированы клинические аспекты нарушения образа физического «Я» [2; 6].

В зарубежной психологии образ физического «Я» исследуется через изучение его внешности (ClevelandS.); зависимости точности самовосприятия тела от состояния сознания испытуемого, от возраста, от культурных стереотипов, от коэффициента умственного развития, самооценки (SchontzF.); тела как носителя определенного символического значения (SzaszT.) [10].

С точки зрения М.Маллер, относительно развития границ образа физического «Я» показано становление его важнейших структур в зависимости от отношения ближайшего окружения. По ее мнению, возникновение чувства целостности собственного тела, четкости и определенности его границ тесно связано с периодически возникающими циклами соматосенсорной стимуляции, идущей от матери на ранних стадиях симбиоза с младенцем. Неспособность к интеграции этой стимуляции приводит к недоразвитию чувства целостности и ограниченности собственного тела, а также к проявлению различных перцептивных и когнитивных нарушений. М. Малер подчеркивает, что такого рода нарушения оказывают сильное воздействие на все последующее развитие физического «Я». Фишер, Кливленд отмечают, что если отношения ребенка с матерью основаны на четких, понятных, хорошо определенных ожиданиях и установках с обеих сторон, то границы этой интериоризированной системы будут четкими, хорошо определенными. Качества границ первичных интериоризацией распространяются на границы образа тела и определяют способы реагирования на стимулы внешнего мира. Если значимые для ребенка люди придают особый смысл какой-либо части тела или его функции, подчеркивая ее ценность или отрицательно реагируя, то у ребенка образуются

ассоциативные связи между этой частью тела и ее функцией, с одной стороны, и особым к ней отношением или поведением – с другой [10].

Основы исследования эмоциональной привязанности человека к матери заложены Дж. Боулби и М. Эйнсворт, которые впервые показали роль и место ее в развитии личности, ввели данное понятие в психологическую науку, выделили и описали конкретные типы эмоциональной привязанности к матери, их нарушения, доказали неизменность типа на протяжении жизни человека [1]. В исследованиях отечественных психологов Г.Г. Филипповой и Н.Н. Матушевской показана роль семьи, матери и привязанности к ней в социализации человека, в отношении к своему ребенку и партнеру [8].

Анализ работ отечественных и зарубежных авторов показывает, что в психологии подробно и разносторонне изучены различные аспекты образа физического «Я», а также эмоциональной привязанности к матери. Вместе с тем, следует обратить внимание на то, что в науке пока не исследован фактор детско-родительских отношений, в частности эмоциональной привязанности ребенка к матери, в становлении границ образа тела человека. Содержанием данного исследования является экспериментальное обоснование особенностей границ образа физического «Я» у лиц с разными типами эмоциональной привязанности к матери.

Выбор нами испытуемых женского пола обусловлен тем, что на ранних этапах социализации девочки идентифицируют себя с матерью и, следовательно, присваивают ее отношение к себе, своему внешнему облику, что и приводит к формированию их образа физического «Я».

Методики исследования: Определение представления о границах физического «Я» субъекта - тест «Геометрические фигуры» (А.Ш. Тхостов) ; установление границ симбиоза с матерью - опросник привязанности к матери (модификация Г.Г. Филипповой, Н.Н. Матушевской); интервью о привязанностях для взрослых (AdultAttachmentInterview, AAI), разработанное М. Мэйн и адаптированное Е.С. Калмыковой.

Для оценки связи между параметрами использовался коэффициент корреляции Пирсона, для оценки групповых отличий - коэффициент различия Стьюдента.

Перейдем к сравнительному анализу границ образа физического «Я» в разных группах привязанности к матери.

Таблица 1

Показатели проекции границ тела испытуемых с разными типами привязанности к матери (в %)

Границы / Привязанность	Форма правильная, замкнутая, отсутствующая углы	Хорошо знакомые, правильные, симметричные, замкнутые фигуры, с наличием углов	Простые фигуры, отсутствие симметрии, наличие углов	Сложные фигуры, «плохая» форма, отсутствие симметрии, наличие углов	Отсутствие устойчивой, четкой формы, границ, углов, открытость
Надежный	80	-	20	-	-
Испуганно-избегающий	-	20	20	40	20
Дистанцированный	10	10	5	75	
Озабоченный	44	14	4	28	10

Наибольшее число испытуемых с надежной привязанностью проецируют границы тела с такими фигурами, как: круг (40 %), овал (30 %) и квадрат (20 %). Группировка фигур по сходным данным позволила получить конкретные результаты качеств границ тела. Правильные, замкнутые формы, проективно указывающие на высокий барьер и низкую проницаемость, завершенность и целостность границ характерны для многочисленной части испытуемых. Наиболее предпочтительные для испытуемых этой группы фигуры, отражающие границы образа физического «Я», являются симметричные, правильные в 80% случаях фигуры, что показывает высокий барьер и низкую проницаемость границ. Границы тела лиц надежного типа привязанности к матери характеризуются завершенностью, защищенностью, отчетливостью, автономностью, гибкостью, что на психологическом уровне проявляется в высокой автономности, коммуникабельности и безопасности. Пустота, как отсутствие всякой формы и всякой фигуры, выбрана как отвергаемая, неприемлемая, пугающая фигура, олицетворяющая отсутствие границ. Границы надежного типа характеризуются сформированностью, защищенностью, автономностью.

Перейдем к изучению границ тела в группе с дистанцированным типом привязанности к матери. Группировка фигур, обладающих сходными признаками, позволила установить, что границы дистанцированного типа несимметричны, угловаты, имеют «плохую» форму. Проективная методика

определения границ тела выявила, что образ физического «Я» большей части испытуемых дистанцированного типа имеет сложные границы, с «плохой» формой, отсутствием симметрии, а также с отсутствием устойчивости. Данные характеристики указывают на агрессивно-защитное поведение в отстаивании собственных границ, избегание контактов, чтобы сохранить свою личность и тело.

Результаты исследования границ образа тела в группах с испуганно-избегающим типом привязанности к матери показали, что ни одним из испытуемых не выделены правильные формы границ тела, замкнутые и симметричные. В основном это раскрытые фигуры (в 60% случаях), с поврежденными границами, сложные фигуры с «плохой» формой, с отсутствием симметрии, и разомкнутые сами по себе. Угловатые фигуры, не симметричные выбирают 40% испытуемых. Таким образом, у большинства испытуемых границы тела высоко проницаемы, повреждены, имеют низкий барьер, а в сознании внешние покровы тела представлены очень смутно и неопределенно. Фигуры с правильными, симметричными, замкнутыми контурами, в которых отсутствуют углы, ассоциируются как отвергающие и пугающие, выбраны в последнюю очередь в порядке ранжирования. Поскольку отношения матери и ребенка в данном типе привязанности основаны на размытых, непонятных и плохо определенных ожиданиях и установках с обеих сторон, то границы данной интериоризированной системы образа физического «Я» нечеткие, плохо определенные, несформированные, неустойчивые, проницаемые.

Изучение проекции границ тела с геометрическими фигурами испытуемых озабоченного типа привязанности к матери, показало, что Правильную форму, замкнутую, с отсутствием углов выбирают 34% испытуемых; хорошо знакомые, правильные, симметричные, замкнутые, с наличием углов - 8% испытуемых; 10% испытуемых ассоциируют свое тело с простой формой с отсутствием симметрии и наличием углов. Сложные фигуры, с отсутствием симметрии и наличием углов, выбирают 30% испытуемых. С фигурами, у которых отсутствует устойчивая четкая форма, границы, углы, разомкнутые, ассоциируют себя 16% испытуемых. Таким образом, видно, что физический образ одних испытуемых группы имеет четкие границы, высокий барьер и низкую проницаемость, целостность, правильную симметричную форму; других - несимметричную границу, с множественными углами, низким барьером и высокой проницаемостью.



Сравнение границ тела в разных выборках привязанности показало, что надежный тип имеет более высокое качество границ (80%), барьер которых выше по сравнению с озабоченным и испуганно-избегающим типами. Заметим низкое качество границ взрослых с дистанцированным типом привязанности к матери, в 75% случаев их границы нечеткие, несимметричные, простые.

Испытуемые с надежным типом (в 80%) случаев и озабоченным типом привязанности к матери (в 44%) ассоциируют границы с замкнутой, правильной симметричной формой. Испытуемые с испуганно-избегающим типом привязанности выбирают в 80% случаев фигуры с «плохой» формой, несимметричной, нечеткой, неустойчивой, с наличием углов. Таким образом, более определенными, предохраняющими от внешних воздействий являются границы надежного и озабоченного типов. У испуганно-избегающего типа привязанности наблюдаются проблемные, размытые границы, с исчезновением ощущаемых границ тела.

Анализ степени четкости границ показал, что барьер границ выше у надежного и озабоченного типов привязанности, что является показателем низкой проницаемости, определенности и четкости границ. Высокая степень определенности границ подразумевает, что в сознании испытуемых яснее представлены внешние покровы тела. У лиц с низкой степенью определенности границ, с испуганно-избегающим типом привязанности, в сознании лучше представлены внутренние органы, чем внешний покров, который защищает от прямых воздействий чужеродной среды. Хорошие границы определяют высокую степень автономии субъекта от других людей, тогда как слабые границы - слабую автономию, высокую личностную защиту, неуверенность в социальных контактах. Все группы привязанности статистически различны по степени барьера и проницаемости границ.

Результаты показывают различия границ в группах привязанности к матери. Таким образом, экспериментально установлено, что искажение границ образа физического «Я» качественно различно у лиц с различными нарушениями эмоциональной привязанности к матери.

Список источников

1. Боулби, Д. Привязанность / Д.Боулби // пер. с англ. – М.: Гардарики.- 2003. – 480 с.

2. Дорожевец, А.Н. Искажение образа физического «Я» у больных ожирением и нервной анорексией /А.Н. Дорожевец: Автореф. ... канд. дисс. - М. 1986. – 20 с.
3. Куницына, В.Н. К вопросу формирования образа своего тела у подростков / В.Н. Куницына // Вопросы психологии. – 1968. - №1. – С. 90-100.
4. Лисина, Е.В. Субъективная семантика интрацепции в старшем дошкольном возрасте. Автореф. ... канд. Дисс / Е.В. Лисина - М. - 1997.– 20 с.
5. Мотовилин, О.Г. Возрастные особенности репрезентации тела у ребенка / О.Г. Мотовилин // Вестник Московского университета, Серия 14. Психология. - 1998. - №1. – С.69 -110.
6. Соколова, Е.Т. Исследование образа тела в зарубежной психологии / Е.Т. Соколова, А.Н. Дорожевец// Вестник Московского ун-та, Серия 14. Психология.- 1985. - №4. – С. 39-49.
7. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл.- 2002. – 287 с.
8. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. - М.: Изд-во Института Психотерапии.- 2002. – 192 с.
9. Fisher, S., Cliveland S. Body image and personality / S. Fisher., S. Cliveland. – N.Y. – 1998. – 111 p.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, В ИХ ОТНОШЕНИЯХ С ДЕТЬМИ (пилотажное исследование)

Чеканова А.В., Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты пилотажного исследования особенностей психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, в их отношениях с детьми. Выявлена складывающаяся симптоматика психического выгорания, а также его

сформированность. Эмпирически доказано, что проявления недоверия к своему ребенку, досада на его неуспешность и неумелость способствуют возникновению психического выгорания.

Ключевые слова: психическое выгорание, родительское отношение, матери, дети с нарушениями слуха.

PECULIARITIES OF MENTAL BURNOUT OF MOTHERS IN THE UPBRINGING OF HEARING-IMPAIRED CHILDREN IN THEIR RELATIONS WITH CHILDREN (pilot study)

Chekanova A.V., Molchanova L.N.

Abstract. The results of a pilot study of the features of mental burnout of mothers in the upbringing of hearing-impaired children in their relations with children are presented in the article. Developing symptoms of mental burnout, as well as its formation identified. It has been empirically proven that manifestations of mistrust of your child, annoyance of his unsuccessfulness and incompetence contribute to the emergence of mental burnout.

Key words: mental burnout, parental relationship, mothers, hearing impaired children.

На сегодняшний день в психологической литературе большинством публикаций по проблеме психического выгорания имеют отношения к профессиональной сфере – феномен исследуется в основном применительно к представителям «помогающих» профессий – педагогам, психологам, медикам и т.д. [4, 5, 6]. Вместе с тем уже доказано, что источником психического выгорания выступают не только профессиональные отношения, но, как убедительно демонстрируют отечественные и зарубежные исследования, и материнство [1, 2, 3, 8, 9, 10, 11].

Так, результаты проведенного библиометрического анализа публикационной активности в информационном пространстве электронной библиотеки «elibrary» по ключевому запросу «выгорание матерей» (глубина поиска составила 10 лет: с 2008 г. по 2017 г.), составили 8 (восемь) публикаций, что соответствует 2,27e-5 % от общего количества (для сравнения – в международной базе цитирования «Scopus» поисковый запрос «burnout among mothers» обнаружил 35 научных публикаций). В этой связи малое количество

отечественных исследований психического выгорания среди матерей обеспечивает актуальность настоящего исследования, а полученным результатам – научную новизну.

Следует отметить, что как в отечественных [1, 2, 3], так и в зарубежных [8, 9, 10, 11] исследованиях внимание преимущественно сосредоточено на внешних и внутренних факторах психического выгорания матерей. Так, в диссертационном исследовании Л.А. Базалевой (2010) доказано, что психическое выгорание матери в ее отношениях с ребенком возможно [1]. Два основных фактора – это личностные черты матери и характер отношения к ребенку. «Выгоравшие» матери часто испытывают страх и тревогу в различных ситуациях, не могут справиться с жизненными трудностями, в случае неудачи легко впадают в отчаяние, и их поведение во многом обусловлено ситуацией. В отношениях с ребенком эти женщины не принимают и отвергают его личностные качества и поведенческие проявления, они не включены во взаимодействие с ребенком, не признают его права и достоинство, непоследовательны и непостоянны в своих требованиях, в своем отношении к ребенку. Автор утверждает, что содержательные нагрузки материнства настолько хорошо определены и представлены в литературе, что ежедневную кропотливую работу матери по удовлетворению потребностей своего ребенка можно назвать трудом и отчасти соотнести с профессиональной деятельностью. Женщины, имеющие детей, демонстрируют те же самые симптомы психического выгорания, что и представители помогающих профессий [1].

В исследовании A.L. Norberg (2007) психического выгорания родителей детей с диагнозом злокачественной опухоли мозга выявлены его достоверно более высокий уровень у матерей, нежели у отцов (оценка выраженности психического выгорания проводилась с помощью опросника SMBQ (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire)). Автор исследования приходит к выводу, что матери больше подвержены психическому выгоранию, чем отцы. Кроме того, статистически значимого влияния времени, которое прошло с момента завершения лечения, на выгорание матерей и отцов не было выявлено. Предварительное объяснение этого гендерного отличия автор видит в том, что матери, согласно традиционному распределению ролей в семье, чаще несут на себе тяжелое бремя воспитания [11]. Авторы другого исследования (С. Lindstrom, J. Aman, A.L. Norberg, 2017) предполагают, что на возникновение психического выгорания у родителей оказывают влияние не только



особенности конкретного заболевания, но и общие факторы стресса, связанные с ситуацией хронической болезни (сахарным диабетом, воспалительными заболеваниями кишечника). Психическое выгорание является неблагоприятным следствием длительного напряжения. Поэтому воспитание ребенка, страдающего хроническим заболеванием может способствовать его возникновению. Действие многочисленных стрессогенных факторов, как объективных, так и субъективных, вызывает определенный уровень напряженности, который присутствует у женщины постоянно, что ведет к истощению и, как следствие, к психическому выгоранию [9]. Кроме того, в связи с тем, что, благополучие ребенка зависит от психического состояния матери, включающего в себя ожидания, страхи, внутренние конфликты, необходимость оказания психологической помощи женщине, воспитывающей ребенка, посредством профилактики и коррекции психического выгорания решает проблему сохранения здоровья подрастающего поколения.

Наряду с этим следует отметить, что по ВОЗ в России насчитывается порядка 13 млн. человек с нарушениями слуха, в том числе детей и подростков около 1,3 млн. [7]. Причем у подавляющего числа детей диагноз поставлен в возрасте от 3 до 7 лет. Ребенок с нарушениями слуха может испытывать проблемы в интеллектуальном развитии, межличностном общении, что требует от родителей значительных усилий, направленных на его социально-психологическую адаптацию, что обостряет существующее противоречие между декларируемой социальной значимостью статуса материнства и реальными возможностями его реализации. Одновременное совмещение нескольких социальных сфер приводит к редуцированию роли матери, отражается на ее отношении к ребенку и может способствовать психическому выгоранию в сфере выполнения родительских функций.

Психическое выгорание матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, рассматривали в качестве объекта исследования. Особенности психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, в их отношениях с детьми выступили предметом исследования. Гипотезой исследования выступило предположение о существовании взаимосвязей между психическим выгоранием матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, и родительским отношением.

Пилотажное исследование проводилось на базе специального коррекционного образовательного учреждения «Курская школа-интернат». В нем приняли участие 18 матерей, воспитывающих детей с нарушением слуха, в

возрасте $\bar{X} \pm \sigma = 34,6 \pm 5,1$, 13 из которых имели высшее образование, а 5 – среднее профессиональное, 10 матерей совмещают профессиональную деятельность с воспитанием ребенка. Дети имели нарушения слуха I и II степени. В качестве методов исследования использовали: опросник эмоционального выгорания для матерей (Л.А. Базалева), а также теста - опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин). С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику, сравнительный (критерий U-Манна-Уитни), корреляционный и множественный регрессионный виды анализа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения (“Statistica 11.0”).

Исследование психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, с помощью опросника эмоционального выгорания для матерей (Л.А. Базалева) указало на следующие результаты (см. таблицы 1, 2).

Таблица 1

Средние значения показателей фаз психического выгорания матерей

Наименование показателя	$\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	$\bar{X}_{\text{порог.}}$			качественный
		Фаза не сложившаяся	Фаза не складывающаяся	Фаза сложившаяся	
Напряжение	40,28±10,62	28 и менее	От 29 до 38	39 и выше	сложившаяся
Резистенция	50,89±9,18	43 и менее	От 44 до 58	59 и выше	складывающаяся
Истощение	50,56±8,86	35 и менее	От 36 до 47 д	48 и выше	сложившаяся
Общий показатель выгорания	141,72±21,58	101 и менее	От 102 до 136	136 и выше	сложившийся

Таблица 2

Средние значения показателей симптомов фаз психического выгорания матерей

Наименование показателя	$\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	$\bar{X}_{\text{порог.}}$			качественный
		Симптом не	Симптом складывающийся	Симптом сложившийся	



		сложивши йся	ся	ся	
осознание проблем взаимодействия с ребенком	6,56±2,87	4 и менее	От 5 до 7	8 и выше	складывающийся
неудовлетворенность собой	9,78±3,54	6 и менее	От 7 до 9	10 и выше	складывающийся
загнанность в клетку	11,39±3,79	8 и менее	От 9 до 12	13 и выше	складывающийся
тревога	12,56±4,66	9 и менее	От 9 до 14	15 и выше	складывающийся
избирательное эмоциональное реагирование	14,56±4,19	11 и менее	От 12 до 16	17 и выше	складывающийся
эмоционально-нравственная дезориентации	11,44±3,94	10 и менее	От 11 до 15	16 и выше	складывающийся
расширение сферы экономии эмоций	13,11±4,43	11 и менее	От 12 до 16	17 и выше	складывающийся
редукция материнского взаимодействия	11,78±3,87	10 и менее	От 11 до 15	16 и выше	складывающийся
эмоциональный дефицит	16,83±4,31	13 и менее	От 14 до 19	20 и выше	складывающийся
эмоциональная отстраненность	8,89±3,77	7 и менее	От 8 до 10	11 и выше	складывающийся
личная отстраненность или деперсонализация	9,00±3,36	7 и менее	От 8 до 10	11 и выше	складывающийся
психосоматические нарушения	15,83±4,11	14 и менее	От 15 до 20	20 и выше	складывающийся

Полученные результаты свидетельствуют о складывающейся симптоматике психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха (см. таблицу 2), и его сформированности: показатель по шкале «Общий показатель выгорания»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 141,72 \pm 21,58$, а также таких его фаз, как «напряжение» ($X_{cp.} \pm \sigma_x = 40,28 \pm 10,62$) и «истощение» ($X_{cp.} \pm \sigma_x = 50,56 \pm 8,86$).

Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Исследование родительского отношения к ребенку с помощью опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин) указало на средний уровень выраженности показателей отношения по всем измерительным шкалам у матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха: «Принятие-отвержение»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 17,17 \pm 8,96$; «Кооперация»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 5,11 \pm 2,11$; «Симбиоз»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 3,72 \pm 1,87$; «Авторитарная гиперсоциализация»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 4,11 \pm 1,81$; «Маленький неудачник»: $X_{cp.} \pm \sigma_x = 3,61 \pm 2,25$. Вместе с тем было получено следующее распределение показателей родительского отношения от низкого до высокого уровней его выраженности (см. рис.1):

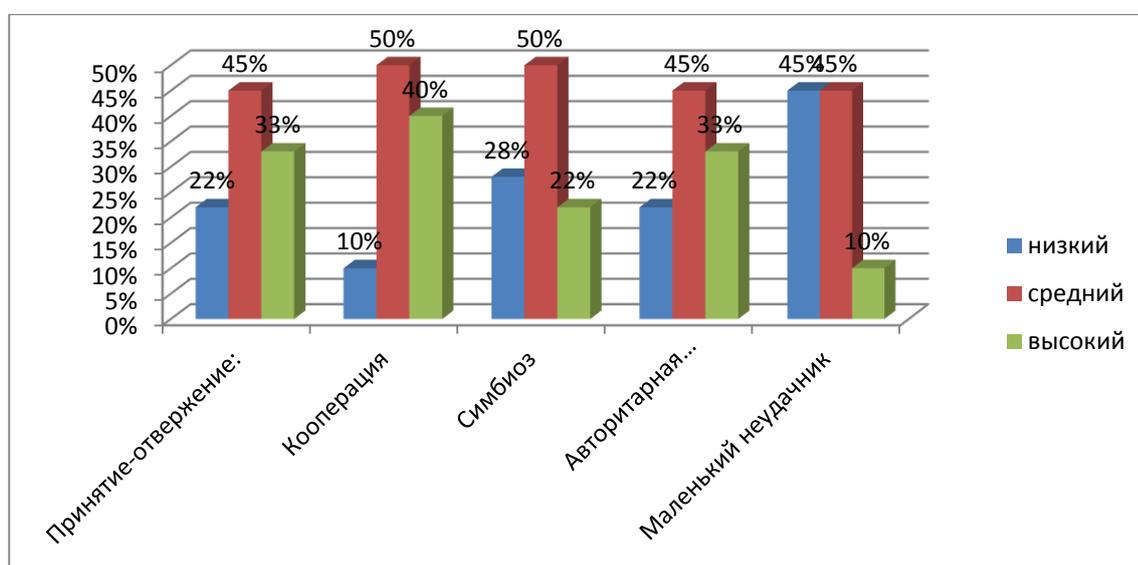


Рис.1. Гистограмма частоты встречаемости показателей родительского отношения в зависимости от его уровня выраженности у матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха

Как показывают полученные результаты, преобладающими в распределении всех стилей родительских отношений выступает средний уровень их выраженности. По шкале «маленький неудачник» у 45% матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха и испытывающих психическое выгорание, наблюдается в равном соотношении низкая и средняя выраженность этого стиля. Стремление к симбиотическим отношениям с ребенком, в которых родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все его потребности, оградить от неприятностей жизни, выявлено у 50% опрошенных матерей. 40% матерей демонстрируют заинтересованность в делах и планах ребенка, стараются во всем ему помочь, высоко оценивают его интеллектуальные и творческие способности, испытывают чувство гордости за

него, поощряют инициативу и самостоятельность, а 33% матерей – требования от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, считают ребенка неудачливым, испытывает к ребенку досаду, раздражение, обиду.

Изучение взаимосвязей показателей психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, и родительского отношения осуществлялось с помощью метода корреляционного анализа Спирмена. Так выявлены статистически значимые корреляционные взаимосвязи умеренной степени выраженности и положительной направленности между показателями по шкалам «маленький неудачник» и «резистенция» ($r=0,57^*$ при $p=0,013$), «истощение» ($r=0,57^*$ при $p=0,013$), «общий показатель выгорания» ($r=0,54^*$ при $p=0,022$), «эмоционально-нравственная дезориентации» ($r=0,49^*$ при $p=0,039$), а также отрицательной направленности между показателями по шкалам «кооперация» и «эмоциональный дефицит» ($r=-0,52^*$ при $p=0,029$). Таким образом, чем выше стремление матери инфантилизировать своего ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность, чем выше уровень недоверия и досада на его неспешность и неумелость, тем выше эмоционально-нравственная дезориентации, сопротивление и истощение. Чем больше выражено поощрение инициативы и самостоятельности ребенка и стремление быть с ним на равных, тем меньше проявляется эмоциональный дефицит в отношениях с ним. Использование процедуры множественного регрессионного анализа (обратного пошагового метода) подтвердило влияние такого стиля родительского отношения, как «маленький неудачник» на возникновение психического истощения у матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха ($KMD=0,57$, $df=5,12$; $\beta=0,814$; $p=0,007$). Проявления недоверия к своему ребенку и досада на его неуспешность и неумелость способствует возникновению психического выгорания у матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.

Список литературы

1. Базалева Л.А., Смирнова А.А. Личностные факторы эмоционального "выгорания" матерей *European Social Science Journal*. 2014. № 2-1 (41). С. 378-384.
2. Кордубан И.Л., Рябикина З.И. Причины эмоционального выгорания матерей, находящихся в отпуске по уходу за ребенком. // *APRIORI*. Серия: Гуманитарные науки. 2018. № 1. С. 7.

3. Костюченко Е.В., Романчук Л.Н. Связь тревожности и эмоционального выгорания матерей, воспитывающих детей с сердечно-сосудистой патологией. *Семья и личность: проблемы взаимодействия*. 2015. № 4. С. 42-47.
4. Молчанова Л.Н. Состояние психического выгорания у педагогов высшей школы в контексте профессиональной успешности // *Вестник Томского государственного университета*. 2011. № 348. С. 128-132.
5. Молчанова Л.Н., Старкова Е.Е. Трансформация состояния психического выгорания в личностные свойства как проявление профессиональной деформации представителей профессий помогающего типа // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика*. 2013. Т. 19. № 3. С. 40-44.
6. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н., Недуруева Т.В. Состояние "выгорания": детерминация, феноменология, генезис, измерение. Монография / Курск, 2007.
7. Пресс-релиз о проведении на территории Курганской области информационно-профилактической акции «Берегите слух!», посвященной Всемирному дню слуха (3 марта). URL: <http://www.uzo.kurgan-med.ru/comment.php?comment.news.5739>. (дата обращения: 20 октября 2018).
8. Gokcen, C., Coskun, S., & Kutuk, M. O. Comparison of depression and burnout levels of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder before and after treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2018, 28(5), 350-353.
9. Lindström, C., Åman, J., Norberg, A. L., Forssberg, M., & Anderzén-Carlsson, A. "Mission impossible"; the mothering of a child with type 1 diabetes – from the perspective of mothers experiencing burnout. *Journal of Pediatric Nursing*, 2017, 36, 149-156.
10. Loukisas, T. D., & Papoudi, D. Mothers' experiences of children in the autistic spectrum in Greece: Narratives of development, education and disability across their blogs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 2016, 63(1), 64-78.
11. Norberg, A. L. Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007, 14(2), 130-137.

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ

Швецова В. А.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье характеризуется уровень невротизации личности студентов-первокурсников. Доминирующим является средний уровень невротизации личности. Также сравнивается степень невротизации личности юношей и девушек. Было выявлено, что юноши сильнее подвержены невротизации.

Ключевые слова: психическое здоровье, невротизация, личность студентов, адаптация.

LEVEL OF PERSONAL NEUROTIZATION STUDENT FIRST-YEAR STUDENTS

Shvetsova V. A.

Abstract. The article describes the level of neurotic personality of first-year students. The dominant is the average level of neurotic personality. The degree of neuroticization of the personality of boys and girls is also compared. It was revealed that young men are more susceptible to neuroticism.

Key words: mental health, neuroticism, personality of students, adaptation.

В современной системе высшего образования проблема сохранения психического здоровья студентов приобретает большое значение. Организация учебного процесса в школе и вузе включает строгую систему оценки знаний обучающихся. Многочисленные экзамены, которые «сдают» школьники и студенты проходят в стрессогенных условиях тотального контроля. Повышается значимость экзаменационных испытаний для выбора дальнейших возможностей и путей в профессиональном образовании обучающегося. Кроме того, современная молодежь подвержена воздействию агрессивного потока информации из средств массовой коммуникации (теле- и радиовещания,

интернета). Эти факторы воздействуют на недостаточно зрелую в психологическом аспекте личность молодых людей и могут приводить к нарушениям их психического здоровья.

В настоящее время психологи выделяют следующие критерии психического здоровья [3]:

- осознание собственной идентичности, т.е. переживание уникальности и тождественности своего «Я»;

- отсутствие устойчивых и глубоких внутриличностных конфликтов;

- сохранение критичности по отношению к себе;

- адекватность поведения, умение конструктивно разрешать конфликтные ситуации;

- «признание социальных норм и их выполнение, управление собой в соответствии с нормами, принятыми в обществе»;

- планирование своей жизнедеятельности и достижение целей, «авторство своего образа жизни»;

- способность к мобилизации волевых усилий, волевая активность» [3, С.332].

Психические состояния, занимающие промежуточное положение между нормой и патологией, называются пограничными состояниями. К ним относятся: неврозы, реактивные состояния, психопатоподобные состояния. «Все пограничные состояния связаны с нарушением какой-либо существенной стороны психической саморегуляции. Процесс психической саморегуляции осуществляется в единстве содержательно-смысловых, генетических и нейродинамических процессов. И здесь возможны различные парциальные (частичные) аномалии саморегуляции» [2, С.297]. Когнитивная сфера остается сохранной, но продуктивность познавательной деятельности заметно снижается вследствие ослабления внимания, целенаправленности мышления, снижения общей работоспособности. Нарушения психической саморегуляции при пограничных состояниях имеют следующие типичные проявления [2].

1. Частая смена настроения, эмоциональная нестабильность, повышенная нервно-психическая истощаемость.
2. Малоподвижность нервно-психических процессов, ригидность, необщительность, чувство одиночества.
3. Повышенная эмоциональная возбудимость, импульсивность, раздражительность, обидчивость, склонность к конфликтным взаимодействиям, неадекватность самооценок, уровня притязаний.



4. Повышенная конформность, некритичность, ведомость, обостренная потребность в поддержке.

Невротизация – это состояние эмоциональной нестабильности, которое может привести к неврозу и невротической тенденции в поведении личности [1]. Невротизация является начальной фазой формирования невроза, проявляющейся в нестойких нарушениях эмоционально-волевой сферы личности. Невротизация личности возникает в результате действия неблагоприятных социальных условий, наличия значимых конфликтных отношений в микросоциуме. Также существуют личностные предпосылки, способствующие ее формированию, такие как склонность к тревожности, эмоциональная возбудимость (эмоциональный компонент), эгоцентрическая направленность (мотивационный компонент), сниженная способность к адаптации.

Невротизация вызывает наиболее выраженные неблагоприятные последствия в коммуникативной сфере. Невротизированная личность испытывает трудности в общении, неуверенность, зависимость, замкнутость, робость и нерешительность во взаимодействии с другими людьми. Данные нарушения могут стать причиной неспособности к эффективному профессиональному сотрудничеству и профнепригодности в тех сферах деятельности, объектом которых становится другой человек или группа людей (образование, медицина, управление, сфера массовых коммуникаций, правопедение и т.д.). Поэтому необходимо решать проблему поддержания психического здоровья, профилактики и снижения невротизации личности еще на этапе вузовской подготовки.

Наше исследование было проведено на базе факультета журналистики НИУ БелГУ. В нем приняли участие 75 студентов-первокурсников, 48 девушек и 27 юношей. Уровень невротизации личности изучался с помощью методики «Уровень невротизации», разработанной в НИПНИ им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана и модифицированной В.В. Бойко [1].

Результаты исследования показали (см. рис.1), что низкий уровень невротизации выявлен у 38% студентов-первокурсников. Это значит, что они эмоционально устойчивы, независимы, инициативны. У них преобладает положительный фон настроения, спокойствие, оптимизм. Они не испытывают трудностей в общении. 53 % студентов-первокурсников имеют средний уровень невротизации. Он свидетельствует о наличии эмоциональной возбудимости, негативных переживаний, тревожности, растерянности,

беспокойства, раздражительности напряженности. Такие студенты недостаточно инициативны, им присущи определенные трудности в общении, недостаток уверенности, излишняя ведомость, подверженность влияниям, нерешительность в принятии решений.

Высокий уровень выявлен у 9% студентов первого курса. Таким студентам присуща выраженная эмоциональная возбудимость, преобладание отрицательного фона настроения, негативные переживания приобретают относительно стойкий характер. Им свойственны выраженная тревога, раздражительность, сильная внутренняя напряженность, растерянность, неуверенность в себе, безынициативность, сосредоточенность на собственных недостатках, ощущение неудовлетворенности важных индивидуальных потребностей. У таких студентов возникают значительные трудности в общении, чувство зависимости от окружающих людей, боязливость.

Таким образом, у большинства студентов - первокурсников преобладает средний уровень невротизации личности. Средний арифметический показатель по выборке испытуемых составляет 15 баллов, и соответствует также среднему уровню. Следовательно, типичный студент первого курса имеет значительную эмоциональную возбудимость, психическую нестабильность и негативный фон переживаний, которые могут стать причиной снижения продуктивности учебно-профессиональной деятельности, а также вызывают трудности в общении с преподавателями и другими студентами. Невротизация личности студентов снижает их стрессоустойчивость, которая необходима в условиях систематической оценочной ситуации, сопровождающей учебный процесс в вузе.

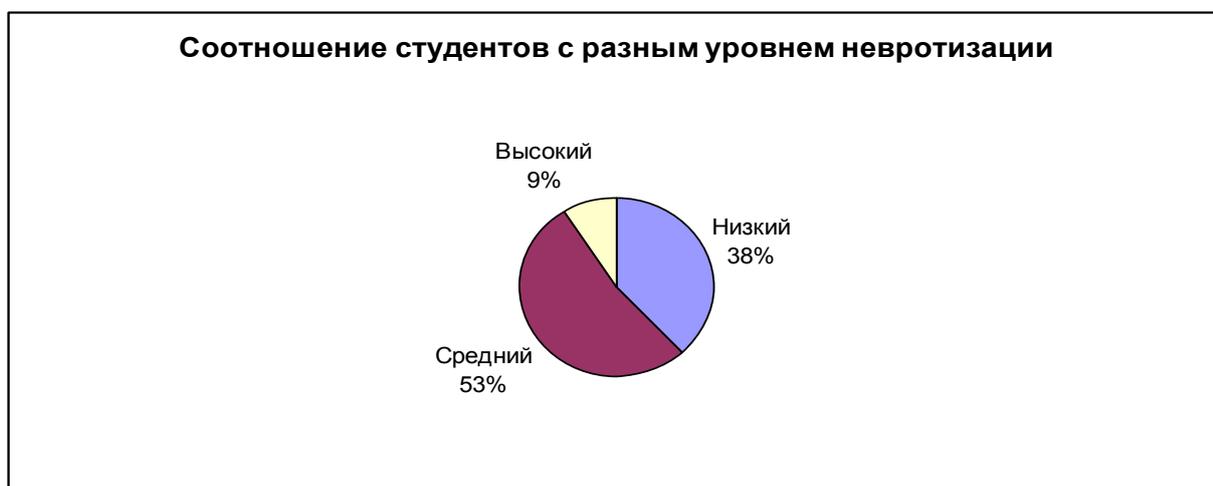


Рис.1. Распределение студентов-первокурсников по уровню невротизации.

Сравнение показателей невротизации юношей и девушек позволило выявить, что у юношей уровень невротизации личности выше, чем у девушек (см. таблицу 1 и рис.2). А именно, было выявлено, что для большинства девушек (60 %) характерен низкий уровень невротизации, в то время, как число юношей с таким показателем почти в два раза меньше (33%). Одновременно, средний уровень невротизации личности присущ 58% юношей и лишь 30% девушек. Число студентов с высоким уровнем невротизации личности практически одинаково у юношей и девушек (соответственно 9% и 10%). «Среднее арифметическое» в обеих выборка испытуемых свидетельствует о среднем уровне невротизации (соответственно 21 и 13 баллов). Также было обнаружено с помощью t-критерия Стьюдента для независимых переменных наличие статистически значимого различия между показателями невротизации у юношей и девушек ($t=4,09$ при $p=0,01$).

Можно предположить, что полученные результаты исследования объясняются гендерными особенностями адаптивного потенциала студентов-первокурсников. Вуз как социальный институт предъявляет новые, повышенные требования к студентам, в сравнении со школой. Начальный этап обучения в вузе предполагает вхождение в новое для студентов сообщество, а также овладение учебно-профессиональной деятельностью. Наряду с новыми учебными дисциплинами студент должен усвоить и новые разнообразные формы учебной деятельности (конспектирование лекций, самостоятельную подготовку к семинарам и практическим занятиям, выполнение научно-исследовательской работы, реализацию учебной и производственной практики).

Таблица 1

Сравнительная характеристика уровня невротизации юношей и девушек

Студенты	Уровни невротизации			Среднее арифметическое	Уровень
	Низкий (%)	Средний (%)	Высокий (%)		
Юноши	33	58	9	21	средний
Девушки	60	30	10	13	средний

Усвоение содержания учебных дисциплин требует от студентов напряженной интеллектуальной активности, глубины теоретического мышления, систематического обобщения знаний, полученных при изучении

широкого спектра профессиональных понятий. Обучение в вузе требует от юношей и девушек проявления самостоятельности и ответственности, повышенной самоорганизации личности. Успешность адаптации на начальном этапе обучения в значительной степени зависит от комплекса личностных, индивидуально-психологических и коммуникативных качеств, таких, как учебной направленности, заинтересованности, эмоциональной стабильности, оптимальной работоспособности, а также коммуникативной гибкости, готовности обратиться за помощью, эмоциональной поддержкой. Все эти свойства в целом присущи и девушкам, и юношам.

Однако юноши выражают несколько меньшую ориентированность на процесс обучения (реже проявляют инициативность на занятиях, чаще их пропускают, опаздывают, располагаются в аудитории на дистанции от преподавателя), реже обращаются за помощью, если возникают трудности в обучении, чаще демонстрируют слабую заинтересованность в оценке, если высока вероятность неуспешности, при этом, чаще вступают в конфликты, проявляют вспыльчивость и раздражительность, выражают несогласие с преподавателем или недовольство, связанное с организацией учебного процесса. Такое поведение, вероятно, объясняется совокупностью факторов.

Во-первых, девушки к студенческому возрасту все еще несколько опережают юношей в личностном развитии, что проявляется в более серьезном и ответственном отношении к учебе, в большей степени организованности и самостоятельности. Во-вторых, девушкам в связи с общепринятыми социокультурными стереотипами проявления поло-ролевого поведения значительно легче обратиться за помощью и поддержкой к преподавателям и другим сокурсникам в преодолении трудностей в обучении. В-третьих, юноши более чувствительно, нежели девушки, относятся к оценке их компетентности и интеллектуальных способностей, которая пронизывает весь учебный процесс на всем его протяжении. Это создает субъективно более напряженную стрессовую ситуацию обучения для юношей, чем для девушек.

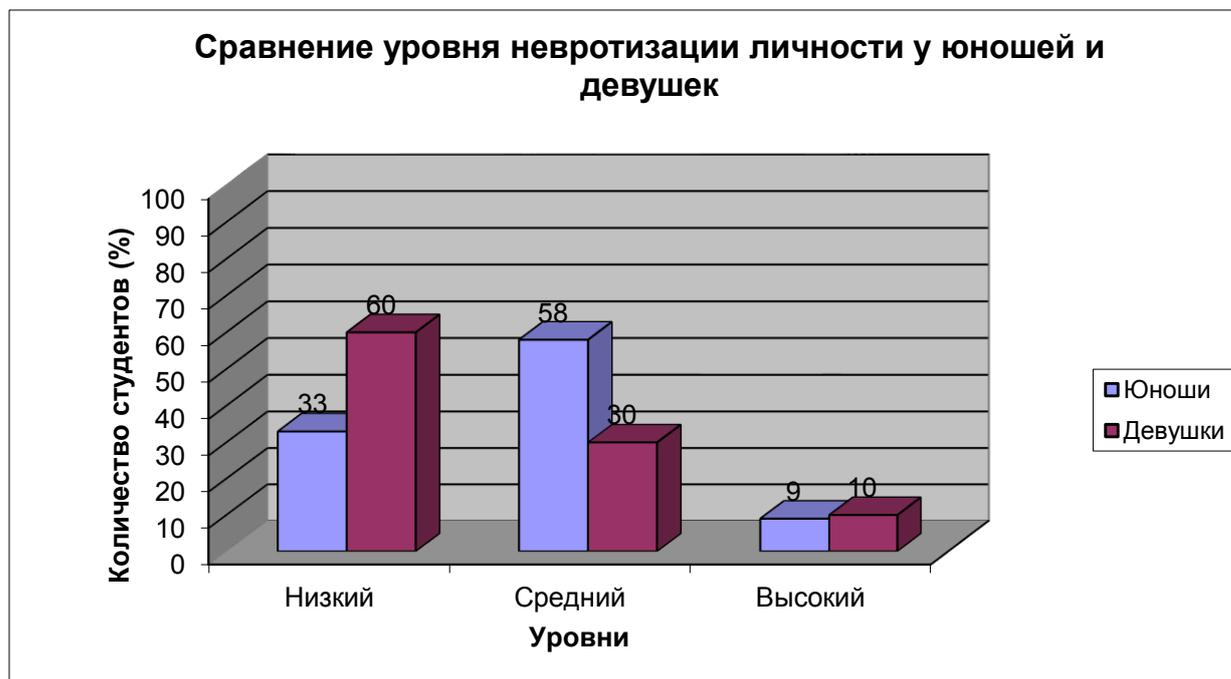


Рис. 2. Сравнение уровня невротизации личности у юношей и девушек

Рис.2. Распределение студентов-первокурсников по уровню невротизации личности у юношей и девушек.

В-четвертых, юноши обладают меньшей внушаемостью и большей критичностью в отношении всего происходящего вокруг и, следовательно, в учебно-профессиональной среде, что потенциально повышает их склонность к конфликтам с преподавателями, администрацией вуза и другими студентами. Кроме того, от юношей социум традиционно ожидает значительно большего самообладания и сдержанности, нежели от девушек. В связи с чем, юноши обладают меньшими вербальными и невербальными средствами для непосредственного выражения негативных эмоций, состояний внутренней напряженности, тревоги и т.п.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о наличии проблемы восстановления и сохранения психического здоровья студентов-первокурсников, которая снижает эффективность учебного процесса и заостряется объективными условиями адаптации на начальном этапе обучения в вузе. Ее решение требует осмысления причин невротизации личности студентов и нахождения путей восстановления их психического здоровья в условиях гуманизации образования и организации здоровьесберегающих технологий обучения в вузе.

Список литературы

1. Бойко, В. В. Психоэнергетика/ В.В. Бойко.– СПб.: Питер, 2008.
2. Еникеев, М.И. Общая и социальная психология: учеб. пособие /М.И. Еникеев.– М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2007.– 440с.
3. Тутушкина, М.К. Современная практическая психология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ М.К. Тутушкина, Е.А. Соловьева, О.Б. Годлиник и др.; Под ред. М.К. Тутушкиной.–М.: Издательский центр «Академия», 2005.– 432 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ

Шкуркова А. С., Блюм А. И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск,
Россия

Аннотация. В статье представлена взаимосвязь характера детско-родительских отношений и психологической готовности к материнству. Психологическая готовность к материнству рассматривается как структурное образование взаимовлияющих и взаимодополняющих компонентов, а именно: эмоционального, поведенческого и ценностно-смыслового. Изучая компоненты психологической готовности к материнству у беременных женщин воспитывающихся как в благоприятной, так и в неблагоприятной семейной ситуации, авторами делается вывод об уровне сформированности психологической готовности к материнству.

Ключевые слова: готовность к материнству, семейная ситуация, детско-родительские отношения.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE NATURE OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS AND PSYCHOLOGICAL READINESS FOR MOTHERHOOD

Schkurkova A. S., Blum A. I.

Abstract. The article is devoted to interconnection between parent-child relationships and psychological readiness for motherhood. The readiness for motherhood is structural formation of mutually influencing and complementary components such as: emotional, behavioral and value-semantic. Conclusions are drawn about the level of formation of psychological readiness for motherhood in pregnant women with favorable and unfavorable childhood.

Key words: readiness for motherhood, family situation, child-parent relations.

Одной из детерминант развития готовности к материнству является детский опыт взаимодействия с собственными родителями. Большинство матерей, отказывающихся от своих детей, воспитывались в нестабильных семьях и с раннего детства имели негативный опыт межличностных взаимоотношений [2, с.61]. Женщины, воспитывающиеся вне семьи, способны продемонстрировать социально желательное представление о роли матери, при этом у многих из них проявляется неосознанное отвержение родительской роли. Рождение ребенка в будущем может побуждаться деструктивными эгоистическими мотивами получения от ребенка той любви, которая не была получена в детстве от собственных родителей [1, с.110]. Проблема исследования заключается в выявлении взаимосвязи характера детско-родительских отношений и готовности к материнству.

Целью исследования является выявление взаимосвязи детско-родительских отношений и психологической готовности к материнству. Приближаясь к ней, мы пошагово осуществляем следующие задачи:

1. Теоретический анализ проблемы клинико-психологических особенностей готовности к материнству;

2. Изучить клинико-психологические особенности психологической готовности к материнству у женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации и сравнить их с результатами готовности к материнству у женщин, воспитывавшихся в полной родительской семье с благоприятным климатом;

3. Разработка практических рекомендаций для женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации с целью предотвращения возникновения новой волны таких семей.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр». В процесс исследования были включены экспериментальная и контрольная группы, а именно: женщины, воспитывавшиеся в неблагоприятной семейной ситуации и в полной родительской семье с благоприятным климатом. Объем выборки составил 50 беременных женщин, ожидающих первого ребенка.

В качестве методов исследования выступали:

1. Анкетирование.
2. Биографический опросник. В данной работе мы будем пользоваться двумя шкалами, а именно: шкалой FAM и шкалой ERZIEN.
3. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера.
4. Тест отношений беременной (ТОБ) (И.В. Добряков).
5. Тест «Кто я?» (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцева).
6. Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) (Л.Н. Рабовалюк).

В качестве статистических методов мы воспользовались критерием U Манна-Уитни, критерий ϕ – угловое преобразование Фишера.

Характеризуя особенности психологической готовности к материнству у женщин, воспитывающихся в неблагоприятной семейной ситуации мы отмечаем наличие высоких показателей по шкале семейной ситуации (p -level=0,000), что свидетельствует о неудовлетворительных взаимоотношениях с родителями, неадекватном отношении семьи к окружающему миру, недостаточном влиянии со стороны семьи в детстве. Также, высокие показатели по шкале стиля воспитания (p -level=0,000), проявляющийся в негативно воздействующем воспитательном поведении родителей или замещающих их лиц, отрицательном характере взаимодействия между родителями либо замещавшими их лицами.

У женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации, выявлен отрицательный спектр переживания беременности (p -level=0,023). Присутствует гипотимия, выражающаяся в постоянном ожидании чего-то плохого на фоне сниженного настроения. При этом вероятность возникновения неприятностей преувеличивается женщинами.

Увеличение значений отклонения от аутогенной нормы у женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации, отражает низкую стрессоустойчивость, психофизиологическую «беспомощность» перед трудностями, прогноз успешности деятельности при этом неблагоприятен. У



женщин, воспитывающихся в благоприятной семейной ситуации, наблюдается незначительный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. У таких женщин преобладает установка на активную деятельность. Их энергоресурсов достаточно для регулярных всплесков сверхактивности и напряжения, недоступных большинству. В условиях мотивированной деятельности не испытывают трудностей с оперативным и долговременным запоминанием, а также воспроизведением информации. Из стрессовых ситуаций выходит с достоинством. Женщины, воспитывающиеся в неблагоприятной семейной ситуации, справляются со своими обязанностями в пределах средних сложившихся требований. В привычной обстановке они переходят от одного вида деятельности к другому без существенных затруднений. В случае необходимости способны преодолевать усталость волевым усилием, однако после этого в делах и самочувствии просматривается длинный «шлейф» сниженной работоспособности. Для сохранения здоровья и работоспособности требуется относительно четкое субъективное разделение времени работы и отдыха.

Мы констатируем наличие тревожного типа ПКГД ($p\text{-level}=0,025$) у женщин воспитывающихся в неблагоприятной семейной ситуации. Это свидетельствует о том, что идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются, живот слишком больших или маленьких по сроку размеров, соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния [3, с. 210].

Также, у женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации низкие показатели по истинности стремления быть матерью ($p\text{-level}=0,006$). Роль матери не занимает в структуре социальных ролей главенствующего положения, мотивом рождения ребенка выступает стремление соответствовать ожидаемым нормам общества. Интерпретируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что высокий уровень стремления быть матерью у женщин, воспитывавшихся в благоприятной семейной ситуации, выступает как результат психофизиологической готовности женщины к материнству, а женщин из неблагополучной семьи движут мотивы страхов и компенсаций.

В ходе выполненного теоретико-методологического анализа проблемы изучения взаимосвязи характера детско-родительских отношений и психологической готовности к материнству у женщин, воспитывавшихся в

неблагоприятной семейной ситуации, была создана модель влияния условий воспитания на психологическую готовность к материнству.

Проанализировав полученные результаты исследования можно констатировать у женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации наличие высоких показателей по шкалам семейной ситуации и стиля воспитания, отрицательный спектр переживания беременности, проявление тревожного типа отношения к беременности, низкие показатели по истинности стремления быть матерью. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что для женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации, характерно наличие несформированной готовности к материнству. Разрабатывая практические рекомендации для женщин, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации, мы предотвращаем возникновение новой волны таких семей.

По результатам нашего исследования мы фокусируем свое внимание на женщинах, воспитывавшихся в неблагоприятной семейной ситуации, которых можно отнести в так называемую группу риска [3, с.155] ввиду присутствия у них таких переживаний беременности, как: тревожная идентификация беременности со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; повышенная чувствительность к внешним раздражителям, неудовлетворенная потребность в отношениях, полных взаимопонимания. Ряд выделенных нами особенностей психологической готовности к материнству и уровень ее несформированности мы обозначили как мишени психологического воздействия при проведении программы клинико – психологического сопровождения беременных женщин, воспитывающихся в неблагоприятной семейной ситуации. Психологическая помощь может осуществляться в виде семейного консультирования, индивидуальной и групповой терапии. Основной целью воздействия является формирование восприятия у женщин беременности как экзистенциальной ситуации, затрагивающей все жизненные основания женщины, которая сопровождается глобальными изменениями и глубокой внутренней работой.

Список литературы

1. Брутман, В.И., Филиппова, Г.Г., Хамитова, И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. Вопросы психологии. 2002. № 3. С. 110 - 118.

2. Василенко Т.Д., Блюм А.И. Особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. №1.
3. Добряков, И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗМЕРЕНИЮ ИНФОРМАТИВНОСТИ ЦИФРОВОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Шумаков А.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.

Аннотация. В статье приведен теоретический анализ современных подходов к измерению информативности цифровой образовательной среды: синтаксический, семантический, прагматический. Определена категория информативности.

Ключевые слова: информативность, критерии информативности, измерение информативности, цифровая образовательная среда.

MODERN APPROACHES TO MEASURING THE INFORMATIVENESS OF THE DIGITAL EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Shumakov A.Yu.

Annotation. The article presents a theoretical analysis of modern approaches to measuring the informativeness of the digital educational environment: syntactic, semantic, pragmatic. The category of information content is defined.

Keywords: informativeness, informativeness criteria, informativeness measurement, digital educational environment.

Синтаксический подход к измерению информативности

Данный подход также называют алфавитным. Он был выдвинут в 50-х годах 20-го века Р. Хартли. Синтаксическая теория базируется на положении о

том, что единичное упрощенное информационное сообщение снимает неопределенность некоторого события при прохождении по каналу связи. Этот пример можно перенести и на сферу социальных отношений [4]. В повседневной жизни мы постоянно попадаем в ситуации, когда другой человек ожидает от нас ответа да или нет. Например, на семинарском занятии преподаватель спрашивает студента: «Вы выполнили самостоятельную работу, которая была вам предложена в начале семестра?». Студент отвечает: «Нет», - тем самым снимая неопределенность информационного события. В данном случае не зависимо от качества исхода сообщения количество полученной информации было бы одинаковым.

Р. Хартли предложил количественно измерять полученную информацию через снятие неопределенности. Исходя из логики рассуждения автора единица измерения информативности – количество информации, передаваемое по каналу связи, относящееся к двум равновероятным исходом и снимающее неопределенность ситуации выбором одного из этих исходов (бит). Формула расчета количества информации: $I = \log_2 N$, где N - число возможных равновероятных исходов.

Если мощность используемого алфавита, число символов в нем, равна N , значит количество информации, переносимое каждым символом равно: $I_1 = \log_2 N$, если в сообщении k символов, то его общая информативность: $I = k \log_2 N$. Данная формула свободно объясняет количество информации в любом текстовом сообщении. Эти идеи затем развивал в своих работах К. Шеннон. Например, можно заметить, что некоторые преподаватели иногда не вчитываются в содержание письменного ответа студента, поставив отметку не за качество переданной информации, а за ее количество. С позиции алфавитного подхода этот тезис является верным. [5]

Представим ситуацию, в которой два студента, отвечают письменно на вопрос о том, что такое равнобедренный треугольник. Получены следующие определения: 1) Треугольник, у которого все углы равны. 2) Треугольник, у которого все углы не равны. Результаты синтаксического анализа: 1) 160 бит ($I = 32 \text{ знака} \times \log_2(32)$), 2) 170 бит ($I = 34 \text{ знака} \times \log_2(34)$). Количества информации во втором сообщении больше за счет частицы «не», но при этом содержание сообщения является неверным. Алфавитный подход рассматривает лишь внешнюю оболочку информации, что эффективно подходит для компьютеризированных систем, но не сочетается со сферой межличностных коммуникаций. Закономерность несовместимости количества знаковых

символов и их значения также наблюдается при переходе от использования одного и того же сообщения на разных языках (мнение 30 бит и opinion 33 бита будет иметь разное количество бит из-за разного количества букв в словах и количества букв в самом алфавите). Проблемы, связанные со сложностями, обусловленными спецификой синтаксического подхода к пониманию информативности, повлияли на дальнейшее развитие исследовательских работ этой области.

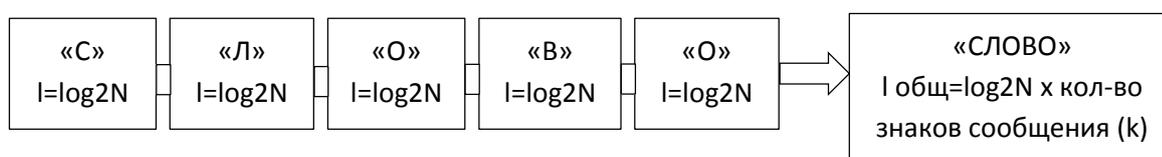


Рис. 1. Модель синтаксического расчета информационной единицы:

Информационные единицы данного подхода – знаки. В зависимости от цели синтаксического анализа знаковый алфавит может включать в себя только буквы или отступы и пунктуационные знаки. [1]

Семантический подход к измерению информативности

Данный подход также называют содержательным. Его разрабатывали: Р. Карнап, Дж. Кемени, И. Бар-Хиллел, Е. К. Войшвилло. Особенность семантической концепции состоит в том, что отдельные знаки больше не рассматриваются в качестве информационных единиц, а рассматривается все сообщение в целом, которое снимает некоторую неопределенность [6]. Основное положение: «Чем больше сообщение снижает альтернатив исхода ситуации, тем выше его информативность. Этапы проведения семантического анализа сообщения: 1) Определения совокупности альтернатив. 2) Количественная оценка альтернатив. 3) Введение меры семантической информации. В рамках данного подхода количество информации определяется с помощью формулы Р. Хартли, а именно $I = \log_2 N$, но под N понимается не объем алфавита, а число альтернатив.

Рассмотрим следующую задачу. Представим, что на лекции преподаватель задал аудитории вопрос: «В какой доле головного мозга находится зрительный центр?». Допустим, студенты были совершенно не готовы к подобной ситуации и не знали правильного ответа. Альтернативы их ответа: лобная, теменная, затылочная, височная. Всего четыре альтернативы. Расчет информативности: $I = \log_2(4)$, $I = 2$ бита.

Тезаурус получателя – одно из основных понятий семантического подхода, которое характеризует способность воспринимать смысловую основу сообщения этим получателем. Закономерность тезауруса: со временем у одного и того же термина количество информации возрастает, как результат изучения родственных ему понятий. Использование семантического анализа эффективно при составлении учебного материала. Например, в печатном виде студентам предлагается изучить следующее авторскую задачу по органической химии: «Назовите газообразный непредельный углеводород, с помощью которого получают бензол при температуре 500 градусов и участии платины». Рассмотрим количество альтернатив, которые возникают при решении данной задачи. 1) Непредельный углеводород: алкены, алкодиены, алкины и ароматические соединения. Всего четыре альтернативы. 2) Газообразный углеводород: C1, C2, C3, C4. Всего четыре альтернативы. Остальное содержание задачи лишь указывает на одну из альтернатив этой системы. Обе группы альтернатив не являются разнородными, одна включается в другую. Расчет информативности: $I_{общ} = \log_2 N_1 \times \log_2 N_2$, $I_{общ} = \log_2(4) \times \log_2(4) = 4$ бита. Если проанализировать научные определения на основе семантического подхода, большей эффективностью в образовательном процессе будет обладать то, чья информативность будет ниже, в результате соответствующей специфической трактовки данного понятия. [2]

Описанный подход называется содержательным по той причине, что отражает не количество знаков, а количество значений. Коэффициент содержательности информации представляется следующим образом: $C = I_c / V_2$, где I_c – количество понятой информации, V_2 – количество информации всего.

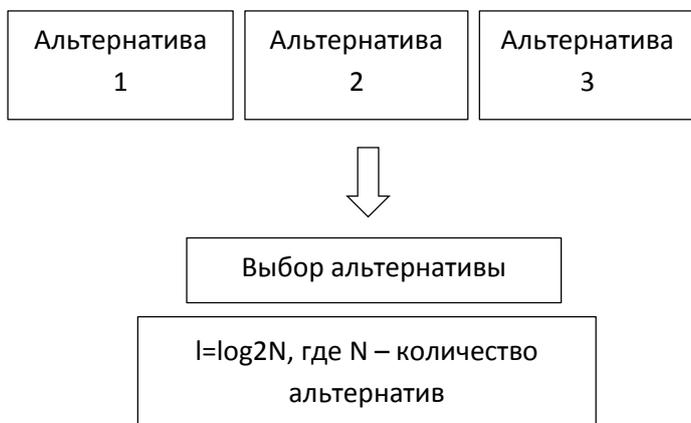


Рис. 2. Модель семантического подхода при анализе информационной единицы.

Исходя из данной модели, можно сделать вывод о том, что сообщения, содержащие неопределенные местоимения и некоторые числительные вообще не имеют информативной емкости, так как в данном случае отсутствуют этап выбора альтернативы, сообщение подразумевает либо все альтернативы, либо не одну из них. [8]

Прагматический подход к измерению информативности

Теоретико-вероятностный подход прагматического отношения к информации

Информация необходима для достижения поставленной цели. Одним из ее самых важных свойств является ценность. А. А. Харкевич полагал, что ценность информации может выражаться через приращение вероятности достижения цели. Представил следующую формулу: $I = \log_2 p_1 - \log_2 p_0 = \log_2 p_1 / p_0$, где p_0 – вероятного достижения цели до получения информации, вероятность достижения цели после получения информации – p_1 . Сама ценность информации – это и есть ее количество в концепции А. А. Харкевича.

Приведем пример. Студенту нужно решить все ту же задачу с углеводородами. Если при ее первичной оценке он не знает, какую группу непредельных углеводородов нужно взять за основу решения, но при этом понимает, что заданный газообразный углеводород имеет две молекулы углерода, можно дать ему время подготовиться, чтобы задача была решена. Этапы расчета информативности: 1) Первичный замер вариативности достижения цели: $I = \log_2 p_0$, $\log_2(4) = 2$ бита. 2) Вторичный замер вариативности после прочтения студентом соответствующей литературы. Он выяснил, что для решения задачи подходит группа алкинов. $I = \log_2 p_1$, $\log_2(1)$, $I = 0$ бит. 3) Расчет конечной информативности: $I = \log_2 p_1 / p_0$, $I = 2$, количество вероятностей уменьшилось. Данный показатель указывает на высокую ценность полученной информации. [5]

Наряду с направлением в теории ценности информации, начатым А. А. Харкевичем, можно отметить еще два подхода: теоретико-игровой, развиваемый в разных вариантах М. К. Гавуриным, Р. Л. Стратоновичем, Б. А. Гришаниным, и так называемый «алгоритмический» подход М. М. Бонгарда. Их основные особенности: 1) Измерение ценности информации за счет статистической концепции. 2) Использование информации подразумевает целеполагание.

Каждый из вышеуказанных подходов к измерению информативности имеет собственное понимание информации и закономерностей, с ней связанных. Возможным вариантом метрики будет использование комбинации информационных подходов. [8]

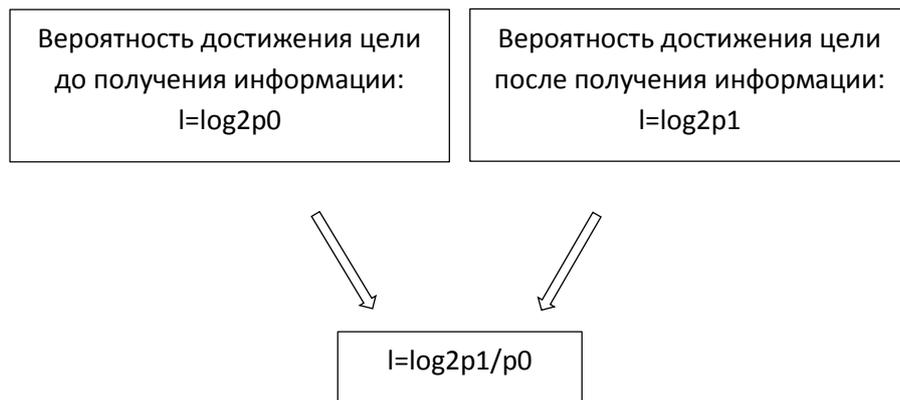


Рис. 3. Модель анализа информационной единицы в прагматическом подходе.

Информативность как особая характеристика

- 1) Информативность как когнитивная единица - связь с рядом когнитивных характеристик.
- 2) Информативность как функциональная единица – решение задач в области приложения.
- 3) Информативность как описательная характеристика – требует рассмотрения отношений объекта или процесса, для которого она оценивается, с другими объектами или с целевым назначением. [7]

Процесс оценки информативности по информативным характеристикам описывается следующим образом: 1) Информационная единица, 2) Информационная характеристика, 3) Информационная конструкция, 4) ЭОР, 5) Информативность.

Список литературы

1. Белов Ф.А. Педагогические условия реализации принципа информационной насыщенности образовательного процесса : автореферат дисс...Саратов:

СГУ им. Н.Г. Чернышевского, 2014. URL - http://irbis.gnpbu.ru/Aref_2015/Belov_F_A.pdf

2. Дышленко С. Г. Развитие информатики // Образовательные ресурсы и технологии. - 2015. - № 2. - С. 71-77
3. Железовский Б.Е., Белов Ф.А. Определение информативности учебного материала как метод семантико-прагматической теории информации // Научно-практический журнал «Приволжский научный вестник». - 2011. - № 1. - С.71-76.
4. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В., Кузнецова А.А. Технология создания видеолекций: мифы и реальность // Современные проблемы науки и образования. - 2017. № 4. - С. 139.
5. Соловьева Н.А., Никишина В.Б. Критерии информативности учебных видеолекций // Коллекция гуманитарных исследований. - 2018. № 1 (10). - С. 6-10.
6. Урсул А. Д. Природа информации. Философский очерк. М.: Политиздат, 1968.
7. Цветков В.Я. Семантика сообщений в телекоммуникационных системах / Всероссийский конкурсный отбор обзорно-аналитических статей по приоритетному направлению "Информационно-телекоммуникационные системы", 2008. - 34 с.
8. Шавенько Н. К. Основы теории информации и кодирования. Учебное пособие. – М.: Изд-во МИИГАиК, 2012. 125с.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шутеева Е.Ю., Силакова В.О., Звягинцева Е.И.

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

Аннотация. В статье представлены результаты оценки заболеваемости инсультом пациентов до 45 лет в Курской области за 2017 (по результатам работы регионального сосудистого центра (РСЦ) на базе Курской областной клинической больницы (КОКБ)). Определены характер влияния факторов риска на возникновение инсульта в данной возрастной категории.

Ключевые слова: инсульт, молодой возраст, причины инсульта.

PECULIARITIES OF THE EPIDEMIOLOGY OF STROKE IN YOUNG PEOPLE.

Shuteva E.Y., Silakova V.O., Zvyagintseva E.I.

Abstract. The article presents the results of the assessment of the incidence of stroke by patients under 45 years old in the Kursk region for 2017 (based on the work of the regional vascular center on the basis of the Kursk Regional Clinical Hospital). The nature of the influence of risk factors on the occurrence of stroke in this age group is determined.

Key words: stroke, young age, causes of stroke.

Проблема цереброваскулярной патологии является важнейшей для государства и общества в целом. Это можно объяснить высокой частотой встречаемости сосудистых мозговых заболеваний и инвалидизирующими и летальными последствиями [1].

Ежегодно около 500000 человек переносят инсульт. Показатели смертности пациентов от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в России в 4 раза выше, чем в США и Канаде. Среди европейских государств смертность от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в нашей стране самая высокая. По данным Всероссийского центра профилактической медицины, в России от ЦВЗ умирают 39% женщин и 25% мужчин. Смертность от инсульта – 175 случаев на 100000 населения в год [2]. Постинсультная инвалидизация занимает 1-е место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10000 населения [2,3]. Проблема мозгового инсульта у лиц молодого возраста представляет определенную проблему и мало изучена [4]. Ее актуальность определена целым рядом обстоятельств: 1) причины ОНМК у молодых значительно разнятся от таковых в старшем возрасте (преобладающими являются атеросклероз и артериальная гипертензия), что не столь характерно для молодых пациентов; 2) роль ревматизма в формировании ишемических очагов, которая до второй половины прошлого века была ведущей, значительно снизилась; 3) в молодом возрасте достаточно часто развиваются инсульты неустановленной этиологии (криптогенный инсульт), что вызывает существенные трудности в его лечении и вторичной профилактике; 4) в связи с инсультом в молодом возрасте государство несет

значительное экономическое бремя, обусловленное с утратой трудоспособности молодыми людьми - наиболее работоспособной его частью [5]. По данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в специальном уходе, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% могут вернуться к прежней полноценной жизни [6]. Необходимо подчеркнуть, что в России от цереброваскулярных заболеваний люди умирают в более молодом возрасте, чем в странах Запада. Летальный исход и инвалидизация трудоспособных, социально активных пациентов представляют собой особенно значимую проблему [2-4].

В трети случаев мозговой инсульт развивается у лиц трудоспособного возраста, в 15-17% случаев— среди людей в возрасте 40-45 лет. При этом мозговой инсульт влечет за собой тяжелые инвалидизирующие последствия, и только 20% перенесших мозговой инсульт возвращается к труду.

Существенным аспектом проблемы служит высокий риск повторения инсульта — вероятность этого достигает 30 %, что в 9 раз выше, чем в общей популяции [6]. Частота встречаемости инсультов в Курской области составляет 4,8 на 1000 человек, и этот показатель продолжает увеличиваться [7].

Цель исследования. Оценить заболеваемость инсультом пациентов до 45 лет в Курской области за 2017 (по результатам работы регионального сосудистого центра (РСЦ) на базе Курской областной клинической больницы (КОКБ)). Определить характер влияния факторов риска на возникновение ОНМК в данной возрастной категории.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов с ОНМК, поступившие в РСЦ КОКБ по экстренным показаниям в период с 1 января 2017 года по 31 декабря 2017 года. Анализ историй болезни пациентов с мозговым инсультом до 45 лет был проведен статистическим методом, а также методом оценки анамнестических данных.

Результаты исследования. За период 2017 г. в региональный сосудистый центр поступили 58 пациентов с инсультом в возрасте до 45 лет. Из них мужчин — 55%; женщин — 45%. Средний возраст-37 лет. Согласно проведенным исследованиям установлено, что в данной возрастной категории преобладали геморрагические инсульты (52%), доля ишемического инсульта составила 48%.

Геморрагический инсульт был диагностирован у 30 пациентов и определялся как субарахноидальное кровоизлияние в 66% и внутримозговое кровоизлияние — 34%. Основными причинами геморрагического инсульта

явились артериальная гипертензия, разрыв мешотчатых аневризм. Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий, был представлен в 93% случаев, эмболический инсульт составил 6%. Умерло 17% пациентов преимущественно с геморрагическим инсультом.

Артериальная гипертензия (АГ) явилась причиной инсульта в 48% случаев, характерной особенностью АГ явилось бессимптомное течение вплоть до развития инсульта. Также причинами инсульта были атеросклероз (в том числе и в сочетании с АГ) – в 10%, сосудистые аномалии – в 11%, системные заболевания - в 17%. Факторами риска развития инсульта в молодом возрасте явились злоупотребление алкоголем (17%), курение (36%), выраженная гиподинамия, длительное использование гормональных контрацептивов (6%), психоэмоциональные перегрузки. Гипокинезия, злоупотребление алкоголем, профессиональные стрессы преобладали у мужчин.

Выводы. Доля пациентов с геморрагическим инсультом в возрастной группе до 45 явилась преобладающей. Атеротромботический инсульт в структуре ишемического инсульта встречался чаще других типов. Для уменьшения развития сосудистых катастроф у лиц молодого трудоспособного возраста целесообразна своевременная профилактика, ранняя диагностика и адекватная терапия артериальной гипертензии, пропаганда здорового образа жизни, отказ от курения и алкоголя, занятие физической культурой.

На положительный исход заболевания большое влияние оказывали своевременная госпитализация, ранняя активизация и начало реабилитационно-восстановительного лечения, адекватная медикаментозная коррекция. Все это оказалось возможным благодаря высоко организованной системе оказания помощи инсультным больным. Все отмеченные мероприятия могут возможны при лечении пациентов в специализированных отделениях, какими являются сосудистые центры для лечения больных с ОНМК, в которых возможна быстрая диагностика инсульта, определение его типа, ранняя госпитализация пациента и оказание адекватных диагностических и лечебных мероприятий, включая нейрохирургическое вмешательство, разработка методов последующей индивидуальной реабилитации и вторичной профилактики инсульта.

Список литературы

1. Стецкая Т.А., Бушуева О.Ю., Булгакова И.В. и др. Ассоциация полиморфизма t174m гена ангиотензиногена с повышенным риском развития мозгового инсульта у женщин // Терапевтический архив. - 2014.- №12.- С. 66-71.
2. Шутеева Т.В. Клинико-эпидемиологические особенности инсульта у лиц молодого возраста // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. Курск, КГМУ. - 2017 г. - С. 378-382.
3. Никишина В.Б, Петраш Е.А, Шутеева Т.В и др. Формирование навыков самообслуживания в программе восстановительного обучения пациентов молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". -2018.- №1.- С.47-53.
4. Никишина В.Б, Петраш Е.А, Шутеева Т.В. и др. Восстановительное обучение постинсультных пациентов методом нейропроб с помощью алгоритмов компьютерного зрения // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. - 2018. №2.- С. 83-88.
5. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А., Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011.- № 111(3).- С. 4-8
6. Статистика инсульта // Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова. Санкт-Петербург//szgmu.ru.
7. Логачева Е.А., Шутеева Т.В., Гриднев М.А. Прогноз и исходы ишемического инсульта (по данным регионального сосудистого центра курской областной клинической больницы) // Университетская наука: взгляд в будущее: сб. науч. тр. по материалам Между-нар. науч. конф., посвящ. 83-летию Курского гос. мед. ун-та (2 февр. 2018 г.): в 2 т. / под ред. В. А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2018. - Т. 1.- С.56–61.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Юдина Е.И.

Российский новый университет, г. Москва, Россия

Аннотация. В статье дана характеристика сущности и составляющих психологического здоровья учащихся, особенностей его становления на разных возрастных этапах, описана модель его совершенствования с помощью системы развивающих занятий с младшими школьниками в процессе внеурочной деятельности.

Ключевые слова: психологическое здоровье, его отличие от психического здоровья; функции, компоненты, задачи психологического здоровья; структура и средства модели его совершенствования с помощью системы развивающих занятий в ходе внеурочной деятельности.

IMPROVING THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF STUDENTS IN THE EDUCATIONAL PROCESS

Yudina E. I.

Abstract. The article describes the nature and components of psychological health of students, the characteristics of its formation at different age stages, describes the model of its improvement with the help of a system of developmental activities with younger students in the process of extracurricular activities.

Keywords: psychological health, its difference from mental health; functions, components, tasks of psychological health; the structure and means of its improvement model with the help of a system of developmental activities during extracurricular activities.

Термин «психологическое здоровье», введенный в научный оборот И.В. Дубровиной, в настоящее время является общеупотребимым. Психологическое здоровье понимается как равновесие, гармонизирующий фактор во взаимодействии между средой и человеком; между различными внутренними



проявлениями индивида – интеллектуальными, эмоциональными, соматическими, психическими и др. [1].

Если психическое здоровье связывается с отдельными психическими процессами, то психологическое здоровье характеризует личность в целом, распространяясь на все ее проявления. Это обозначает непосредственно психологический аспект проблемы психического здоровья. То, что внешне может проявляться у учащихся как пассивность, отсутствие интересов, мотивации, нежелание проявлять волевые усилия и т.п. – сигнализирует о низком уровне психологического здоровья, которое в норме свойственно школьнику именно в широкой любознательности, большой активности, желании добиться цели или решения проблемы, задачи.

На самых ранних этапах развития ребенка составляющие психологического здоровья складываются в семье. Уже в пренатальный период характер взаимодействия матери с младенцем накладывает весомый отпечаток на формирование детской личности того или иного уровня психологического здоровья [3].

Пребывание в ДОО совершенствует психологическое здоровье детей за счет гармоничного включения в образовательный процесс разнообразной игровой, познавательной, физкультурно-оздоровительной, художественно-эстетической, трудовой видов деятельности. Участвуя в таком разнообразии видов деятельности, малыш и социализируется, и осуществляет индивидуализацию. Поступив в школу, каждый ребенок по результатам осуществленного им личностного развития уже проявляет себя либо как психологически абсолютно здоровый, либо не полностью здоровый, либо как индивид с низким уровнем психологического здоровья.

Основной функцией психологического здоровья является мобилизация и активизация личностных ресурсов.

По В.И.Слободчикову, психологическое здоровье представляет собой систему, включающую в себя аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты. Первый из них связан с ценностями собственного «Я» и ценностями «Я» других людей. Второй предполагает наличие способностей индивида к рефлексии и самопознанию, умение концентрироваться на проблемах своего внутреннего мира. Третий компонент определяет мотивационно-потребностные аспекты саморазвития человека, когда индивид является субъектом собственной жизнедеятельности [4].

Таким образом, в образовательном процессе приоритетом являются следующие важные задачи, нацеленные на совершенствование психологического здоровья учащихся:

- формирование положительного образа Я средствами обучения положительному самоотношению и принятия других;
- обучение рефлексивным умениям, развитие интереса к самопознанию;
- формирование потребности в саморазвитии.

С целью совершенствования психологического здоровья учащихся в образовательном процессе ряда московских школ была предпринята попытка реализации инновационной модели подобного подхода в этом направлении за счет резервов внеурочной деятельности в начальных классах. Для младших школьников в рамках внеурочной деятельности была сконструирована и реализована учителями начальных классов система развивающих мероприятий, нацеленных на социализацию, нравственное развитие, самопознание школьников в разных видах деятельности: чтении и обсуждении рассказов о жизни сверстников, рисовании, лепке, разыгрывании сюжетов этих рассказов, поиске названий для рассказов, играх.

Структурно данная система включала в себя обязательное прочтение на специальных занятиях глав детской повести, написанной автором этой статьи по принципу библиотерапии. Героями данной повести выступали сверстники младших школьников, проблемы которых в целом совпадали с интересами и проблемами учащихся. Чтение «с продолжением» позволяло младшим школьникам идентифицировать себя с понравившимися героями. Герои были подобраны так, чтобы среди них были носители высоконравственного и нормативного поведения (положительная модель), а также представители с трудностями в поведении (отрицательная модель, которая действовала методом «от противного»). В ходе чтения выяснялись причины плохого поведения героев, которые по-новому освещали его понимание с разных позиций, что предполагало взятие на себя младшими школьниками разных социальных ролей, то есть расширяло их социальный опыт и репертуар социального поведения.

Система совершенствования психологического здоровья учащихся была рассчитана на одно учебное полугодие кратностью одно занятие в неделю. Каждое занятие включало в себя выразительное чтение вслух учителем одной из глав повести, затем подробный анализ прочитанного либо с элементами



дискуссии, либо театрализации, либо игровой и художественно-творческой деятельности.

Функциями указанной системы совершенствования психологического здоровья младших школьников являлись

- поддержание и оптимизация психологического здоровья учащихся;
- коррекция негативного самоотношения, непринятия других;
- психопрофилактика детской лжи, обид, непонимания, конфликтов, эгоистических и корыстных проявлений, детско-родительских трудностей, трудностей социального расслоения;
- мотивирование на преодоление реальных «нормативных» житейских трудностей методом принятия и реализации «высокой цели».

«Высокой целью» в повести предлагалось спасение жизни старого коня.

В религиозной, медицинской и педагогической практике неоднократно описывался принцип «высокой цели» как создающий мотивацию индивида на самореализацию, нахождение собственных социально значимых личностных ориентиров. Так, например, в работе А.С.Макаренко с девиантными подростками красной нитью проводилась живительная для воспитания идея о благоприятности труда воспитанников на всеобщее благо страны, что повышало их самооценку, самоуважение, вселяло радость от полезности их труда и другой деятельности [1].

Средствами решения поставленных задач выступали анализ поведения героя, «примеривание» его ситуации на себя, сравнение с общепризнанным вариантом поведения, рефлексия, проигрывание сюжета рассказа с помощью групповой театрализации, мини-дискуссий, связанных с различными точками зрения на поступки героя и их причины; переживание широкой гаммы чувств по отношению к отрицательным героям от осуждения и неприятия на одном полюсе до эмпатии и милосердного сочувствования на другом.

Как показали диагностические обследования, младшие школьники, с кем проводилась система подобных мероприятий, в течение одного школьного полугодия заметно возросли духовно, нравственно, социально [5].

У всех в лучшую сторону изменилось самоотношение. Ни один школьник не остался глух к страданиям и трудностям героев. Дети, которые не выделялись ничем в учебной деятельности, проявили себя необыкновенно ярко и позитивно. Было отмечено обогащение активного словаря учащихся, в том числе за счет тонких нюансов языка, выразительных сравнений. Повсеместно улучшился психологический микроклимат в классе. Большинство родителей

отмечали, что по итогам проведения программы их дети стали занимать в собственных семьях позицию «миротворцев».

Таким образом, полученные данные позволяют судить о восходящей тенденции в совершенствовании психологического здоровья учащихся, что свидетельствует о наличии значительных малоиспользуемых для этой цели ресурсах в образовательном процессе.

Список литературы

1. Психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной.— 4-е изд. (Руководство практического психолога). - Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.
2. Макаренко А. Педагогическая поэма. Полная версия/ Сост., комментарии С.С. Невской. – М.: АСТ, 2018. – 703 с.
3. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. –М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 496 с.
4. Слободчиков В.И., Шувалов А.В.. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей //Вопросы психологии, 2001. –4. С.91-105.
5. Юдина Е.И. Развивающие занятия как средство формирования образа Я младших школьников /Актуальные проблемы общественных наук и совершенствование системы образования. – М.: 2017, С. 112-115.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА В ФОРМАТЕ ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Яковлева А.В.

ТГПУ им. Л.Н. Толстого, г. Тула, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются основные отличия телефонного консультирования от очного, специфические особенности работы психолога-консультанта в формате телефонного консультирования.

Ключевые слова: телефон доверия, Детский телефон доверия, телефонное консультирование.

THE SPECIFICS OF THE WORK OF THE COUNSELOR IN THE FORMAT OF TELEPHONE COUNSELING

Yakovleva A.

Anotation. The article discusses the main differences of telephone counseling from full-time, specific features of the work of a consulting psychologist in the format of telephone counseling.

Keywords: helpline, Children's helpline, telephone counseling.

В России первая линия телефона доверия заработала в 1982 г. в системе превентивной суицидологической помощи. До 1986 г. работало всего четыре телефонные службы на весь Советский Союз, однако, с началом перестройки телефон доверия стал набирать популярность.

Телефон доверия – это социально-психологическая служба, которая оперативно реагирует на кризисные и экстремальные ситуации.

Очень часто телефон доверия является единственным способом получить психологическую помощь для людей из отдаленных регионов страны. Анонимность, доступность контакта, защищенность собеседников, и, одновременно, возможность установить доверительные отношения, получить эмоциональную поддержку – это все обеспечивается контактом двух людей [2].

1 сентября 2010 года в рамках общенациональной информационной кампании по противодействию жестокому обращению с детьми Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, ввел на территории Российской Федерации единый детский телефон доверия 8-800-2000-122 для детей, подростков и их родителей. Детский телефон доверия должен оказывать круглосуточную психологическую помощь детям, подросткам и их родителям на всей территории России. 21 апреля 2011 года в Тульской области одна телефонная линия была подключена к единому общероссийскому номеру Детского телефона доверия 8-800-2000-122. В настоящее время, действуют три дневных линии и одна ночная [1].

Задача психолога-консультанта, работающего на телефоне доверия – выслушать клиента, не перебивая его и не давая никаких готовых советов. Разговор абонента с консультантом телефона доверия дает возможность

позволившему разобраться в себе, в своих переживаниях, понять, чего он хочет на самом деле и что может помочь принять правильное решение в трудной жизненной ситуации [3].

Телефонное консультирование, так же как и очное, имеет ряд специфических отличий:

1. Нет необходимости записываться на консультацию заранее – помощь психолога-консультанта оказывается «здесь и сейчас» в удобное для абонента время;
2. Возможность получить психологическую помощь в комфортных для абонента условиях (находясь дома, в перерыве на учебе, на работе, и т.д.);
3. Анонимность и конфиденциальность – главные принципы работы Телефона доверия и Детской линии телефона доверия;
4. Звонки с любого телефона, будь то стационарный или мобильный телефон, абсолютно бесплатны;
5. Получение психологической помощи для людей, находящихся в отдаленных регионах России, когда нет возможности получить очную психологическую помощь.

Работа психолога-консультанта в формате телефонного консультирования имеет ряд специфических особенностей:

1. У консультанта нет возможности предварительно подготовиться к звонку, так как телефон может зазвонить в любую минуту, а нуждающийся в помощи человек может обратиться с самыми разными проблемами, поэтому консультант должен всегда быть в состоянии готовности;
2. Консультант лишен невербального контакта с абонентом, что значительно усложняет работу на телефоне доверия;
3. Время беседы может быть ограничено из-за разъединения на линии оператором связи;
4. Необходимо полностью контролировать контакт с абонентом, так как он может в любой момент прервать беседу и больше не позвонить;
5. Высокая интенсивность, эмоциональная насыщенность работы психолога-консультанта;
6. Консультант не защищен от угроз, оскорблений, розыгрышей и сексуальных манипуляций;
7. Во время работы могут возникать шум и помехи на телефонной линии, что затрудняет работу психолога-консультанта с абонентом, а так же мешает созданию доверительного контакта, его психотерапевтического эффекта;

8. Сложность в получении экстренной обратной связи с супервизором по кризисному звонку.

В последние годы идет активная популяризация единого Детского телефона доверия. Ежегодно проходят акции: «Телефон доверия в каждом дневнике», «Круг доверия», «1 сентября со знаменитостями» и т.д. [4].

За III квартал 2018 г. на Детскую линию телефона доверия в Тульской области поступило 2892 звонка. Из них 258 звонков были по вопросам детско-родительских отношений. Также, на Детскую линию телефона доверия поступают звонки-розыгрыши. За III квартал их количество составило 349 звонков [5]. Такие звонки часто имеют оскорбительный характер и вводят психолога-консультанта в состояние стресса. Высока вероятность того, что за шквалом звонков-розыгрышей консультант может менее чутко отнестись к звонку, который требует внимания и помощи. На ночную линию Детского телефона доверия может поступить от 3-х до 15 звонков. Психологи-консультанты находятся в постоянном эмоциональном напряжении, что является первым шагом к профессиональному выгоранию.

Список литературы

1. Белёвцева, Е.В. Детский телефон доверия в Тульской области: теория и практика. Сборник теоретических и практических материалов / Е.В. Белёвцева, О.В. Задкова – Тула.: ГУСОН ТО «Региональный ресурсный центр «Перспектива», 2016. – 64 с.
2. Егорова, М.О. Детский телефон доверия В 3т. Т.1-М.: Издательство «Смысл», 2011. – 274 с.
3. Чиркова Н.В. Особенности работы психолога в формате телефонного консультирования // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-raboty-psihologa-v-formate-telefonogo-konsultirovaniya> (дата обращения: 18.10.2018). Телефон доверия для детей, подростков и их родителей // URL: <http://telefon-doveria.ru/> (дата обращения: 18.10.2018).
4. Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации // URL: <http://fond-detyam.ru/detskiy-telefon-doveriya/otchety-o-deyatelnosti-detskogo-telefona-doveriya/> (дата обращения: 18.10.2018).

ЧАСТЬ II

**ОСОБЕННОСТИ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТЬЮ**

Абдулгалимова У.К.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. В работе проведен анализ сформированности гностических функций у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью. Диагностика проводилась с помощью специализированных нейропсихологических проб.

Ключевые слова: гнозис, гностические функции, младший школьный возраст, умственная отсталость.

**FEATURES GNOSTIC FUNCTION IN CHILDREN OF PRIMARY
SCHOOL AGE WITH LEARNING DISABILITIES**

Abdulgalimova U.K.

Abstract. The paper analyzes the formation of gnostic functions in children of primary school age with mental retardation. Diagnosis was carried out using specialized neuropsychological tests.

Key words: gnosis, gnostic functions, primary school age, mental retardation.

За период с 1991 до 2000 года число впервые выявленных умственно отсталых детей и подростков возросло с 77,6 до 139,8 на 100 тыс. населения, т. е. увеличилось на 80,2%. (Гурович И. Я., Волошин В. М., Голланд В. Б., 2002) [6, 4].

Гнозис (от греч. *gnosis*- познавание, знание) - способность узнавать предметы по чувственным восприятиям. Ориентировка в окружающей среде связана с узнаванием формы, величины, пространственной соотнесенности предметов, с пониманием их значения. [5, 8]

Различают виды гнозиса, которые соответствуют имеющимся у человека рецепторам — периферическим частям анализаторов: слуховой, зрительный и тактильный [1, 3]. Зрительный гнозис включает в себя следующие виды : предметный, цветовой, лицевой, симультанный. [2, 7]

Цель исследования: выявить особенности гностических функций у детей с умственной отсталостью.

Методы исследования. Исследование проводилось с помощью нейропсихологических проб (А.Р. Лурия).

Пациент В. 10 лет проходил нейропсихологическое исследование в октябре 2018 года на базе: Областное казенное общеобразовательное учреждение «Курская школа для детей с ограниченными возможностями здоровья «Ступени».

В беседу вступает свободно, на вопросы отвечает. Ориентирован в собственной личности, месте и времени. Внешне опрятен. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. Инструкции понимает с первого раза.

Результаты и выводы. По результатам исследования, зрительное узнавание реалистических изображений не отличается от нормы. Затруднения возникают при усложнении заданий(узнавание наложенных, перечеркнутых изображений). Также сложности возникают при исследовании буквенного гнозиса (не узнает буквы, наблюдается медленный темп выполнения).

Список литературы

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии.– М.: "АСТ", 2009.–384 с..
2. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных.–М.:Смысл, 2012.–264с.
3. Запесоцкая И.В. Динамика структуры субъектности в онтогенезе // Ученые записки Российского государственного социального университета. - 2011. № 6 (94).- С. 249-252.
4. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

5. Латышева В. Я. Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие/ В. Я.Латышева, Б. В. Дривотинов, М.В. Олизарович. – Минск: Выш. шк., 2013.– 511 с.
6. Никишина В.Б. Диагностика индивидуальнотипологических особенностей детей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования / В.Б. Никишина // Социальная политика и социология. - 2013. № 4-2 (97). С. 142-154.
7. Никишина В.Б., Мордич Л.Н. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития . Учеб. пособие / Курский гос. мед. ун-т. Курск, 2003.
8. Смирнов В. М. Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков: Учеб. пособие для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 400 с.

СПЕЦИФИКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Алеева Л.А.

Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань, Россия

Научный руководитель - канд. психол.н., доцент Ахметзянова А.И.

Исследование выполнено при финансовой 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»

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования, позволяющие выявить прогностическую компетентность детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сферах отношения к учению, общения со сверстниками, общения со взрослыми, в сфере виртуального общения, отношения к болезни, отношений в семье, а также результаты анализа функций прогностической компетентности и уровень развития

прогностических способностей у младших школьников, оцениваемый по соответствующим критериям. Результаты исследования могут быть использованы для определения мишеней коррекционного воздействия.

Ключевые слова: младшие школьники; нарушение опорно-двигательного аппарата; прогнозирование; прогностическая компетентность; функции прогностической компетентности; критерии прогностической компетентности.

SPECIFICS PROGNOSTIC COMPETENCE YOUNGER SCHOOLBOYS WITH INFRINGEMENT LOCOMOTOR

Aleeva L.A.

Abstract. The article presents the results of an empirical research that helps to identify the prognostic competence of children with disorders of the musculoskeletal system in the areas of attitude to learning, communication with peers, communication with adults, in the field of virtual communication, attitude to disease, family relations, as well as the results of the analysis of the functions of prognostic competence and the level of development of prognostic abilities in primary school children, evaluated by the relevant criteria. The results of the study can be used to determine the targets of corrective action with this category of children

Keywords: younger schoolchildren; violation of the musculoskeletal system; forecasting; predictive competence; predictive competency functions; criteria for predictive competence.

Актуальность изучения особенностей прогностической компетентности младших школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата определяется необходимостью выявления возникающих у данной категории детей трудностей прогнозирования, которые могут снизить возможность их успешной социализации. На данный момент научно не представлены данные о прогностической компетентности младших школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Целью данного исследования является выявление характерных особенностей прогностической компетентности младших школьников, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата.

Проблемами прогнозирования последние десятилетия активно занимаются Н.П. Ничипоренко и В.Д. Менделевич, которые в своих работах выделяют структурно-уровневый, психофизиологический, когнитивно-поведенческий, генетический, клинический, деятельностный, ситуационный и акмеологический подходы к прогнозированию [4, с. 50-59]. В работе Карпова А.А. отражена зависимость процессов социализации от уровня развития прогностических способностей. Умение прогнозировать – одно из приоритетных качеств личности, без которых невозможна успешная социализация в современных условиях [3, с. 272]. Прогностическая компетентность младшего школьника с дефицитарным развитием складывается из способности к прогнозированию в учении, в отношениях с учителем, со сверстниками, в отношениях в семье, со взрослыми, в отношениях, реализующихся в интернет-пространстве, а также в отношении к собственному здоровью [1, с. 46].

До настоящего времени объектом исследования особенностей прогнозирования являлись дети, развивающиеся в норме. При этом прогнозированию у детей с различными нарушениями развития посвящено незначительное число работ. Среди данных исследований можно выделить труды А.И. Ахметзяновой, Т.В. Артемьевой, А.А. Твардовской [2, с. 489 - 504]. В частности, в работе А.А. Твардовской отмечаются особенности прогнозирования детей с нарушениями ОДА, где указывается невозможность последовательного планирования своей деятельности из-за отсутствия прогнозирования собственных действий [5, с. 615-619].

Выборку нашего исследования составили 50 детей, среди которых 20 школьников составляют категорию детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата и 30 школьников, не имеющих нарушения в развитии. Дети на момент исследования находились в возрасте от 8 до 10 лет включительно.

Для эмпирического изучения особенностей прогнозирования младших школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата была использована методика, разработанная авторским коллективом под руководством Ахметзяновой А.И. «Способность к прогнозированию в ситуациях потенциального или реального нарушения социальной нормы».

Статистически значимые различия были выявлены между младшими школьниками с нормой развития и нарушением опорно-двигательного

аппарата, с помощью Т-критерия Стьюдента. Учитывался уровень достоверности $p \leq 0.001$.

Таблица 1

Функции прогностической компетентности

Шкалы	Норма (n=30)		Нарушение ОДА (n=20)		t(50)	p
	M	SD	M	SD		
Регулятивная функция	30,50	5,07	23,37	4,87	4,94	<.001
Когнитивная функция	15,91	4,66	10,21	4,13	4,42	<.001
Речекоммуникативная функция	21,86	6,89	14,17	6,76	3,89	<.001

Проведя сравнительный анализ результатов исследования представленных функций, мы отмечаем, что у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата регулятивная, когнитивная и речекоммуникативная функции развиты хуже, чем у младших школьников с нормой развития.

Анализируя показатели регулятивной функции, мы отмечаем следующее : детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата сложнее дается осознанный контроль за своей собственной деятельностью и деятельностью возможных участников прогнозируемой ситуации, отмечаются установки на асоциальное поведение, трудности в прогнозировании социально одобряемого поведения, а также в ситуации значимых взаимоотношений школьники с нарушениями опорно-двигательного аппарата показывают менее активную позицию, чем их сверстники.

Опираясь на результаты исследования когнитивной функции, отражающей индивидуальные особенности мышления младших школьников, мы можем сказать о том, что дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в меньшей мере способны выявлять причинно-следственные связи в ситуации значимых взаимоотношений. Для них оказывается сложным сделать обобщенные и доказательные выводы и обосновать прогноз, а также они затрудняются в выдвижении гипотез относительно будущего, в предположении вариативного развития прогнозируемого события.

Поскольку результаты исследования рече-коммуникативной функции между выборками также разнятся, то мы можем говорить о том, что дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата не способны в достаточной мере вербализировать информацию. Это может привести к тому, что ребенку будет

сложнее определиться с выбором собственных стратегий построения образа желаемого будущего.

Таблица 2

Прогностическая компетентность в значимых сферах

Шкалы	Норма (n=30)		Нарушение ОДА (n=20)		t(50)	p
	М	SD	М	SD		
Отношение к учению	11,23	2,55	7,40	3,15	4,73	<.001
Виртуальное общение	11,20	3,91	8,00	3,37	2,98	<.001
Отношение к собственному здоровью	10,90	4,23	8,00	3,66	2,49	<.001
Семейные отношения	12,40	2,69	7,95	3,77	4,86	<.001

Среди шести значимых сфер дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляют прогноз в сфере общения со сверстниками и общения с взрослыми так же успешно, как и дети другой категории. В остальных же сферах между младшими школьниками двух выборок были выявлены статистически значимые различия. В сфере учения у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата недостаточно сформированы социальная позиция, социальное «Я». В показателях сферы виртуального общения, у детей двух категорий, так же наблюдаются различия, поскольку потребность в общении у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата нарушена, то и мотив к использованию интернет – ресурсов недостаточный. В сфере отношения к болезни, мы можем отметить специфику социальной ситуации развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которая характеризуется большой включенностью в лечебно-реабилитационный процесс в отличие от детей с нормативным развитием. Различия по показателям в сфере внутрисемейных отношений могут быть обусловлены следующим: в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, имеют место быть ситуации хронического стресса, незрелая родительская позиция и другие факторы, которые болезненно переживаются и приводят к возникновению чувства отверженности, незащищенности и неприятия со стороны окружающих. Стоит отметить, что именно в данной сфере результаты детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в наибольшей мере отличаются от результатов детей, составляющих категорию нормы.

Таблица 3

Прогностическая компетентность в деятельности младших школьников

Шкалы	Норма (n=30)		Нарушение ОДА (n=20)		t(50)	p
	М	SD	М	SD		
Учебная деятельность	31,58	7,99	22,30	6,93	4,23	<.001
Внеучебная деятельность	36,70	6,05	25,41	7,65	5,80	<.001

В каждой из изученных сфер мы выделяем учебную и внеучебную ситуацию. Особенности прогнозирования в ситуациях учения и школьной жизни ребенка определяются ведущей ролью учебной деятельности для психического развития в младшем школьном возрасте. Мы видим, что дети, составляющие категорию нормы, имеют в данных ситуациях более высокие результаты, чем дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Таблица 4

Критерии прогностической компетентности

Шкалы	Норма (n=30)		Нарушение ОДА (n=20)		t(50)	p
	М	SD	М	SD		
Зрелость\инфантильность	8,37	1,69	4,91	2,8	6,46	<.001
Оптимистичность\пессимистичность	4,93	2,25	2,71	1,96	3,59	<.001
Широта\узость	0,82	1,12	1,50	1,35	-1,95	<.001
Вербализация	8,55	2,46	3,96	2,87	6,04	<.001

Младшие школьники с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата успешнее, чем их сверстники с нормативным развитием прогнозируют события по критерию широты/узости социального контекста прогнозирования. При построении прогноза дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата строят прогноз с учетом более широких социальных связей и отношений. В условиях ограниченного социального взаимодействия, отсутствии компаний, в которых младший школьник мог бы испытать чувство принадлежности к группе, дети своими ответами компенсировали данную ограниченность. Однако, у младших школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предвосхищение событий, связанных с такими критериями, как зрелости/инфантильности стратегии прогнозирования, оптимистической/пессимистической установки на построение ожидаемого образа будущего, максимальной/минимальной

вербализации прогноза осуществляется значительно хуже, чем у их здоровых сверстников.

Основываясь на имеющихся данных, мы можем сделать вывод о том, что способность к прогнозированию в выделенных нами значимых для жизнедеятельности ребенка сферах отношений у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата развита недостаточно. Аналогичные позиции наблюдаются в учебных и внеучебных ситуациях, которые мы выделили в значимых сферах. Отмечается, что установки на прогноз у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата более инфантильны и пессимистичны, а также вербализация прогноза осуществляется значительно хуже, чем у их сверстников, развивающихся в норме. Следовательно, показатель благополучия социализации школьников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата находится на более низком уровне, что может являться фактором риска развития девиации.

Список литературы

1. Ахметзянова А.И. Прогностическая компетентность младшего школьника с ограниченными возможностями здоровья / А.И. Ахметзянова. – Казань: Изд-во Казан.ун-та. – 2017. – 46 с.
2. Ахметзянова А.И., Артемьева, Т.В., Твардовская, А.А. Особенности прогнозирования и восприятия нормы младшими школьниками с нарушениями в развитии / А.И.Ахметзянова, Т.В.Артемьева, А.А.Твардовская // Интеграция образования. — 2017. — Т. 21. — № 3. — С. 489 — 504.
3. Карпов А.А. Общие способности в структуре метакогнитивных качеств личности / А.А.Карпов. — Ярославль: ЯРГУ. — 2014. — 272с.
4. Ничипоренко Н.П. Феномен антиципационных способностей как предмет психологического исследования / Н.П. Ничипоренко, В. Д. Менделевич // Психологический журнал. — 2006. — №5. —С.50—59.
5. Tvardovskaya A. A. Comparative study of mental activity of primary school students with different clinical forms of cerebral palsy // The Social Sciences. 2015. Vol. 10. Pp. 615–619. DOI: 10.3923/sscience.2015.615.619

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ

Алпатова А.И.¹. Алпатова М.П.²

¹МГОУ, г. Москва, Россия

²МГПУ, г. Москва, Россия

Аннотация. В статье рассматривается роль психолога в образовательном процессе и в формировании многосторонней личности. Аргументируется актуальность развития психологии в процессе образования. Обосновывается значимость взаимодействия психолога и учащегося с целью устранения внутренних противоречий через «самостоятельное» решение трудностей.

Ключевые слова: образование, психология, закономерности, психологическое здоровье, одаренность, помощь.

THE ROLE OF A PSYCHOLOGIST IN THE MODERN EDUCATION

Alpatova A., Alpatova M.

Abstract. The article discusses the role of the psychologist in the educational process and in the formation of a multilateral personality. The relevance of the development of psychology in the educational process is argued. The significance of the interaction between the psychologist and the student is substantiated in order to eliminate internal contradictions through an “independent” solution of difficulties.

Keywords: education, psychology, laws, psychological health, giftedness, help.

Образование – единый целенаправленный процесс воспитания и обучения, являющийся общественно значимым благом и осуществляемый в интересах человека, семьи, общества и государства, а также совокупность приобретаемых знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта деятельности и компетенции определенных объема и сложности в целях интеллектуального, духовно-нравственного, творческого, физического и (или)

профессионального развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов [3].

Из определения можно сделать логическое умозаключение, что главная цель образования - формирование гармонично развитой личности. Но формирование может происходить только при взаимосвязи разных дисциплин, которые гармонично дополняют друг друга.

Некоторые направления имеют настолько тесную взаимосвязь, а их общие результаты настолько значимы, что появляются новые направления, такие как, например, психология образования.

Еще один важный документ – «Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года». Главная цель деятельности психологической службы – психологическое здоровье всех участников образовательного процесса [1].

Современная система образования базируется на важных положениях признанных ученых: Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии: о зоне ближайшего развития, о теории деятельности, о проблеме взаимосвязи личности и культуры. Все данные, полученные с помощью различных методов, давно используются при построении учебных планов и программ, при создании учебников образовательных организаций различного уровня образования. Также современная система образования выстраивается на основе идей о значимости становления субъекта образования – создания условий, в которых человек сможет раскрыть свой потенциал, стать активным субъектом деятельности в собственной жизни и во взаимодействии с другими людьми.

Психология образования – это одно из наиболее актуальных направлений психологии, так как процесс образования происходит на всем периоде жизни человека, вне зависимости от возраста, пола, интересов и еще многих показателей. Ведь от общего уровня развития отдельного человека зависит благополучие всего общества: чем выше эрудированность человека, тем выше качество жизни. Чем выше уровень образования человека, тем выше качество жизни. Но как же улучшить процесс образования на индивидуально - психологическом уровне? Современное образование дает всем людям одинаковый старт, но только немногие достигают успеха. В чем же секрет? Может быть проблема заложена внутри человека?

«Самая большая глупость - это делать то же самое и надеяться на другой результат» - Альберт Эйнштейн. Если отнести это высказывание великого физика к системе образования, то получится, что бессмысленно



ориентироваться на старые модели развития образования и надеяться на новые результаты. Тем более что, безусловно, современные траектории развития, выработанные ранее различными министерствами и ведомствами, не отражают психофизические особенности современного поколения.

Психолог в своей работе сталкивается с известными проблемами как сопровождающие ребенка в определенный кризисный период, так и психологические проблемы, обусловленные тенденциями в образовании, например, повышенная нагрузка, агрессивность учащихся, сниженный интерес к предмету (предметам). Деятельность психологических служб должна быть направлена на формирование внутреннего равновесия, душевного комфорта, интереса к предметам - будет показателем психологического здоровья.

Знание психологических закономерностей и их учет повышает качество образования. Важным умением психолога является не только констатировать имеющиеся нарушения психического состояния, но и предвидеть, а так же предупредить возможный дисбаланс психики. Так же психолог определяет наиболее талантливых детей, имеющих определенные задатки и способности, внутреннюю потребность к познанию нового. Через грамотное построение образовательного процесса, то есть то, которое максимально полно учитывает индивидуальные особенности и потребности каждого учащегося. И тогда и дети со сниженной мотивацией, и с яркими чертами заинтересованности учебным процессом смогут расширить свои знания.

Наоборот, проблема развития способностей и одаренности – одна из наиболее обсуждаемых проблем в последнее время в сфере психологии, педагогики и практики образования.

Именно психолог, применяя различные методики в их совокупности и анализируя полученные результаты, сможет определить сильные и слабые стороны ученика, так как в большинстве психолог и ученик взаимодействуют друг с другом. Нужно понимать, что психодиагностика требует высокой нравственной культуры психолога и умение грамотно оперировать различными методиками.

В зависимости от результатов теста и преобладании определенного психотипа, превалировании процессов возбуждения или торможения, склонностей и интересов психолог может выяснить истинные причины, например, неуспеваемости или агрессивности. Например, цель рисуночных тестов — определение характера внутрисемейной атмосферы, отношений

ребенка с окружающими и его связей с ними (оптимальные, недостаточные, фрустрирующие, симбиотические) [2].

Но не думайте, что психолог решит все ваши проблемы, посоветует способы достижения цели. Ведь любая мысль, умозаключение преломляются через жизненный опыт, знания и ценности, и конечно, зависят от установок психолога. Поэтому психолог только намечает возможные пути выхода, из которых мы сами выбираем наиболее приемлемый. Но если дело касается трудностей, возникающих у детей, то процесс немного усложняется. Так как многие учащиеся не могут всесторонне проанализировать проблему, сделать выводы и представить возможные способы решения трудностей. Поэтому задача психолога - равномерно и грамотно провести консультацию с ребенком, чтобы тот «самостоятельно» выработал решения целого ряда проблем. Отсюда следует глобальная цель - формирование многосторонней личности с определенными личностными качествами. А это значит, что требования к личности как с духовно-нравственной стороны, так и с интеллектуальной возрастают, а если ребенок не удовлетворяет запросы, то возникают внутренние противоречия, поведенческие или эмоциональные нарушения, которые и пытается разрешить психолог совместно с ребенком.

Таким образом, в настоящее время в системе современного образования Российской Федерации роль психолога в системе образования велика. Разработанные законы и концепции, положения признанных ученых позволяют выработать траекторию развития. Психолог в своей работе сталкивается с известными проблемами как сопровождающие ребенка в определенный кризисный период, так и с его индивидуальными трудностями, но знание психологических закономерностей помогает их нивелировать, что повышает качество образования. Именно психолог, применяя различные методики в их совокупности и анализируя полученные результаты, сможет определить сильные и слабые стороны ученика. Отсюда следует глобальная цель - формирование многосторонней личности.

Список литературы

1. "Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года" (утв. Минобрнауки России от 19.12.2017).
2. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие. [Текст]

/ В.В.Ткачева. – М.: УМК «Психология», Московский психолого-социальный институт, 2006 – 320 с.

3. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018).

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СТРАТЕГИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Антипова Д.А.

Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань, Россия

Научный руководитель - канд. психол.н., доцент Ахметзянова А.И.

Аннотация. Сформированность прогностической компетентности является одним из факторов успешной социализации. На сегодняшний день формирование прогнозирования входит в программу ФГОС НОО, как универсальное учебное действие. Стратегий формирования прогнозирования в условиях дизонтогенеза на данный момент имеется ограниченное количество и требует разработки.

Ключевые слова: прогнозирование, прогностическая компетентность, социализация, младшие школьники, дизонтогенез.

THEORETICAL REVIEW OF THE STRATEGY OF FORMING PROGNOSTIC COMPETENCE OF YOUNGER SCHOOLCHILDREN

Antipova D.A.

Abstract. Formed predictive competence is one of the factors for successful socialization. To date, the formation of forecasting is included in the program of the Federal State Educational Standard of the IEO, as a universal learning action.

Strategies for the formation of forecasting under conditions of diontogenesis currently have a limited number and require development.

Key words: forecasting, prognostic competence, socialization, younger schoolchildren, diontogenesis.

В исследованиях детей младшего школьного возраста умение прогнозировать относят к числу приоритетных качеств личности, без которых невозможна успешная социализация в современных условиях [6].

Существующие на сегодняшний день литературные данные дают основания рассматривать прогностическую компетентность как показатель благополучно протекающей социализации, в случаях несформированной прогностической компетентности возможно возникновение различных отклонений, таких, как девиантное поведение. В связи с этим, большую важность приобретает проблема разработки программ и стратегий по формированию прогностической компетентности младших школьников.

Стратегии формирования определяются как экспериментальные условия, способствующие созданию самого процесса возникновения тех или иных высших психических функций [8], в нашем случае – прогнозирования.

На сегодняшний день в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования (ФГОС НОО), прогнозирование включено в группу универсальных учебных действий (УУД), формирование которых предполагает данный стандарт [9].

Согласно стандарту, прогнозирование включено в две группы универсальных учебных действий и рассматривается как:

- регулятивное действие (предвидение возможности получения конкретного результата при решении задачи), т. е. поисковое прогнозирование;
- познавательное логическое действие (выдвижение и проверка гипотез), т.е. нормативное прогнозирование [10].

С началом школьного обучения появляется необходимость формирования способности к прогнозированию, так как от уровня развития данной способности зависит степень осознанности совершаемой младшими школьниками учебной деятельности и возможности самостоятельно регулировать собственные действия.

Слабо развитая способность к прогнозированию (антиципационная состоятельность) в учебной деятельности у младших школьников приводит к

серьезным ошибкам в процессе выполнения задания (несоответствие решения задачи вопросу).

Сформированность способности к планированию и прогнозированию могут являться показателями уровня овладения регулятивными универсальными действиями [12].

Анализ литературных источников позволил выявить факторы результативного формирования у младших школьников умения прогнозировать. Это создание трех групп условий: организационно-педагогических, психолого-педагогических, дидактических, в частности, методических условий.

Таким образом, формирование способности к прогнозированию должно осуществляться в процессе школьного обучения, на различных уроках путем создания прогностических задач или систем вопросов, создающих ситуации, в которой школьники вынуждены выполнять отдельные операции прогнозирования или это действие в целом [10].

Сформированная на одном предметном содержании способность к прогнозированию переносится младшим школьником на любое другое содержание уже самостоятельно, в результате чего формируется самостоятельная познавательная, учебная деятельность ребенка [10].

На сегодняшний день имеется значительное количество работ, посвященных формированию прогностической способности при нормативном развитии на тех или иных школьных уроках.

В работе Н.Н. Деменевой (2013) представлен процесс формирования универсального действия прогнозирования на уроке математики. Автор в своей работе отмечает, что математика как учебный предмет содержит большие возможности для освоения учащимися познавательных и регулятивных УУД.

На уроках математики прогнозирование чаще всего связано с предвосхищением результата выполняемых действий, предварительной прикидкой ответа, который должен быть получен при решении задач, уравнений, выполнении измерений [3]. Формирование прогнозирования осуществляется в тесном единстве с формированием действий контроля, коррекции, оценки, анализа и других универсальных учебных действий. Сформированность всех этих навыков в итоге обеспечивает становление у младшего школьника умения учиться, а так же способствует практической направленности обучения математике в начальной школе [3].

В работе Л.Е. Дичинской и М.А. Цукановой (2017) представлен процесс формирования механизма вероятностного прогнозирования в процессе обучения иностранному языку с использованием игровых упражнений. Способность младших школьников к прогнозированию (способность предугадывать, предвосхищать, предполагать) автор определяет одним из условий успешного формирования умений аудирования, чтения, восприятия звучащей речи и извлечения информации из текста.

Автором отмечается, что внимание детей в этом возрасте непроизвольно и неустойчиво, в связи с чем, необходимо организовывать процесс развития прогнозирования на уроке интересным. Наиболее подходящим средством организации такого урока, по мнению автора, являются игровые упражнения. Возможность опоры на игровую деятельность позволяет поддерживать мотивацию детей на уроке, снимать эмоциональное напряжение и преодолевать психологические барьеры, возникающие при восприятии звучащей иноязычной речи и чтении текста на иностранном языке [4].

Таким образом, успешность обучения аудированию и чтению во многом зависит от сформированности механизма вероятностного прогнозирования. В процессе обучения необходимо уделять внимание формированию механизмов смыслового прогнозирования и вербального прогнозирования на разных языковых уровнях в процессах чтения и восприятия речи на слух. Упражнения, направленные на формирование указанных механизмов, могут быть представлены в игровой форме, что позволит сделать процесс обучения более привлекательным для младших школьников [4].

В психолингвистике и лингвистике процесс вероятностного прогнозирования при обучении аудированию исследуется И.А. Зимней, Л.Р. Мошинской, Р.М. Фрумкиной, Н.С. Харламовой и др.

Так же развитию вероятностного прогнозирования при обучении аудированию на иностранном языке посвящена работа А.В. Дьяковой (2016). В данной работе отмечается, что развитие всех необходимых для аудирования навыков (умения составлять общее представление об услышанном, извлекать конкретную информацию из текста в соответствии с поставленной задачей, отделять главное от второстепенного, понимать значение незнакомых слов на основе контекста) возможно на основе обучения учащихся вероятностному прогнозированию. Механизм вероятностного прогнозирования предполагает умение прогнозировать содержание

аудиотекста на основе имеющихся лингвистических и коммуникативных знаний, а также на основе имеющегося у учащихся опыта [5].

Значительное количество работ на сегодняшний день посвящено формированию универсальных учебных действий, в том числе прогнозирования, на уроках физической культуры (С.В. Давыдова, 2016; Д.Д. Кечкин, 2013; О.О. Райнхардт, 2016; В.Н. Чепелевич, 2015; Н.В. Фомичева, 2011, 2014 и др.). В данных работах представлены результаты процесса формирования прогнозирования путем занятий (теоретических и практических) на уроках физической культуры. Отмечается важность того, насколько самостоятельность детей при работе на уроках способствует развитию их регулятивных, познавательных, коммуникативных универсальных учебных действий, а так же личностному развитию в целом [2].

Н.Ю. Краснова (2011) в своей статье демонстрирует возможность развития прогностической способности в проективно-поисковой деятельности. Автором выделяются несколько ступеней развития прогнозирования в проективной деятельности:

- на 1 ступени следует давать учащимся общие представления о структуре, содержании и значении прогнозирования предстоящей деятельности;

- на 2 ступени необходимо организовать такие условия, чтобы учащиеся на личном опыте убеждались в преимуществе прогнозирования и поняли, что этому необходимо учиться. Тем самым повышается интерес и усиливается внимание ребят к способу организации своей работы;

- на 3 ступени убеждение младших школьников в необходимости прогнозировать закрепляется в условиях коллективного труда [7].

Прогнозируя, младшие школьники активно анализируют процесс предстоящей деятельности, приобретая умение элементарно предвосхищать все в более полном масштабе процесс предстоящей работы. При этом прогнозирование придает деятельности детей организационную упорядочность, стройность и целеустремленность [7].

Помимо работ, посвященных формированию и развитию прогностической деятельности детей с нормативным развитием, на сегодняшний день имеются работы, посвященные формированию прогнозирования в дизонтогенезе.

В своей работе Л.Н. Волова (2018) раскрывает возможность развития вероятностного прогнозирования речи на письме у детей с ОНР путем применения дидактических упражнений.

В младшем школьном возрасте при нормативном речевом развитии у детей формируется правильная смысловая догадка, благодаря которой осуществляется прогнозирование дальнейшего текста. То есть в процессе чтения понимание смысла слова в структуре словосочетания или предложения опережает его произнесение. Это значительно упрощает процесс овладения как технической, так и смысловой стороной чтения, облегчает процесс зрительного восприятия текста.

У детей с общим недоразвитием речи в младшем дошкольном возрасте смысловая догадка часто носит ошибочный характер, либо вообще не формируется. Это возникает из-за несформированности всех сторон речевой деятельности: лексики, грамматики, фонетики, связной речи, малого речевого опыта. В связи с этим в последующем процесс обучения чтению и письму у таких детей значительно затрудняется. Более медленно осваивается техническая часть процесса чтения, являющаяся основой для понимания текста [1].

Приемы развития прогнозирования при формировании навыка чтения представлены в работах С.Н. Костроминой, Л.Г. Нагаевой, О.Н. Бершанской и др. Накопленный методический опыт построен без опоры на особенности вероятностного прогнозирования применительно к конкретному возрасту детей и уровню речевого развития.

В работе автором представлен комплекс дидактических упражнений, который будет способствовать развитию смыслового и грамматического прогнозирования письменной речи на уровне слов, словосочетаний, предложений, текста у младших школьников с общим недоразвитием речи [1].

Л.Д. Заляева и И.А. Нигматуллина в своей работе (2018) представляют стратегию формирования прогностической компетентности у детей младшего школьного возраста с нарушениями речи.

Модель формирования прогностической компетентности рассматривается авторами как последовательная реализация в процессе учебной и внеучебной деятельности системы психолого-педагогических методов и средств, обеспечивающих формирование функциональных компонентов прогностической компетентности, на основе повышения уровня

самосознания младших школьников как субъектов прогностической деятельности [6].

С учетом того, что одним из важных направлений в коррекционной работе с детьми с нарушениями речи является формирование прогностической компетентности, авторами была сделана попытка определения стратегий развития прогностической компетентности младших школьников с нарушениями речи. Разработанная стратегия имеет коррекционно-развивающую направленность и является практико-ориентированной. Стратегия направлена на формирование универсальных учебных действий, и на развитие личности детей с нарушениями речи [6].

В работе В.В. Хитрюк, А.И. Ахметзяновой и В.С. Занько (2018) произведен обзор методов, способствующих развитию социально-адаптационной функции прогностической способности. Среди данных методов авторами описаны метод видеомоделирования, социальных историй, виртуальной реальности, использования роботов. Указанные методы подразумевают демонстрацию тех или иных навыков, проблемных ситуаций, способствующих обучению ребенка с расстройством аутистического спектра моделям просоциального поведения, в то же время, развивая способность предвидеть и предвосхищать события во времени [11].

Таким образом, на сегодняшний день накоплено значительно количество работ, посвященных формированию прогнозирования и прогностической компетентности младших школьников в учебной деятельности при нормативном развитии. Работ же, посвященных исследованию и формированию прогностической компетентности в ситуациях дизонтогенеза имеется ограниченное количество и требует разработки.

Список литературы

1. Волова Л.Н. Дидактические упражнения как средство развития механизма вероятностного прогнозирования речи на письме у младших школьников с ОНР [Электронный ресурс] / Л.Н. Волова // Ломоносовские научные чтения студентов, аспирантов и молодых учёных – 2018: сборник материалов конференции / сост. Ю.С. Кузнецова; Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова. - Архангельск: ИД САФУ, 2018. – 232-237. – Режим доступа: <https://narfu.ru/upload/medialibrary/5f9/SBORNIK-2018.pdf> . – (Дата обращения: 27.10.2018).

2. Давыдова С.В. Требования к современному уроку физической культуры в условиях ФГОС [Электронный ресурс] / С.В. Давыдова // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2016 г.). — Краснодар: Новация, 2016. — С. 142-144. — Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/187/9501/> . - (Дата обращения: 25.10.2018).
3. Деменева Н.Н. Формирование универсального действия прогнозирования на уроках математики / Н.Н. Деменева // Начальная школа. - 2013. - № 9. - С. 52-55.
4. Дичинская Л.Е. Игровые упражнения в процессе формирования у младших школьников механизма вероятностного прогнозирования в рецептивных видах деятельности [Электронный ресурс]/ Л.Е. Дичинская, М.А. Цуканова // Высшее гуманитарное образование XXI века: проблемы и перспективы: материалы XII международной научно-практической конференции. - 2017. - С. 94-97. — Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_30595664_87081124.pdf . — (Дата обращения: 24.10.2018).
5. Дьякова А.В. Развитие навыков вероятностного прогнозирования при обучении аудированию на иностранном языке / А.В. Дьякова // Проблемы педагогики. - 2016. - № 3 (14). - С. 26-28.
6. Заляева Л.Д. К вопросу о стратегиях формирования прогностической компетентности у детей младшего школьного возраста с нарушениями речи / Л.Д. Заляева, И.А. Нигматуллина // Альманах Казанского федерального университета: материалы XII Международной научно-образовательной конференции «Актуальные проблемы дефектологии и клинической психологии: теория и практика». Под ред. А.И. Ахметзяновой. - 2018. - С. 63-69. — Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_35385399_34544503.pdf . — (Дата обращения: 25.10.2018).
7. Краснова Н.Ю. Развитие способности младших школьников к прогнозированию в проектно-поисковой деятельности [Электронный ресурс] / Н.Ю. Краснова // Царскосельские чтения. - 2011. - №15. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-sposobnosti-mladshih-shkolnikov-k-prognozirovaniyu-v-proektno-poiskovoy-deyatelnosti> . - (Дата обращения: 27.10.2018).

8. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – Издание 3-е, стереотипное. – М.: Тривола, 1998. - 352 с.
9. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования [приказ Министерства образования и науки РФ от 6 октября 2009 г. No 373; в ред. приказов от 26 ноября 2010 г. No 1241; от 22 сентября 2011 г. No 2357; 18 декабря 2012 г. No 1060; 29 декабря 2014 г. No 1643; 18 мая 2015 г. No 507; 31 декабря 2015 г. No 1576. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.base.garant.ru/197127/#ixzz4Wy6XA8R> . – (Дата обращения: 24.10.2018).
10. Федорова Т.В. Методические аспекты формирования у младших школьников умения прогнозировать / Т.В. Федорова, Э.Г. Сабирова // Материалы X Международной научной конференции: Артемовские чтения. Редколлегия: Л.В. Лысогорова, С.П. Зубова, Н.И. Вьюнова, Н.Г. Кочетова и др.. - 2018. - С. 483-492.
11. Хитрюк В.В. Методы развития социально-адаптационных функций прогностической способности младших школьников с расстройствами аутистического спектра / В.В. Хитрюк, А.И. Ахметзянова, В.С. Занько // Альманах Казанского федерального университета: материалы XII Международной научно-образовательной конференции «Актуальные проблемы дефектологии и клинической психологии: теория и практика». Под ред. А.И. Ахметзяновой. - Изд-во Казанского ун-та. – 2018. – С. 216-220.
12. Швецова Р.Ф. Преимущество в формировании планирования и прогнозирования у дошкольников и младших школьников / Р.Ф. Швецова // Материалы Всероссийской научно-методической конференции: Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры. - 2016. - С. 3253-3255.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ДОШКОЛЬНИКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Ахкиямова А.И.

**Казанский (Приволжский) Федеральный Университет,
Институт психологии и образования, г. Казань, Россия**

Научный руководитель - канд.психол.н., доцент Ахметзянова А.И.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей коммуникативных навыков дошкольников с тяжелыми нарушениями речи. Доказано, что у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи при понимании состояния другого человека, при взаимодействии уровень развития коммуникативных способностей составляет средний уровень, а при представлении о способах выражения своего отношения к взрослому или сверстнику находится на низком уровне, что требует целенаправленной коррекционно-логопедической работы.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, дошкольники, нарушения речи

FEATURES COMMUNICATION SKILLS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH SEVERE SPEECH DISORDERS

Akhkyamova A.I.

Abstract. The article presents the results of a study of the features of communicative skills of preschoolers with severe speech disorders. It is proved that in preschool children with severe speech disorders when understanding the state of another person, the level of development of communicative abilities makes the average level when interacting, and when thinking about how to express their attitude to an adult or peer is at a low level, this requires targeted corrective-speech therapy.

Keywords: communication skills, preschoolers, speech disorders

Дети дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи представляют собой сложную гетерогенную группу. Эта группа характеризуется разной степенью и механизмом нарушения речи, временем его возникновения, разнородным уровнем психофизического развития. Данные особенности определяют различные возможности детей в овладении навыками речевого общения [3].

Недостаточная мобильность, низкая переключаемость внимания, восприятия и памяти у детей с тяжелыми нарушениями речи, а также недостаточная координация данных процессов с речевой деятельностью затрудняет полноценное овладение такими детьми учебными знаниями и навыками [1]. Наличие тяжелых речевых нарушений у детей приводит к стойким нарушениям деятельности общения. При этом затрудняется процесс межличностного взаимодействия детей, и создаются серьезные проблемы на пути их развития и обучения [5].

Уже с момента рождения, ребенок вступает в контакты с окружающими людьми, которые впоследствии преобразуются и усложняются. В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) ребенок учится взаимодействовать с другими людьми, в результате чего формируются его представления о себе и собственных возможностях. Согласно взглядам отечественных ученых (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, М.И. Лисина, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин) общение выступает в качестве одного из основных условий развития ребенка, важнейшего фактора формирования его личности, а также, ведущего вида человеческой деятельности, направленного на познание и оценку самого себя через посредство других людей. Важно отметить, что общение присутствует во всех видах детской деятельности и оказывает влияние на речевое и психическое развитие ребенка, формирует личность в целом. От уровня развития коммуникативных навыков зависит успешность социально-психологической адаптации детей в обществе. Исследователи отмечают, что недостаточная степень коммуникативной готовности детей приводит к трудностям, которые сложно преодолеваются и имеют серьезные последствия в процессе образования и воспитания в дошкольной организации [7].

В трудах Л.С. Выготского, М.И. Лисиной, А.В. Запорожца, Т.А. Репиной прослеживается мнение о том, что умение ребенка позитивно общаться позволяет ему комфортно жить в обществе людей и успешно социализироваться; благодаря общению ребенок познает не только другого человека (взрослого или сверстника), но и самого себя [3].

Для анализа уровня сформированности коммуникативных навыков нами было проведено обследование с использованием методики «Диагностика коммуникативных способностей у детей». Исследование проводилось на базе МАДОУ «Детский сад №340 комбинированного вида» г. Казани. В исследование приняли участие дети дошкольного возраста (от 5 до 7 лет) с тяжелыми нарушениями речи и нормотипичным развитием.

Методика «Диагностика коммуникативных способностей у детей» включает в себя 4 раздела.

Цель: определение уровня развития коммуникативных способностей (понимание ребенком задач, предъявляемых взрослым в различных ситуациях взаимодействия). Ребенку предлагались картинки, где изображены различные ситуации, и он должен был выбрать ту картинку, которая, по его мнению, наиболее правильная.

Результаты обследования представлены в виде диаграммы:

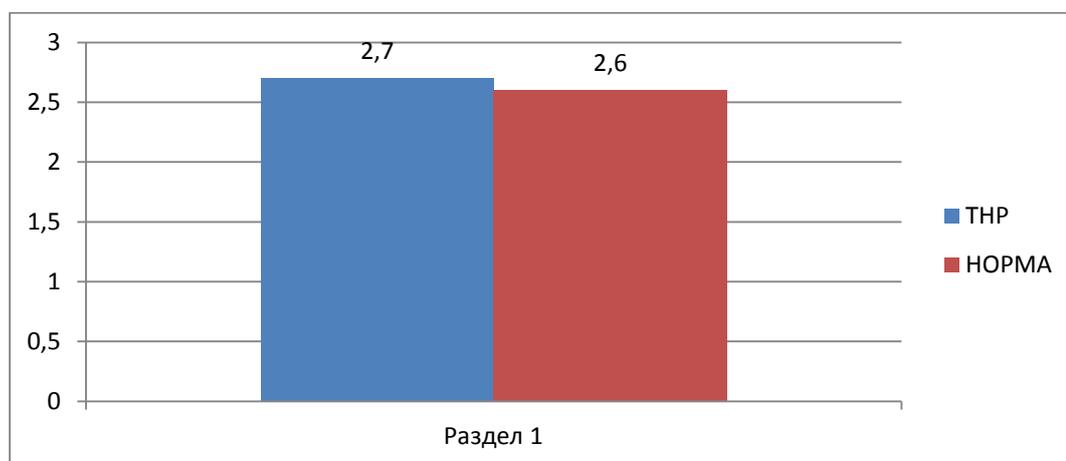


Рис.1. Сравнительный анализ результатов дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и нормой

По данным анализа, мы можем сделать следующие выводы: уровень развития коммуникативных способностей у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи развито достаточно; они показали результат выше, чем у нормы. Данные свидетельствуют о том, что эти дети в достаточной мере понимают задачи, предъявляемые взрослыми в различных ситуациях взаимодействия. Но следует отметить и то, что уровень развития коммуникативных способностей именно по этому разделу у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи не достигает высокого уровня, следовательно, задачи, предъявляемые взрослыми, будут касаться обиходной жизни.

Цель: выявление уровня развития коммуникативных способностей (понимание ребенком состояния сверстника).

Результаты обследования представлены в виде диаграммы:

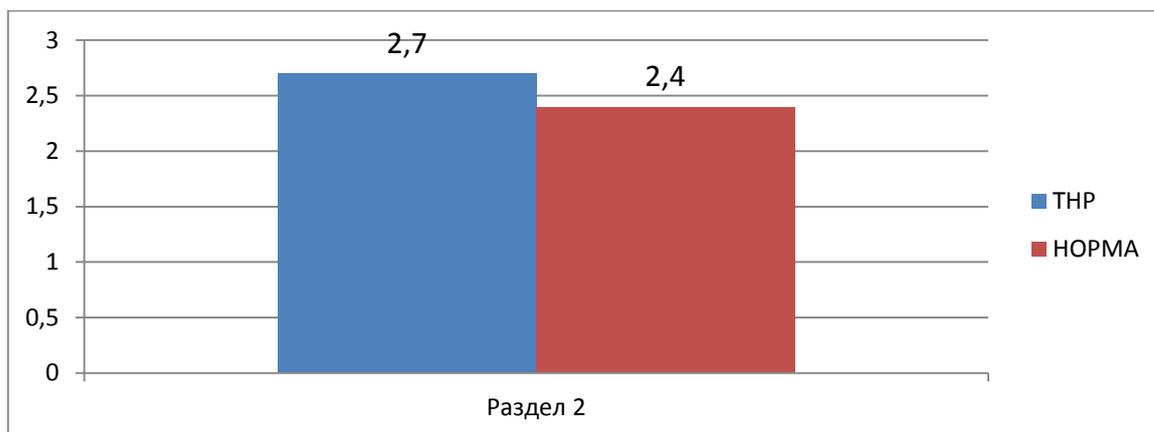


Рис.2. Сравнительный анализ результатов дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и нормой

По данным анализа, мы можем сделать следующие выводы: уровень развития коммуникативных способностей у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи развито достаточно; они показали результат выше, чем у нормы. Данные свидетельствуют о том, что эти дети в достаточной мере понимают состояние своего сверстника.

Цель: выявление уровня развития коммуникативных способностей (представление о способах выражения своего отношения к взрослому).

Результаты обследования по Раздел 3 представлены в виде диаграммы:

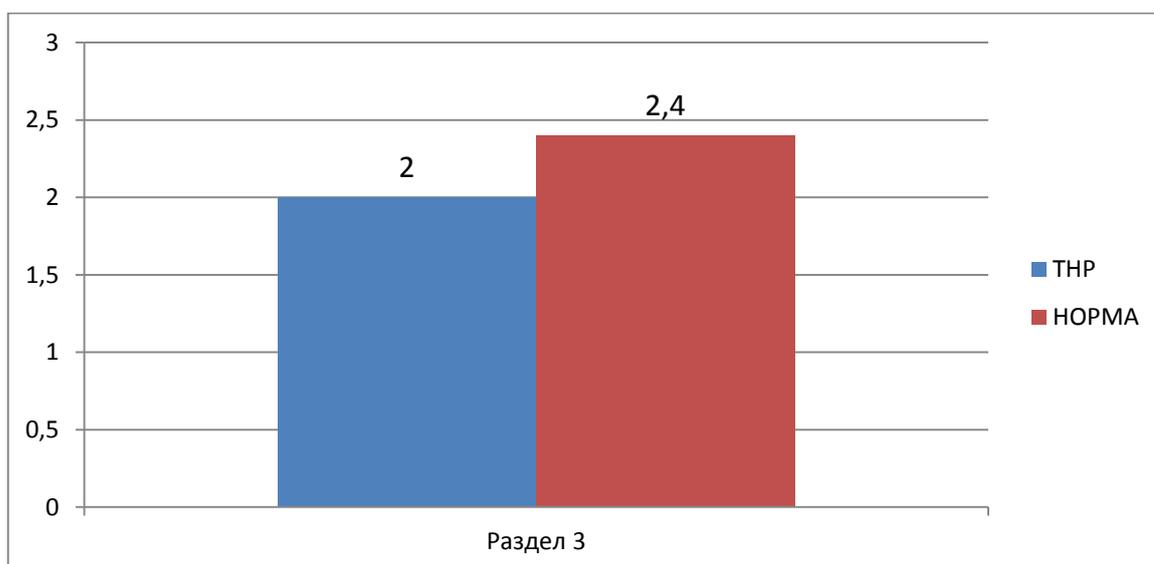


Рис.3. Сравнительный анализ результатов дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и нормой

По данным анализа, мы можем сделать следующие выводы: уровень развития коммуникативных способностей у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи развито недостаточно; они показали результат ниже, чем у нормы. Данные свидетельствуют о том, что эти дети в недостаточной мере имеют представление о способах выражения своего отношения к взрослому. Эти трудности могут проявляться как в учебной деятельности, так и в обычной жизни детей.

Цель: выявление уровня развития коммуникативных способностей (представление о способах выражения своего отношения к сверстнику).

Результаты обследования представлены в виде диаграммы:

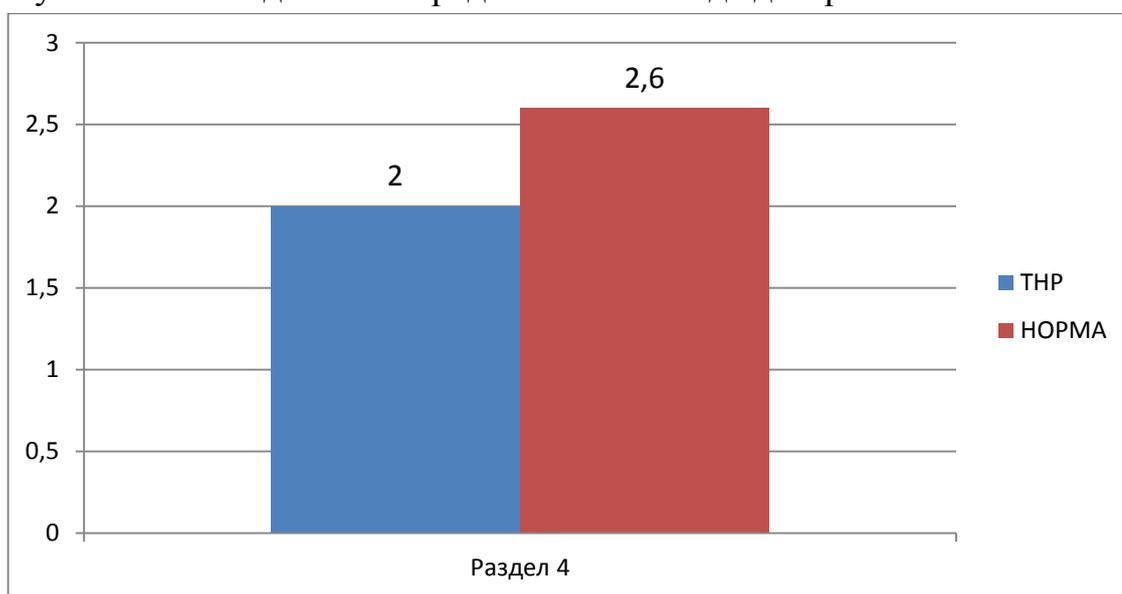


Рис.4. Сравнительный анализ результатов дошкольников с тяжелыми нарушениями речи и нормой

По данным анализа, мы можем сделать следующие выводы: уровень развития коммуникативных навыков свидетельствуют о том, что эти дети в недостаточной мере имеют представление о способах выражения своего отношения к сверстнику.

Таким образом, у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи при понимании состояния другого человека, при взаимодействии уровень развития коммуникативных способностей составляет средний уровень, а при представлении о способах выражения своего отношения к взрослому или сверстнику находится на низком уровне, что требует целенаправленной коррекционно-логопедической работы.

Список литературы

1. Артамонова С. В. Методика использования игрового сюжета в процессе экспресс-диагностики речевого развития детей / С. В. Артамонова // Известия Южного Федерального университета. – 2008. – № 6 – С. 198–212.
2. Бахчиева Е.Н., Никитина С.А., Будилова В.Ю. Особенности социализации детей с тяжёлыми нарушениями речи // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 35. – С. 18–21.
3. Дзюба О. В. Развитие коммуникативной компетентности дошкольников с общим недоразвитием речи / О. В. Дзюба // Актуальные проблемы профессионально-педагогического образования: межвузовский сб. научн. трудов ; под ред. Е. А. Левановой. – Выпуск 23. – Калининград: Изд-во КГУ, 2009. – С. 35–40
4. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2009. 576 с.
5. Козырева, О.А. Формирование лексико-грамматических средств языка и развитие связной речи: старшая группа специальных (коррекционных) дошкольных образовательных учреж / О.А. Козырева, Н.Б. Борисова. - М.: Владос, 2016. - 119 с.
6. Колесникова А.Е. Формирование социально-коммуникативной компетентности старших дошкольников с ОНР: новый подход // Логопед. 2015. № 3. С. 23–31.
7. Конева И.А., Белова А.В. Психологические особенности общения со сверстниками старших дошкольников с нарушениями речи // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3
8. Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 4.
9. Насибуллина А. Д. Организация специального (коррекционного) образования в дошкольном образовательном учреждении / А. Д. Насибуллина, А. И. Азарина // Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы развития: материалы VI Междунар. науч.–практ. конф. (Чебоксары, 3 окт. 2015 г.) / редкол.: О. Н. Широков. — Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. — № 3 (6). — С. 127–130.
10. Нищева, Н.В. Современная система коррекционной работы в логопедической группе для детей с общим недоразвитием речи (с 3 до 7

- лет) / Н.В. Нищева. - СПб.: Детство-Пресс, 2013. - 624 с.
Общая психология [Текст]: учебник для вузов. /А.Г. Маклаков. - СПб.: Питер, 2008. - 583с.
11. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи [Текст]: пособие для психологов, логопедов, учителей-дефектологов /Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. - М.: Книголюб, 2008. - 96с. (по научной редакцией И.Ю. Левченко)
 12. Ромусик М.Н. Психолого - педагогические особенности детей младшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи и некоторые аспекты коррекционной работы с ними // Логопед в детском саду. - 2008. - №3. - С. 32-37.
 13. Смирнова Е.О., Особенности общения с дошкольниками. - М: "Академия", 2000 .-152 с.
 14. Танцюра С.Ю. Особенности общения неговорящих детей // Логопед. - 2008. - №5. - С. 16-20.
 15. Халилова Л.Б. Диагностика семантического компонента языковой компетенции у дошкольников с недоразвитием речи // Логопед в детском саду. - 2008. - №5. - С. 16-24.
 16. Яковенко А. А. Создание благоприятных условий для успешной социализации дошкольников // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 46. – С. 462–464.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Блинова К.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель – канд. психол.н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлено описание клинического случая нейропсихологического исследования структуры гностической деятельности

пациентки с параноидной шизофренией. В ходе анализа выявлено нарушение целостного функционирования гностических функций.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, параноидная шизофрения, буквенный гнозис, акустический гнозис, зрительнопространственный гнозис, цветовой гнозис, предметный гнозис, соматосенсорный гнозис.

THE STUDY OF GNOSTIC FUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA: A CLINICAL CASE

Blinova K.V.

Abstract. The article presents the clinical case neuropsychological studies of the structure of the Gnostic activities of a patient with paranoid schizophrenia. The analysis revealed a violation of the integral functioning of Gnostic functions.

Keywords: neuropsychological diagnostics, paranoid schizophrenia, and literal gnosis acoustic gnosis, visual-spatial gnosis, color gnosis, the gnosis of the subject.

Высокий процент инвалидизации и одно из экономически затратных заболеваний характеризует шизофрению как социально значимую проблему [1].

Во многих исследованиях психических функций при шизофрении объектом выступают когнитивные функции [2,4,6,7], эмоционально-волевые и мотивационные, речевые [3], межанализаторное взаимодействие [5] структура личности [8]. Но изменения происходят не только в данных психических процессах, но и в гностической сфере [4]. Для глубокого изучения проблемы необходимо комплексное понимание всех изменений психической деятельности.

Объектом исследования структура гностических функций. Предмет исследования – описание структуры гностических функций при параноидной форме шизофрении.

Цель: описание структуры гностических функций клинического случая пациентки с параноидной формой шизофрении.

Нейропсихологические пробы: зрительный гнозис – «Узнавание предметов», «Наложенные изображения», «Зашумленные изображения»,

«Химеры»; слуховой гнозис – «Оценка ритмических структур»; зрительно-пространственный гнозис – «Бочка и ящик», «Буквы», «Самостоятельный рисунок», «Копирование»; тактильный гнозис – «Проба Ферстера», «Локализация прикосновений», «Схема тела»; лицевой гнозис – «Узнавание известных личностей по фотографиям», «Узнавание поэтов и писателей», «Узнавание незнакомых лиц».

Количественные характеристики проб в баллах по Л.Н. Глозман:

(от 0 до 3 баллов), где 0 – отсутствие ошибок; 1 – 1,2 ошибки, при возможности к самостоятельной корректировке своих действий; 2 – ошибки умеренной тяжести, без возможности самокоррекции; а 3 – отсутствие правильных ответов.

В соответствии с данной шкалой оценивания, выделялось 3 группы (уровня) выполнения проб:

1. Высокий – не допускает ошибок при выполнении;
2. Средний – допускает ошибки;
3. Низкий – не дает ни одного правильного ответа.

В данной работе рассматривается клинический случай пациентки с диагнозом F20.0 Параноидная шизофрения.

Пациентка З., 53 года проходила нейропсихологическое исследование на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» с целью определения нейропсихологических проявлений гностической деятельности.

Из анамнеза: имеет среднее специальное образование, работала 6 лет швей. Разведена. 3 детей. Первые проявления болезни появились в 25 лет, психотический эпизод с бредом воздействия. Периодически проходит курс лечения в стационаре из-за рецидивов.

На момент исследования в месте, времени и частично в своей личности ориентирована. Неопрятна. Контактна. На вопросы отвечает охотно, развернуто. Высокая концентрация внимания на заданиях, наблюдается легкий тремор рук, соскальзывания, резонерство. К исследованию относится незаинтересованно. Настроение доброжелательное. Эмоциональные реакции неадекватны ситуации. Мимика малооживлена. Инструкции понимает без затруднений. Диагностика профиля латеральной организации выявила праворукость.

Проведение проб на предметный гнозис. Реалистические изображения называла правильно (высокий уровень выполнения). Перечеркнутые и



наложенные изображения – средний уровень, называла неверно по два изображения на картинке. Низкий уровень при выполнении проб с незавершенными изображениями: неверно называла предметы, подсказки не помогали интегрировать образ. Интерпретация сюжетных картин включала в себя фрагментарность анализа, поэлементное название изображений без целостной оценки ситуации. В химерах демонстрировала средний уровень выполнения, называла верно два изображения.

Реалистичные и стилизованные изображения лиц: называет одного поэта, из известных людей называет Аллу Пугачеву (она фигурирует в бредовом состоянии), что входит в нижнюю границу среднего уровня выполнения проб.

Пробы на зрительно-пространственный гнозис. В самостоятельном рисунке дома и человека наблюдается микрография, выполнение в двумерном пространстве на среднем уровне. При рисунке куба не соблюдены пропорции, неверно указывает невидимые линии («они все видимы, я же вижу их»), несколько раз штриховкой рисует линии, что соответствует среднему уровню. Копирование рисунка было без учета размера нарисованной фигуры. Цветовой и цифровой гнозис сохранен. При исследовании буквенного гнозиса было выявлено нарушение распознавания букв со штриховкой, перевернутых и прописных – средний уровень выполнения. Геометрические фигуры называет верно. В пробе «Бочка и ящик» неверно указывает и называет расположение предметов относительно друг друга (низкий уровень выполнения).

Пробы на акустический гнозис и слухо-моторную координацию. При оценке и воспроизведении простых и акцентированных ритмических структур наблюдалось ухудшение оценки ритмов при увеличении сложности ритмической структуры с персеверацией первой структуры, что соответствует среднему уровню выполнения. Сомато-сенсорный гнозис. Пробы на локализацию прикосновения и ее проекцию на рисунок, а так же на соматогнозис находится на высоком уровне выполнения, не вызывает затруднений.

На момент исследования были выявлены следующие нейропсихологические проявления гностической деятельности: нарушение в целостной интеграции образов при интерпретации сюжетных картин, предметного, буквенного и акустического гнозиса. Трудности в узнавании лиц. Нарушение зрительно-пространственного гнозиса. Сохранность цветового, цифрового и соматогнозиса. Такие данные могут быть связаны с нарушением

обработки слуховых и зрительных стимулов, а так же произвольной регуляцией деятельности.

Список литературы

1. Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств.- 2015. – №1 – С. 2-9.
2. Запорожченко Д.С. Нарушение коммуникативной функции речи в аспекте расстройства абстрактно-смыслового мышления больных шизофренией // Инновационная наука. – 2015. - №12-3 – С.198-202.
3. Кузнецова А.А., Литвинов Г.А. Теоретико-методологический анализ проблемы изучения сенсорной интеграции у больных с шизофренией // Коллекция гуманитарных исследований. - 2018. -№ 3(12) - С.51-59.
4. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Бушуева О.Ю., Запесоцкая И.В. Анализ показателей функциональной асимметрии мозга у больных с ишемическим инсультом: нейропсихологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. Т. 114. № 12-2. - С. 28-32.
5. Мухитова Ю.В. Диагностика когнитивных функций при распознавании степени выраженности дефекта у больных шизофренией // Научное мнение. – 2013. - №9 – С.231-235.
6. Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., Саркисян Г.Р. Исследование нейрокогнитивных функций у больных шизофренией // Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. – 2015. – С.113-129.
7. Ярзуткин С.В., Сабитов И.А., Ревенкова Ю.А., Павлова Ю.М. Некоторые особенности структуры индивидуальность при шизофрении // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2014. - №1 – С.81-93.
8. Andreasen N.C. Assessment issues and the cost of schizophrenia // Schizophr Bull. – 1991. – Vol. 17, No 3. – P. 475–481.

СТРУКТУРА НАРУШЕННЫХ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Блинова К.В., Коробкин Н.Э., Краснов В.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: канд.психол.н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлено описание нейропсихологического исследования структуры нарушенной гностической деятельности пациентов с диагнозом шизофрении. В ходе анализа была выявлена факторная структура нарушений разных видов гнозиса и обозначен возможный механизм данного нарушения, который представлен в форме снижения когнитивных функций.

Ключевые слова: гностические функции, факторы, когнитивный дефицит.

STRUCTURE OF IMPAIRED GNOSTIC FUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA

Blinova K.V., Korobkin N.E., Krasnov V. S.

Abstract. The article presents a description of neuropsychological studies of the structure broken Gnostic activities of patients with a diagnosis of schizophrenia. In the course of the analysis revealed the factor structure of violations of different kinds of gnosis and indicated the possible mechanism of this violation, which is represented in the form of cognitive decline.

Key words: Gnostic functions, factors, cognitive deficit.

При шизофрении отмечаются нарушения произвольной регуляции, речевые нарушения, нарушение восприятия, нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения или искажения процессов обобщения или отвлечения, динамики мыслительной деятельности [2,5].

Некоторые исследователи утверждают, что у больных шизофренией нарушена регуляция миелинизации нервных волокон в лобной доле. Если в норме количество миелина до определенного возраста (около 40 лет)

увеличивается, то при шизофрении его количество с возрастом практически не изменяется. Считается, что это приводит к снижению способности мозга обеспечивать координированную деятельность нейронных систем, отвечающих за выполнение множества функций. Клинически эти изменения проявляются многообразной симптоматикой шизофрении, в том числе и расстройством когнитивных процессов [3, 6]. В свою очередь нарушения когнитивной обработки прямо сказываются и на базовых идентификационных задачах, включающих простые перцептивные функции, что подтверждается сложностью формирования целостного образа и, как следствие, приводит к ослаблению точности восприятия [1, 4].

Объектом настоящего исследования выступает структура нарушенных гностических функций. Предмет исследования – структура нарушенных гностических функций при шизофрении.

Цель: описать структуру и факторы нарушения гностических функций при шизофрении.

Гипотеза исследования: особенности когнитивных процессов при шизофрении могут оказывать влияние на их гностические функции.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» в период с 18.09.18 по 05.11.18. Объем выборки составили 32 человека в составе 15 женщин и 17 мужчин в возрасте от 38 до 57 лет с диагнозами: F20.0 Шизофрения. Параноидная шизофрения (24 испытуемых); F20.01 Шизофрения. Гебефреническая шизофрения (8 испытуемых). Для диагностики применялся комплекс нейропсихологических проб, включающих в себя методы исследования гностических и мыслительных функций. Выполнение каждой пробы оценивалось по трем параметрам: темп, точность, дифференцированность. Результаты складывались, и вычислялся общий коэффициент результативности. Пробы для исследования каждого вида гнозиса представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Методы диагностики гностических функций

Вид гнозиса	Методика
Пространственный	Геометрические фигуры и символы, связанные с пространственными отношениями, обычные и «немые» часы, копирование проекционных изображений.



Символический (буквенный)	Проба на восприятие букв.
Лицевой	Реалистические и стилизованные изображения лиц (поэты и известные личности).
Акустический	Воспроизведение последовательности ритма, определение бытовых звуков.
Цветовой	Пробы на восприятие цветов.
Симультаный	Показ сюжетных картин.
Тактильный	Узнавание предметов на ощупь без зрительного восприятия.
Предметный	Методика распознавание реалистичных, перечеркнутых, контурных, наложенных, незаконченных изображений предметов, проба Поппельрейтера.
Соматогнозис	Проба Хэда, показ частей тела по инструкции.

Статистическая обработка осуществлялась при помощи пакета прикладных программ SPSS Statistics 18.0. Применялись методы описательной (среднее, дисперсия, среднеквадратичное отклонение), сравнительной (угловое преобразование Фишера) и многомерной статистики (коэффициент корреляции r-Спирмена, факторный анализ). В основе факторного анализа был задан метод максимального правдоподобия, вращение осуществлялось с помощью веримакс-вращения. Значимыми результатами считались $p \leq 0,05$.

В ходе первичной обработки результатов нейропсихологической диагностики гностических функций пациентов с диагнозом шизофрения была выявлена наибольшая встречаемость разной степени нарушений пространственного гнозиса (22 испытуемых, 70,4%), который также имел наивысший показатель изменчивости ($D=0,810$). Наименьшую встречаемость имело нарушение цветового гнозиса (7 испытуемых, 22,4%). Самый высокий показатель выявленных нарушений в исследуемой выборке наблюдался при диагностике пространственного гнозиса ($X_{ср}=1,796$), а наименьший цветового ($X_{ср}=0,256$) и лицевого гнозиса ($X_{ср}=0,278$).

Применение корреляционного анализа выявило положительную корреляцию средней силы ($r=0,406$; $p=0,021$) между показателями пространственного и тактильного гнозиса. Это свидетельствует о том, что в ходе диагностических процедур фиксация ошибок, в первую очередь темпа, при выполнении пространственных проб сопутствовала искажению идентификации кожной чувствительности. Была обнаружена отрицательная корреляция средней силы ($r=-0,389$; $p=0,028$) между параметрами буквенного гнозиса и соматогностической функции. При наличии нарушений соматогнозиса в большинстве случаев символические гностические функции были сохранены.

Положительная высокая корреляция ($r=0,653$; $p=0,002$) была выявлена между параметрами пространственного и симультанного гнозиса. Также положительная корреляция средней силы ($r=-0,488$; $p=0,005$) обнаружена между показателями соматогнозиса и тактильного гнозиса.

Перед применением факторного анализа с целью выявления структуры корреляционных связей между параметрами гностических функций был задействован критерий КМО (мера адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина) для проверки пригодности данных к факторному анализу (0,735). Положительный результат анализа, полученный при применении вышеуказанного критерия, позволил перейти к анализу числа факторов и оценке факторных нагрузок. Отсутствие статистической значимости при применении критерия согласованности Пирсона ($\chi^2-14,237$; $p=0,770$) свидетельствует о верно подобранной факторной структуре. Были выделены два фактора. Первый был нагружен после вращения следующими показателями: тактильный гнозис (0,779) и соматогнозис (0,705). Второй фактор был нагружен в большей мере параметрами симультанного (0,793) и пространственного гнозиса (0,707). Исходя из полученных результатов, можно сказать, что общий план нарушенных гностических функций описывают два фактора: фактор симультанности и фактор общей чувствительности.

На заключительном этапе обработки данных для того, чтобы проанализировать степень влияния когнитивного дефицита (в сфере мышления) на гностические функции, при диагностике которых были обнаружены ошибки в большей степени по факторам симультанного синтеза и общей чувствительности, был произведен сравнительный анализ результатов у пациентов с наличием симптомов снижения когнитивных функций и с их отсутствием. Учет ошибок темпа выполнения проб в данном случае не производился. Применение многофункционального критерия ϕ^* Фишера выявило различия ($p=0,0364$) на достоверном уровне статистической значимости при обработке результатов выполнения пробы «анализ сюжетных картин». Также значимые различия обнаружены ($p=0,0428$) при сравнении показателей выполнения пробы для исследования тактильного гнозиса среди вышеуказанных групп испытуемых. При этом отсутствие значимых различий ($p=0,0972$) наблюдалось при анализе результатов пробы Хеда. Противоречивость между значимостью результатов двух последних проб отражает наличие и степень нагрузки фактора общей чувствительности,

который в некоторой степени также основан на дефиците синтетической функции.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты:

1. Структура нарушенных гностических функций при каждом отдельном случае специфична, так как подвержена влиянию со стороны множества факторов: типа шизофрении, длительности заболевания, положительной симптоматики, степени снижения мыслительных функций. В данном исследовании при обработке результатов нейропсихологической диагностики были выявлены два фактора: симультанности (симультанный и пространственный гнозис) и общей чувствительности (тактильный гнозис и соматогнозис). Полученные факторы обусловлены не высокой своей частотой встречаемости в экспериментальной группе, а высокой степенью корреляционных связей содержащихся в них параметров.

2. На основе концепции влияния общего когнитивного дефицита на гностические функции была произведена оценка данного показателя при решении тестов, обуславливающих полученные факторы. Анализ результатов показал, что когнитивному снижению сопутствует нарушения симультанного синтеза. При этом проверка соотношения указанного параметра с фактором общей чувствительности выявила противоречие результатов решения проб для исследования соматогнозиса и тактильной чувствительности. Данные результаты указывают на скрытый характер факторной структуры, так как показатели тактильных проб могут быть обусловлены также влиянием симультанного синтеза.

Список литературы

1. Бизюк, А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии: учеб. Пособие / А. П. Бизюк; под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2010. С.416.
2. Ершов Б.Б. Нарушения перцептивной организации психической деятельности больных шизофренией. / Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011.
3. Кузнецова А.А., Литвинов Г.А. Теоретико-методологический анализ проблемы изучения сенсорной интеграции у больных с шизофренией // Коллекция гуманитарных исследований. - 2018. -№ 3(12) - С.51-59.

4. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Бушуева О.Ю., Запесоцкая И.В. Анализ показателей функциональной асимметрии мозга у больных с ишемическим инсультом: нейропсихологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. Т. 114. № 12-2. - С. 28-32.
5. Тараканова Е.А. Структура когнитивного дефицита при шизофрении // Вятский медицинский вестник. – 2009. № 2-4.
6. Andreasen N.C. Assessment issues and the cost of schizophrenia // Schizophr Bull. – 1991. – Vol. 17, No 3. – P. 475–481.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Глотова А.П.

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Богусhevская Ю.В.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования внутренней картины болезни детей с аллергическими заболеваниями. В работе использовались клиничко-психопатологический метод и психологическая методика «Незаконченные предложения». Внутренняя картина болезни детей с аллергией характеризуется умеренной тревожностью по поводу прогноза заболевания. При психологическом сопровождении подростков с психосоматическими заболеваниями важно формировать концепцию заболевания, снижать негативные переживания относительно болезни. Предложены методики коррекции тревожности у подростков.

Ключевые слова: психосоматика, аллергия, дети.

FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE IN ADOLESCENTS WITH ALLERGIC

Glotova A.P.

Abstract. The article presents the results of the study of the internal picture of the disease of children with allergic diseases. The clinical and psychopathological method and psychological method "Unfinished sentences" were used in the work. The internal picture of the disease of children with allergies is characterized by moderate anxiety about the prognosis of the disease. In psychological support of adolescents with psychosomatic diseases, it is important to form the concept of the disease, to reduce negative feelings about the disease. The proposed method of correction of anxiety in adolescents.

Key words: psychosomatics, allergy, children.

Аллергия – типовой иммунопатологический процесс, проявляющийся сверхчувствительностью иммунной системы при повторных воздействиях аллергена на ранее сенсibilизированный этим аллергеном организм. Аллергические болезни относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте. По данным различных эпидемиологических исследований ими страдают до 10-12% детского населения [3]. С точки зрения иммунологии аллергия – ответ организма на воздействие внешних раздражителей. Но в психологии существует мнение, что аллергические заболевания часто носят психосоматический характер [1].

Согласно наблюдениям психологов, аллергия у детей может возникнуть из-за конфликтов в семье, длительных расставаний с мамой, постоянных запретов или ограничений, а также как способ привлечь внимание и удовлетворить потребности в любви и ласке. Развитию аллергии способствуют переживания неудачи, неприятные события и угрызания совести [2].

Детей-аллергиков отличают общие черты поведения: они часто бывают раздражительны и агрессивны; среди переживаний ребенка появляется тревожность по поводу состояния своего здоровья.

Цель – изучить особенности внутренней картины болезни у подростков с аллергическими заболеваниями.

Проведено изучение внутренней картины болезни подростков, получавших лечение в отделении аллергологии и иммунологии ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» с диагнозами крапивница, дерматит.

В исследовании принимали участие 20 пациентов (10 мальчиков и 10 девочек). Возраст составил от 14 до 17 лет.

В работе использовались клинико-психопатологический метод и психологическая методика «Незаконченные предложения».

Подростки с аллергическими заболеваниями связывали свое здоровье с физическим (55%), и эмоциональным (45%) благополучием, при этом некоторые из них отрицали наличие болезни (15%) или отрицали возможность когда-либо выздороветь (10%). Развитие заболевания подростки связывали с физическим (60%) и эмоциональным (40%) неблагополучием. У 45% опрошенных имелись дисфункциональные представления о болезни: снижение или преувеличение важности заболевания.

Дети с аллергией наравне с гармоничным отношением к болезни (50%) демонстрировали ответы, указывающие на выгоду болезни (10%), игнорирование своего состояния (15%), страх перед заболеванием (25%). В 65% случаев опрошенные верили в благополучный исход, но также отмечали, что исход лечения зависит от эмоционального благополучия, разрешения тревог и переживаний (25%). Некоторые подростки отрицали возможность полноценного излечения (10%).

Вне зависимости от текущего состояния, оптимистичные представления о будущем предъявляли 75% подростков. Указывали на неопределенность представлений о будущем 25% подростков с аллергическими заболеваниями. 70% подростков указывали на незначительную тревогу в связи с госпитализацией. Выраженную тревогу госпитализация вызывает у 15% подростков. 5% опрошенных отмечали, что госпитализация является для них привычным делом.

Специфика внутренней картины болезни подростков с аллергическими заболеваниями заключается в невысоком уровне знаний о собственном заболевании, умеренном уровне тревожности по поводу прогноза заболевания. Мотивация к длительному лечению сохранена. При психологическом сопровождении подростков с психосоматическими заболеваниями важно формировать концепцию заболевания, снижать негативные переживания относительно болезни.

Внутренняя картина болезни подростков с психосоматическими заболеваниями на сегодняшний день является важной темой для исследований, так как знание психологии пациента, личностных особенностей и возможностей повышает эффективность медикаментозного лечения и психологической помощи.

В процессе психологического консультирования подростков необходимо обсуждать с ними вопросы, связанные с наличием заболевания, говорить о способах лечения, возможностях выздоровления и поддержания благоприятного соматического состояния, необходимо расширять мотивационную структуру. Подростки с аллергией нуждаются в коррекции эмоционального уровня внутренней картины болезни, а именно, снижении тревожности относительно заболевания. Для достижения этой цели возможно использование методики «Познай себя». Программа проводится в несколько этапов: I этап – подготовительный; заключается в подборе диагностических методик и в комплексном изучении индивидуальных особенностей учащихся. II этап – проведение первичной диагностики, дальнейшее уточнение и анализ результатов обследования, и комплектование группы учащихся. III этап – информационный; для обеспечения комплексного подхода в коррекционной работе необходимо провести диагностические и просветительские беседы с родителями учащихся и его педагогами. IV этап – планирование комплексной работы; составление тематического плана на обозначенный период. V этап – коррекционный (проведение занятий). Занятия проходят как индивидуально, так может быть использована групповая работа. VI этап – Итоговая диагностика. VII этап - Анализ полученных данных и оформление результатов. Цель методики: Создать условия для снижения тревожности до уровня «нормы», соответствующего возраста.

Список литературы

1. Бондаренко, С. М. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков с аллергией / С. М. Бондаренко, В. В. Смирнов, О. В. Даниленко // Педиатрия. – 2009. – №4. – С. 22–27.
2. Погосов, А.В. Психосоматические расстройства (учебное пособие).2-е доп. / А.В. Погосов, И.А. Погосова, Ю.В. Богушевская. – Изд. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 212 с.
3. Саидова, Г.Т. Аллергия у детей: распространенность, факторы риска / Г.Т. Саидова, У.Р. Омонова // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования Сборник статей по материалам VII междунар. науч.-практ. конф. – 2018. – С. 99-102.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Глотова И.В.

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

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Николаевская А.О.

Аннотация. В статье представлен анализ психологического статуса женщин с диагнозом «бесплодие» и «невынашивание беременности» в анамнезе. Степень депрессивной настроенности оценивались с помощью шкал HADS и MADRS Монтгомери и Асберга. Получены статистически значимые результаты о более выраженных нарушениях у женщин с диагнозом «бесплодие».

Ключевые слова: депрессия, репродуктивное здоровье, бесплодие, невынашивание беременности.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE HEALTH IMPAIRMENT

Nikolaevskaya A.O., Glotova I.V.

Abstract. The article presents an analysis of the psychological status of women diagnosed with "infertility" and "miscarriage" in history. The degree of depressive mood was assessed using the Montgomery and Asberg HADS and MADRS scales. Statistically significant results were obtained on more pronounced disorders in women diagnosed with "infertility".

Key words: depression, reproductive health, infertility, miscarriage.

Проблема бесплодия приобрела широкий размах в современном мире. Потребность быть матерью заложена в женской природе, а общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. В современном обществе все еще продолжает превалировать определение женственности в терминах ее репродуктивных

способностей. Поскольку личность женщины привязана к способности деторождения, бесплодие препятствует положительному восприятию себя, создает негативное отношение к своему телу. Поэтому, бесплодие препятствует женщине проявить свою гендерную идентичность.

Бесплодие рассматривается как фактор, значительно влияющий на демографические показатели, экономическое благосостояние и индивидуально - психологическое состояние граждан. Бесплодие влечет за собой изменения в социальной сфере женщин: изменения в супружеских отношениях, трудности в социальном взаимодействии, изменения в отношениях с близкими, коллегами, одиночество. В связи с этим возникает необходимость в обеспечении психологической поддержки, что и определяет важность дальнейшего изучения этой проблемы.

На базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» наблюдались 48 женщин. В опытную группу вошли 34 женщины с диагнозом «невынашивание беременности» в анамнезе, в контрольную группу 14 женщины с диагнозом «бесплодие». Женщины были сопоставимы по возрасту, социально-экономическому статусу, экстрагенитальной патологии.

Для оценки тревоги и депрессии использовались шкалы HADS и MADRS Монтомгери и Асберга и статистический метод (непараметрический критерий U-манна-Уитни).

В контрольной группе малый депрессивный эпизод наблюдался у 5 женщин, а умеренный – у 9. В свою очередь, субклинически выраженная тревога встречалась у 9 пациенток, у 4 женщин с бесплодием наблюдалась клинически выраженная тревога. Безрезультатные попытки зачать ребенка, длительный этап диагностики и лечения бесплодия, напряженные отношения в семье определяют высокий уровень умеренного депрессивного эпизода. Также тревожное состояние усугубляет течение депрессивных эпизодов у женщин с диагнозом «бесплодие» [1, 4]. Для таких женщин характерны: недоверие к окружающим, чрезмерное планирование, психологическая негибкость [2].

В опытной группе малый депрессивный эпизод выявлялся у 18-ти женщин, умеренный у 13. У 23 пациенток встречается субклинически выраженные симптомы тревоги, а у 7 пациенток клинически выраженная тревога.

Нередко данные женщины до беременности сталкиваются с проблемой зачатия ребенка, а в последствие и с «невынашиванием», всё это способствует сужению круга интересов, развитию чувств угнетенности, виновности,

самобичевания, а затем и депрессивных эпизодов. Однако, по мнению ряда авторов, тяжелые эпизоды обусловлены психологическими особенностями темперамента и характера [3].

Сравнительный анализ выявил, что женщины основной группы статистически значимо ($p \leq 0,05$) отличались более низкими показателями уровня депрессии, что характеризует их эмоциональное состояние, как менее тяжелое.

Список литературы

1. Карголь И.В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия // Научные ведомости. – 2012. - №18 (137). – с. 202-208.
2. Леваков С.А., Павлова С.А., Бугрова Т.И., Кедрова А.Г. Современный взгляд на бесплодный брак // Клиническая практика. – 2010. - №3. – с. 92-97.
3. Набеева Д.А. Некоторые психологические аспекты невынашивания беременности и бесплодия // Социальная медицина. – 2014. - №1. – с. 79-82.
4. Рустянова Д.Р. Соматические и психологические аспекты реагирования женщины на собственное бесплодие // Студенческая наука и медицина XXI века. – 2017. – с. 305-306.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНОГО С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Григорьева И.А.

Научный руководитель: канд. психол. н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.

Аннотация. Результаты научных исследований с использованием нейропсихологических проб подтверждают распространенность когнитивных нарушений у лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем. При детальном

исследовании нарушения гностических функций можно выявить предположительную локализацию патологического очага.

В статье представлено описание клинического случая нейропсихологической диагностики особенностей гностических функций при алкогольной зависимости второй стадии.

Ключевые слова: гнозис, гностические функции, нейропсихологическая проба, алкогольная зависимость.

NEUROPSYCHOLOGICAL STUDY OF GNOSTIC FUNCTIONS IN PATIENT WITH ALCOHOL DEPENDENCE: A CLINICAL CASE

Grigorieva I. A.

Abstract. The results of scientific research using neuropsychological tests confirm the prevalence of cognitive impairment in persons who chronically abuse alcohol. In a detailed study of the violation of Gnostic functions can reveal the alleged localization of the pathological focus. The article describes a clinical case of neuropsychological diagnosis of the features of Gnostic functions in alcohol dependence of the second stage.

Key words: gnosis, Gnostic functions, neuropsychological test, alcohol dependence.

По данным официальной статистики Федеральной службы государственной статистики заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами в России за 2017 год составляет 78 200 человек (с впервые в жизни установленным диагнозом), 1 304 600 человек (состоящие на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года) – [6]. Неофициальное же количество человек, страдающих алкоголизмом, в разы больше и достигает по предположениям 5 миллионов.

Теоретико-методологический анализ публикаций информационной базы РИНЦ e-Library (глубина анализа поиска составляла 10 лет) выявил небольшое количество публикаций по данной теме.

Результаты научных исследований с использованием нейропсихологических проб подтверждают распространенность когнитивных нарушений в популяции лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем [4].

При детальном исследовании нарушения гностических функций мы можем определить локализацию патологического очага.

Было установлено, что существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм [5].

Чрезмерное употребление алкоголя затрагивает нервную систему, в частности работу головного мозга, что может приводить к мозговой дисфункции и нарушению высших психических функций. Физиологическая основа нарушений при алкоголизме – дисфункция лобных, затылочных, левой височной и теменной областей [2, 3]. Дисфункции лобных отделов коры головного мозга могут влиять на снижение динамических и содержательных компонентов гностических функций [1]. Также известно, что при алкогольной зависимости имеются специфические снижения функционирования высших психических функций, при этом достаточно немногочисленны исследовательские работы по гностическим функциям в рамках данного вида зависимости [3]. Также имеются данные по нарушениям зрительной системы при алкогольной зависимости (Галиаскарова Ф. Р., 1987; Исхакова Р. Р., Сайфуллина Ф. Р., 2013; Богатырева Е.С., Ковалевская М.А., 2014), но нейропсихологические исследования отдельных видов гнозиса при алкогольной зависимости единичны (Scott J. Moeller, Jean Honorio, 2014 и др.). Поэтому особый интерес представляет то, каким образом при алкогольной зависимости перестраиваются нейропсихологические факторы гнозиса.

Нейропсихологические исследования пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, направлены на изучение нейропсихологических нарушений с последующим прогнозированием и построением программ коррекции и восстановительного обучения. Как же нарушаются гностические функции, то есть сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик.

Целью исследования явилось нейропсихологическая диагностика и представление клинического случая особенностей гностических функций при алкогольной зависимостью второй стадии.

Нейропсихологические пробы: зрительный гнозис – «Узнавание предметов», «Наложенные изображения», «Зашумленные изображения»; слуховой гнозис – «Оценка ритмических структур»; зрительно-пространственный гнозис – «Часы», «Географические карты», «Бочка и ящик»,

«Буквы»; тактильный гнозис – «Проба Ферстера», «Локализация прикосновений», «Схема тела»; лицевой гнозис – «Узнавание известных личностей по фотографиям», «Узнавание поэтов и писателей», «Узнавание незнакомых лиц».

Количественные характеристики проб в баллах по Л.Н. Глозман:

(от 0 до 3 баллов), где 0 – отсутствие ошибок; 1 – 1,2 ошибки, при возможности к самостоятельной корректировке своих действий; 2 – ошибки умеренной тяжести, без возможности самокоррекции; а 3 – отсутствие правильных ответов.

В соответствии с данной шкалой оценивания, выделялось 3 группы (уровня) выполнения проб:

1. Высокий – не допускает ошибок при выполнении;
2. Средний – допускает ошибки;
3. Низкий – не дает ни одного правильного ответа.

Больной А, 50 лет проходил нейропсихологическое исследование гностических функций на базе ОБУЗ «Областная наркологическая больница».

Больной поступил в больницу 16 октября 2018 года с сильным алкогольным отравлением после недельного употребления высокоградусных спиртных напитков. На лечении находится 3 недели. С его слов пристрастие к алкоголю у него началось в 2010 году, когда он вышел из тюрьмы и перед ним стоял выбор: «умереть от одиночества или жить, но пить». Максимальный срок запоя – неделя, за вечер «мог употребить до 1 литра водки, утром похмелялся пивом и так по кругу». Перерывы между запоями 2-3 месяца. Наличие галлюцинаций отрицал, отмечает частые провалы в памяти. Абстинентный синдром сформировался в 42 года.

На момент исследования жалуется на то, что в последнее время стал очень нервным и раздражительным. Подчеркивает, что это не связано с употреблением алкоголя, что может просто от него отказаться, ведь это его выбор.

В месте, времени, личности ориентирован. В контакт вступает неохотно, настроен формально, интерес к исследованию не проявляет. Внешне выглядит опрятно. Эмоциональные реакции неадекватны ситуации, проявляет вспыльчивость, недоверчивость. Наблюдаются негативные реакции в виде отказа от некоторых заданий, причины в нечувствительных руках, плохой памяти. Так же отмечает задания «детскими». Инструкции понимает с первого раза.

При исследовании зрительного гнозиса больной не испытывал трудностей в узнавании предметов, наложенных и зашумленных изображений. Высокий уровень выполнения проб, 0 баллов по Л.Н.Глозман.

При оценке ритмических структур наблюдаются ошибки умеренной тяжести, средний уровень выполнения пробы. Больной неправильно воспроизводил ритмы по слуховому образцу начиная с третьей попытки. При воспроизведении по словесной инструкции допустил одну ошибку. 1 балл по Л.Н.Глозман.

При исследовании зрительно-пространственного гнозиса больной допускал 1-2 ошибки в узнавании времени на часах, в задании «Бочка и ящик» - 1 балл. Задание «Географическая карта» выполнил правильно. Средний уровень выполнения проб.

При исследовании тактильного восприятия отсутствовали правильные ответы в «пробе Фестера» - больной не узнавал нарисованные буквы, что говорит о наличии тактильной алексии, ошибка в 1 см при выполнении пробы «Локализация прикосновений» - 3 балла, низкий уровень. Но правильно указал все части тела.

При исследовании лицевого гнозиса ошибки наблюдались в пробе «Узнавание незнакомых лиц», больной не запоминал предложенные лица и не мог их найти по памяти. Отмечается средний уровень выполнения проб, 2 балла по Л.Н. Гломазн.

Таким образом данный клинический случай демонстрирует нарушение гностических функций у лиц с алкогольной зависимостью, а именно фрагментарное нарушение слухового, зрительно-пространственного и тактильного восприятия. Наличие данных нарушений, во-первых, ухудшает течение заболевания, во-вторых, может свидетельствовать о возможных нарушениях в затылочной, височной и теменной долей головного мозга, и в последствии это может привести к нарушению других высших психических функций. Поэтому необходима своевременная диагностика с построением программы коррекции.

Список литературы

1. Дамулин И.В. / Когнитивные расстройства при алкоголизме // РМЖ.- 2005.-№ 12

2. Запесоцкая И.В. Метапсихологический уровень реализации состояния зависимости // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. - 2012. № 3. - С. 90-98.
3. Никишина В.Б., Лоппас А., Разуваева Т.Н., Петраш Е.А., Запесоцкая И.В. Диссоциация образа я при алкогольной зависимости // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. - 2015. № 4. - С. 122-127.
4. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. / Нейропсихологические исследования когнитивных нарушений при алкоголизме и наркоманиях // Психологический журнал – 2004. - № 5.-С. 70-76
5. Тархан, А.У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью / А.У. Тархан, Т.В. Гурвиц, Р.К. Питман; под ред. О.Ф. Ерышева. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 60 с.
6. Федеральная служба государственной статистики / Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами / [Электронный ресурс]:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#
7. Хомская Е.Д. «Нейропсихология», М.: УМК «Психология», 2002 г. 396 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА)

Гуреева А. В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель – д. психол. н., доцент, профессор кафедры
психологии здоровья и нейропсихологии
Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей психического выгорания преподавателей высшей школы (на

примере преподавателей медицинского вуза), поскольку данная категория людей сочетает в себе два статуса: и преподавателя, и врача. Выявлено, что психическому выгоранию подвержены все преподаватели медицинского вуза, независимо от квалификации: врач или преподаватель. При этом преподаватели-врачи характеризуются значимо выраженной деперсонализацией, возможно, в связи со стремлением к перфекционизму и в практической деятельности, и в преподавании, и в научно-исследовательской работе, а также в связи со страхом совершить как медицинскую, так и педагогическую ошибку.

Ключевые слова: психическое выгорание, преподаватели высшей школы, преподаватели-врачи, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональная успешность

PECULIARITIES OF MENTAL BURNOUT AMONG THE TEACHERS OF HIGHER SCHOOLS (ON THE EXAMPLE OF TEACHERS OF MEDICAL UNIVERSITY)

Gureeva A.V.

Abstract. The article presents the results of a study of the characteristics of mental burnout of high school teachers (by the example of teachers at a medical school), since this category of people combines two statuses: a teacher and a doctor. It was revealed that all teachers of a medical school, regardless of qualifications: a doctor or a teacher, are subject to mental burnout. At the same time, teachers-doctors are characterized by significantly pronounced depersonalization, possibly in connection with the striving for perfectionism both in practice, in teaching, and in research work, and also in connection with the fear of committing both medical and pedagogical error.

Keywords: mental burnout, high school teachers, teachers-doctors, emotional exhaustion, depersonalization, professional success

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что современный ритм жизни заставляет людей различных профессий находиться в постоянном стрессе. Многие «помогающие» профессии могут привести к эмоциональному истощению и внутренней опустошенности из-за того, что они связаны с



постоянными и интенсивными контактами с людьми. Ведь для любого человека сильной нагрузкой является общение с другим человеком. Именно это утверждение заставляет исследователей более тщательно изучать проблему психического выгорания [1, 2, 4, 5, 6, 7]. Проблема психического выгорания преподавателей высшей школы как представителей профессий помогающего типа всегда являлась актуальной, поскольку именно личность выступает и субъектом, и инструментом работы [1]. Психическое выгорание преподавателей высшей школы деформирует качество выполнения ими своих профессиональных обязанностей, проявляясь в эмоциональной сухости, личностной отстраненности, в снижении к профессиональной деятельности, в игнорировании индивидуальных особенностей студентов [4, 6].

Считается, что учитель и врач – это призвание, поэтому эти профессии можно отнести к профессиям альтруистического типа. Но существует такой тип профессии, который совмещает в себе два призвания – это преподаватель и врач [5]. Среди преподавателей медицинских учреждений как, впрочем, и в других вузах стало чаще проявляться психическое выгорание, потому что неопределенность в системе образования, появление новых критериев и неспособность адаптироваться к ним привело к снижению чувства собственного достоинства и неудовлетворенности своим статусом [2].

Психическое выгорание у преподавателей-врачей возникает довольно часто потому что, во-первых, врачи служат «жилетками» - ведь выслушать пациента их прямой долг, а во-вторых, будучи преподавателем, они находятся под постоянным давлением со стороны начальства и родителей своих учеников. Стремление заслужить уважение, как у студентов, так и у их родителей, а также у своих коллег нередко способствует возникновению психического выгорания у преподавателя-врача [5].

Существует три типа преподавателей-врачей, которые предрасположены к развитию психического выгорания: первый тип – «педантичный» - преподаватели-врачи, которые стремятся добиться образцового порядка во всем в ущерб себе; второй тип – «демонстративный» - тип преподавателей-врачей, которые стремятся быть на виду; третий тип – «эмоциональный», люди впечатлительные и чувственные. Их способность воспринимать боль как собственную граничат с саморазрушением [5].

В этой связи целью исследования выступило изучение особенностей психического выгорания преподавателей высшей школы (на примере

преподавателей медицинского вуза), поскольку данная категория людей сочетает в себе два статуса: и преподавателя, и врача.

Психическое выгорание преподавателей высшей школы рассматривали в качестве объекта исследования. Особенности психического выгорания преподавателей высшей школы (на примере преподавателей медицинского вуза) выступили предметом исследования.

Исследование проводилось на следующих базах: в ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России (г. Курск) среди 15 преподавателей-врачей женского пола в возрасте от 30 до 50 лет, имеющих стаж профессиональной деятельности от 5 до 20 лет и в НИУ «БелГУ» (г. Белгород) среди 20 преподавателей женского пола в возрасте от 28 до 45 лет, имеющих стаж профессиональной деятельности от 5 до 17 лет. В качестве методов исследования использовали: опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для учителей и преподавателей высшей школы (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 146], а также «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для медицинских работников (врачей) (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 150]. С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику, сравнительный (критерий U-Манна-Уитни) и корреляционный виды анализа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения («Statistica 11.0»).

По результатам диагностики с помощью методик «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для учителей и преподавателей высшей школы (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 146], «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для медицинских работников (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 150], было установлено (см. рис.1-3), что у 50% преподавателей-гуманитариев встречается высокая выраженность психического выгорания, а у двух – даже крайне высокая. В частности, по шкале «Эмоциональное истощение» высокий уровень выраженности выгорания диагностирован у 50% преподавателей, средний уровень – у 35% респондентов и лишь у 15% – низкий уровень. По шкале «Деперсонализация» для 10% преподавателей-гуманитариев характерна очень высокая выраженность психического выгорания, для 65% – высокая, для 25% – средняя. По шкале «Профессиональная успешность» у 60% наблюдается низкая выраженность психического выгорания, у 35% – средняя, у 5% – высокая, у 10% – очень высокая. У преподавателей врачей установлено следующее

распределение показателей состояния психического выгорания в зависимости от их выраженности. По шкале «Эмоциональное истощение» высокий уровень выраженности выгорания диагностирован у 40% преподавателей, средний уровень – у 53 % респондентов и лишь у 7 % – низкий уровень. По шкале «Деперсонализация» для 47% респондентов характерна очень высокая выраженность психического выгорания, для 20% – высокая, для 20% – средняя и для 13% – низкая. По шкале «Профессиональная успешность» у 33% наблюдается низкая выраженность психического выгорания, у 47% – средняя, у 20% – высокая.

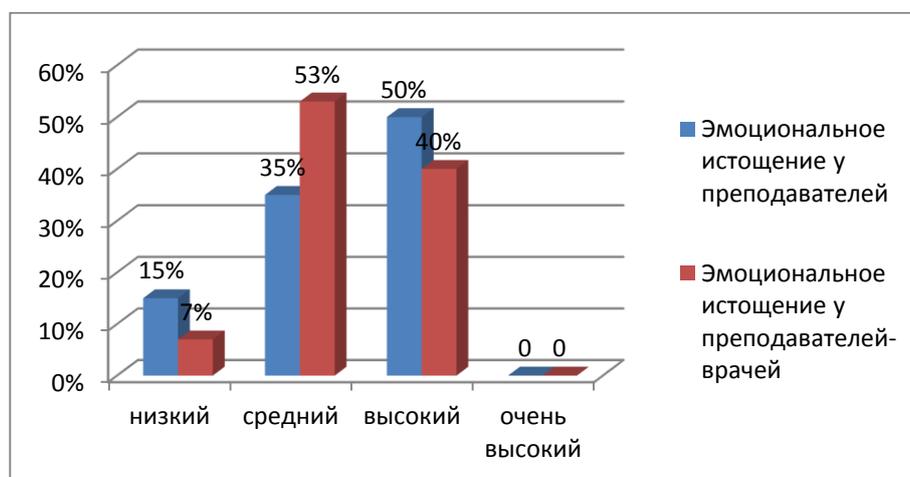


Рис. 1. Гистограмма частоты встречаемости эмоционального истощения в зависимости от его уровня выраженности у преподавателей высшей школы

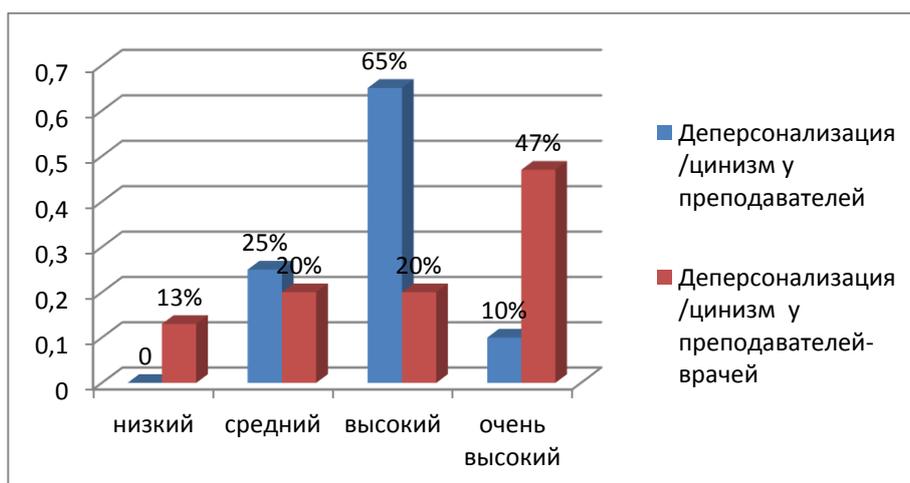


Рис. 2. Гистограмма частоты встречаемости деперсонализации в зависимости от ее уровня выраженности у преподавателей высшей школы

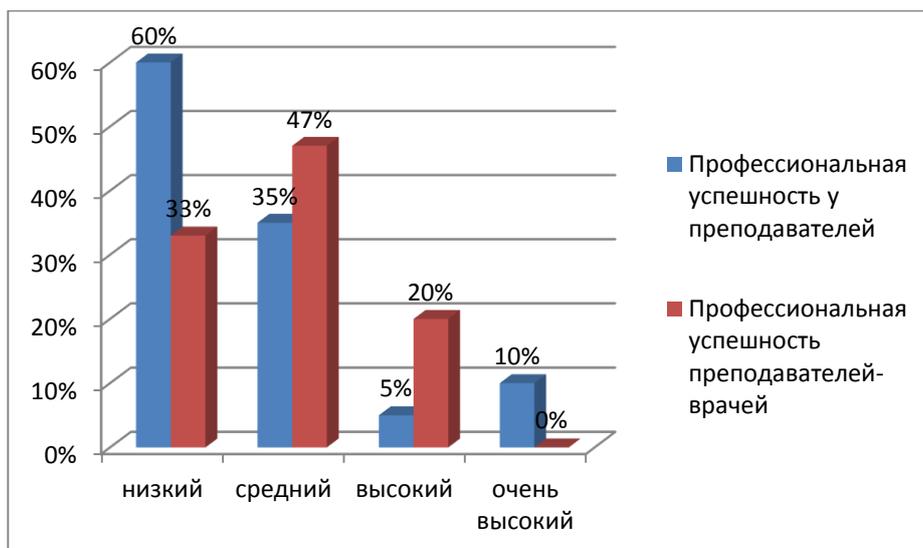


Рис. 3. Гистограмма частоты встречаемости деперсонализации в зависимости от ее уровня выраженности у преподавателей высшей школы

Анализ средних значений показателей психического выгорания свидетельствует о средней степени их выраженности, характерной как преподавателей, так и для преподавателей-врачей, причем у преподавателей-врачей выраженность деперсонализации значимо выше ($X_{\text{ср.}}=15,67\pm 5,26$; $X_{\text{ср.}}=10,85\pm 3,33$; $U_{\text{эмп}}=86,00$ при $p=0,032$) (см. таблицу 1).

Таблица 1

Средние значения и значимость различий в выраженности показателей состояния психического выгорания преподавателей и преподавателей-врачей

(**U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U_{\text{эмп.}}^* \leq U_{\text{кр.}}$)**

Квалификация / Наименование показателя	Преподаватели (1)		Преподаватели-врачи (2)		(1)-(2)	
	$X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	качественный	$X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	качественный	$U_{\text{эмп}}$	p
Эмоциональное истощение	24,40±5,03	средний	24,13±4,32	средний	140,00	0,738
Деперсонализация	10,85±3,33	средний	15,67±5,26	средний	86,00*	0,032
Профессиональная успешность	34,10±6,70	средний	34,80±12,73	средний	131,00	0,525

Индекс психического выгорания	69,35± 7,83	средний	71,40± 4,90	средний	133,00	0,570
-------------------------------	----------------	---------	----------------	---------	--------	-------

Полученные результаты свидетельствует о значимо большей выраженности цинизма и редукции профессиональных обязанностей у преподавателей-врачей, возможно, потому, что профессия врача не дает право на ошибку.

Проведенный с помощью метода ранговой корреляции r-Спирмена корреляционный анализ взаимосвязей показателей психического выгорания у преподавателей-врачей по методикам: «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для учителей и преподавателей высшей школы (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 146], «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для медицинских работников (в адаптации Н.Е. Водопьяновой, 2009) [3, с. 150], подтвердил достоверность полученных в результате сравнительного анализа данных (см. таблицу 2).

Таблица 2

Корреляционные взаимосвязи показателей психического выгорания у преподавателей-врачей (r-Спирмен)

Наименование показателя	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Профессиональная успешность	Интегральный показатель
Эмоциональное истощение	0,44*	0,43	-0,18	-0,20
Деперсонализация	0,03	0,59**	0,01	0,09
Профессиональная успешность	-0,45	-0,58	0,12	-0,01
Интегральный показатель	-0,01	0,06	-0,01	-0,04

* - статистическая значимость при $p \leq 0,1$

** - статистическая значимость при $p \leq 0,05$

Так, на уровне тенденции к связи ($p\text{-level} < 0,1$) и на уровне статистической значимости ($p\text{-level} < 0,05$) положительные и средне выраженные корреляции выявлены между шкалами «Эмоциональное истощение» ($r = 0,44^*$) и «Деперсонализация» ($r = 0,59^{**}$) (см. таблицу 2), что, возможно, объясняется постоянным психическим напряжением и эмоциональным истощением в связи со стремлением к перфекционизму и в практической деятельности, и в преподавании, и в научно-исследовательской

работе, и некоторым дистанцированием в профессиональных отношениях, возможно, в связи со страхом совершить как медицинскую, так и педагогическую ошибку [5].

Список литературы

1. Анесян Ф. А., Кулаков Д. В., Мамонова Д. А. Анализ факторов синдрома эмоционального выгорания у преподавателей медицинского института // Новые задачи современной медицины: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). – СПб.: Реноме, 2013. – С. 82-85.
2. Белова А.О., Кадыров Р.В., Корнилова Д.Г., Скоробач Т.В. Профессиональная мотивация и уровень эмоционального выгорания у преподавателей вуза (на примере преподавателей медицинского вуза) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.– 2014.–№12.– С. 69-74.
3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. –336 с.
4. Горбач Н.А. Синдром «эмоционального выгорания» у преподавателей вузов / Н.А. Горбач, М.А. Лисняк, Т.В. Трепашко // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2010. – № 2 (41). – С. 28-30.
5. Джейранова М.О., Жданова Д.Р., Рубизова А.А., Богданова Т.М. Синдром эмоционального выгорания у преподавателей медицинских вузов // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19166>. (дата обращения: 20 октября 2018).
6. Никишина В.Б., Молчанова Л.Н., Недуруева Т.В. Состояние "выгорания": детерминация, феноменология, генезис, измерение // Курск, 2007.
7. Молчанова Л.Н., Старкова Е.Е. Трансформация состояния психического выгорания в личностные свойства как проявление профессиональной деформации представителей профессий помогающего типа // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2013. – Т. 19. –№ 3. – С. 40-44.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС КАК ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ (НА ПРИМЕРЕ ФГБОУ ВО КГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

Денисова И.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены данные о распространении психологического стресса среди студентов медицинского университета (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) на примере 1 и 5 курсов в сравнении, при использовании 2-ух методов исследования: «Шкала психологического стресса PSM-25» и «Диагностика профессионального «выгорания» (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой)».

Ключевые слова: стресс, психологический стресс, психологическая напряженность, редукция личных достижений, эмоциональное истощение, деперсонализация.

**PSYCHOLOGICAL STRESS AS A PROBLEM IN THE PROFESSIONAL
FORMATION OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES.
(ON THE EXAMPLE OF KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU))**

Denisova I. V.

Abstract. The article presents data on the propagation of psychological stress among students of a medical university (Kursk State Medical University) on the example of courses 1 and 5 in comparison, using the two research methods: "Psychological stress scale PSM-25" and "Diagnosis of professional "burnout" (K.Maslach, S.Jackson, complete with N.E. Vodopyanova)".

Keywords: stress, psychological stress, psychological tension, student, reduction of personal achievements, emotional exhaustion, depersonalization.

Стресс является частью жизни каждого из нас. Начиная с рождения, в период младенчества мы сталкиваемся с ним, когда впервые приобретаем

навыки ползания, навыки хождения. Так и сейчас, стресс сопровождает нас на работе, учебе, улице и даже дома. В небольших количествах стресс нужен всем, он заставляет мыслить критически, искать выход из, казалось бы, безвыходной ситуации, адаптироваться, развиваться психически и эмоционально. Г. Селье считал, что избегать стрессовых ситуаций невозможно и не нужно, ведь стресс – это и есть жизнь, а его отсутствие означает смерть. Но что, если стресс преобладает над спокойствием и его становится слишком много? В таком случае организм слабеет как физически, так и психически. Данная тема особенно актуальна для студентов медицинских университетов, так как длительный стресс является основным фактором риска, ускоряющих их профессиональное выгорание, что ведет к замедлению профессионального и карьерного роста, зачастую также является причиной изменения профессии [5].

Одной из первых теоретических моделей, отражающих психологическую природу стресса, была разработана Г. Селье и названа им как «общий адаптационный синдром» (Селье Г., 1979). В данной теории стресс рассматривается с позиции физиологической реакции на физические, химические и органические факторы. Особенности адаптационного синдрома Селье на психологическом уровне могут соотноситься с теорией фрустрации Розенцвейга (S. Rozenzweig, 1945).

В качестве самостоятельной нозологии в МКБ-10 существует рубрика F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», относящаяся к разделу F40 — F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Рабочая группа рекомендует избегать широко применяемый, но вносящий путаницу, термин «расстройства, связанные со стрессом», в связи с тем, что многочисленные расстройства могут быть связаны со стрессом (например, депрессия, расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ и пр.), но большая часть из них могут также возникать и при отсутствии стрессовых или травматических жизненных событий. В данном же случае, речь идет только о расстройствах, стресс для которых является обязательной и специфичной причиной их развития. Попыткой подчеркнуть этот момент в проекте МКБ-11 стало введение термина «disorders specifically associated with stress», который, вероятно, наиболее точно можно перевести на русский язык, как «расстройства, непосредственно связанные со стрессом» [2].

В данной статье под психическим стрессом мы будем понимать определение Ю.С. Савенко (1985) – это состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации [1,3].

В группе риска находятся жители крупных городов, предприниматели, люди с повышенной ответственностью при выполнении трудовой деятельности (авиадиспетчеры, работники МЧС, медицинские работники).

Что может сделать стресс с нашей психикой? Во-первых, вследствие стресса возможны нарушения концентрации внимания, расстройства памяти, замедление скорости реакций и мышления. Во-вторых, стресс может спровоцировать нарушения зрения, обоняния, вкуса, осязания — словом, изменения восприятия действительности (еще бы: если действительность так подводит — лучше ее не видеть и не слышать, справедливо «рассуждает» наша психика). Сложности могут возникнуть в области эмоций: возникают различные изменения от агрессии до апатии, от тревожности до полной «расторженности».

В случае же, если человек подвергся воздействию чрезмерно сильного или длительного стресса, возникает так называемая психотравма — реакция на крайне сильный источник стресса, выходящий за пределы обычного человеческого опыта. Психотравма характерна тем, что разрушает весь привычный образ жизни человека. Еще одним существенным признаком психотравмы является переживание человеком ужаса и одновременно беспомощности, бессилия перед произошедшими событиями [3].

Базисом нашего исследования послужили 2 метода исследования:

1.«Шкала психологического стресса PSM-25», целью которого является измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях. (Подсчитывается сумма всех ответов - интегральный показатель психической напряженности (ППН) и определяется уровень стресса: ППН больше 155 баллов-высокий уровень стресса; ППН в интервале 154-100 баллов-средний уровень стресса; ППН меньше 100баллов-низкий уровень стресса).

Было проведено анкетирование (10 респондентов с 1-ого курса и еще 10 с 5-ого курса). Задача опроса состояла в изучении распространения психической напряженности и уровень ее выраженности. В качестве респондентов выступили студенты ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, среди которых был выявлен средний показатель психологического стресса PSM-25 по 1-ому

курсу:110,5 - что соответствует среднему уровню стресса; по 5 курсу:111,7 – соответствует среднему уровню стресса. Таблица 1 характеризует суммарное количество баллов на каждого респондента среди 1-ого и 5-ого курсов, которая наглядно позволяет оценить уровень стресса каждого из студентов отдельно.

Диаграмма 1



Таблица 1

Уровень стресса	
1 курс	5 курс
136	131
115	129
114	122
111	118
110	106
110	104
106	103
104	103
103	101
96	100

2.«Диагностика профессионального «выгорания» (К.Маслач,С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой)» (выделяют несколько шкал: 1. «Эмоциональное истощение»-максимальная сумма баллов 54; 2. «Деперсонализация»-максимальная сумма баллов-30; 3. «Редукция личных достижений»-максимальная сумма баллов-48.

Чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у обследованного выражены различные стороны «выгорания». О тяжести

«выгорания» можно судить по одной сумме баллов всех шкал (максимальное количество баллов-132).

Профессиональное «выгорание» — совокупность негативных переживаний, связанных с работой, коллективом и всей организацией в целом. Нередко проявляется у специалистов, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми, проявляется в нарастающем эмоциональном истощении.

Деперсонализация — расстройство самовосприятия. При деперсонализации собственные действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими.

Редукция профессиональных достижений характеризуется как снижение чувства собственной компетентности и продуктивности. Оно обусловлено невозможностью справиться с требованиями на работе и может обостряться отсутствием социальной поддержки и возможностей профессионального развития. Человек ощущает невозможность справляться с задачами и считает, что его преследуют провалы на работе. Данный компонент можно назвать самооценочным компонентом выгорания.

Таблица 2

Результаты диагностики профессионального «выгорания» на каждого респондента в отдельности с уточнением среднего показателя						
№	1 курс			5 курс		
	Эм.ист.	Деп.	Ред.л.д.	Эм.ист.	Деп.	Ред.л.д.
1	3	0	44	21	0	18
2	11	13	37	21	0	18
3	19	10	31	24	14	36
4	22	6	11	24	11	42
5	8	0	46	18	13	17
6	21	20	33	44	27	18
7	29	7	32	30	12	25
8	23	10	29	36	16	27
9	28	7	37	45	21	25
10	24	8	25	21	4	27
Ср.п	18,8	8,1	32,5	28,4	11,8	25,3

Диаграмма 2

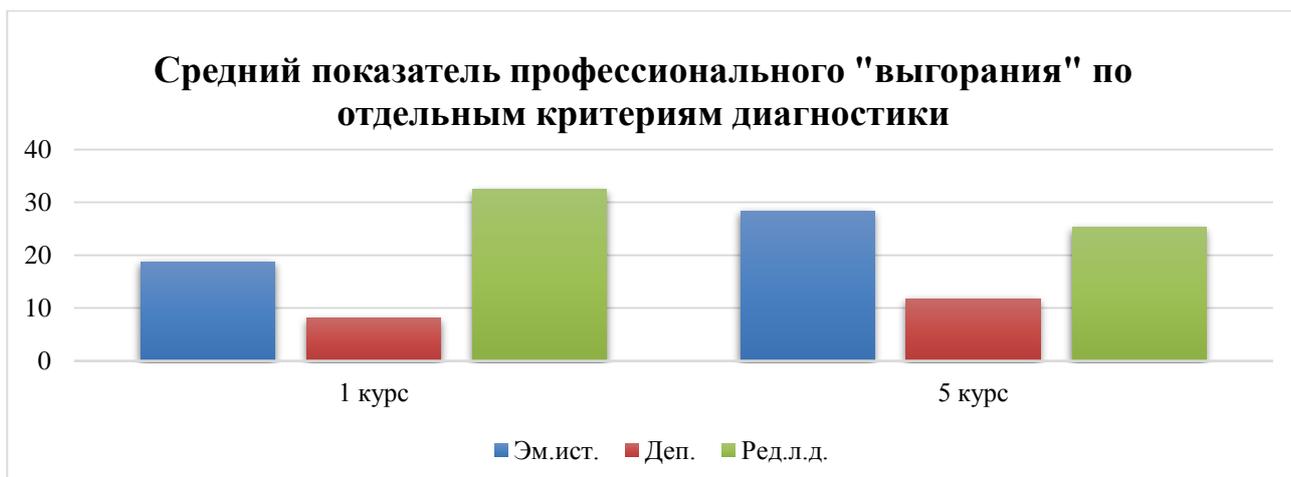
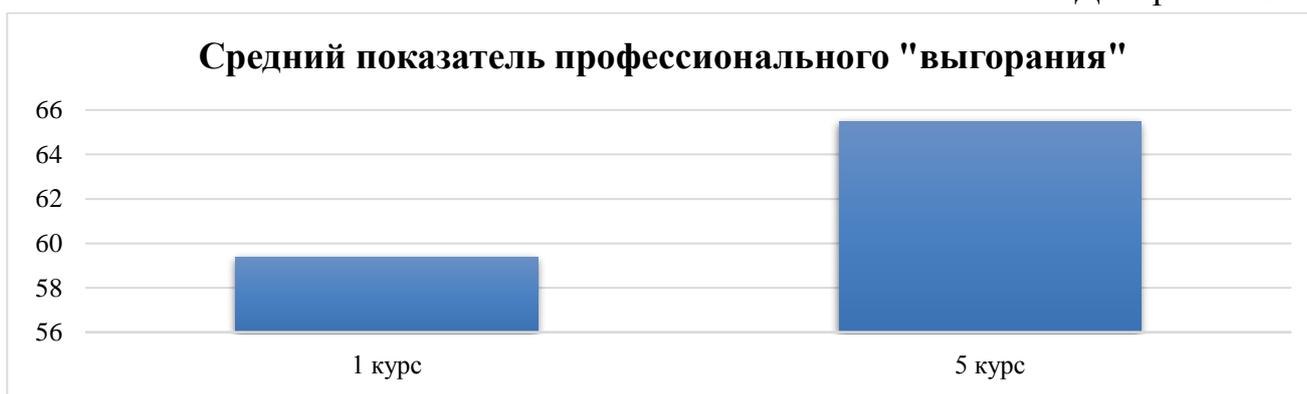


Таблица 3

Результаты диагностики профессионального «выгорания» по одной сумме баллов всех шкал	
1 курс	5 курс
74	91
72	89
68	79
62	77
61	74
60	67
57	52
54	48
47	39
39	39

Диаграмма 3



Из результатов можно сделать вывод о том, что среди студентов первого курса преобладает «редукция личных достижений» (разница в 7,2 единицы) (Диаграмма 2). Это связано с процессом адаптации к напряженной, монотонной учебной деятельности в университете. Это подтверждает И.Р. Шагина при изучении влияния учебного процесса на здоровье студентов. В своих работах она указывает: «На здоровье студентов влияет совокупность факторов,

отражающих учебный процесс, которые вносят определенный «вклад» в развитие патологии различной этиологии» [4]. А также адаптации к новому коллективу, а для иногородних студентов и к новому городу.

Среди студентов пятого курса преобладает эмоциональное истощение (разница в 6.1 ед.) (Диаграмма 2). Одной из главных причин эмоционального истощения является: хронический стресс на работе (учебе), хроническая усталость, однообразная деятельность, напряженный рабочий ритм, недостаточное поощрение труда, критика и чувство недооцененности.

Средний показатель психологического стресса PSM-25 у 1-ого и 2-ого курсов соответствует среднему уровню стресса.

Список литературы

1. Бороздина Г.В. Психология и этика делового общения: Учебник для бакалавров. М.: Издательство Юрайт, 2012. – 463с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – 2010. – 173с.
3. Руденко А.М., Самыгин С.И. Деловое общение. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – С.207-220.
4. Шагина, И. Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов / И. Р. Шагина // Астраханский Медицинский Журнал. – 2010. – Т 5, №2. – С. 126-131.
5. Шумаков А.Ю. Взаимосвязь медиативной деятельности и уровня эмпатии студентов медицинского вуза // В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Курск, 2017. С. 329-337

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ КОММУНИКАТИВНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ И КОММУНИКАТИВНЫХ, ОРГАНИЗАТОРСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Затолюкина Е.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. В статье представлены результаты исследования организаторских и коммуникативных способностей, а также уровня коммуникативной толерантности у студентов фармацевтического факультета за весь период обучения. Выявлено, что студенты чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе; предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства; испытывают трудности в установлении контактов с людьми и при выступлении перед аудиторией, но имеют предрасположенность к умению скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами собеседника.

На всех этапах образовательного процесса очень важно целенаправленно формировать коммуникативные, организаторские способности и коммуникативную толерантность с использованием интерактивных методов в учебном процессе и внеучебной деятельности.

Ключевые слова: коммуникативные способности, организаторские способности, коммуникативная толерантность, студенты, фармацевтический факультет

ESPECIALLY THE RELATIONSHIP OF COMMUNICATIVE TOLERANCE AND COMMUNICATION, ORGANIZATIONAL SKILLS STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY

Zatolokina E.S.

Abstract. The results of the study of organizational and communicative skills, as well as the level of communicative tolerance among students of the pharmaceutical faculty for the entire period of study are presented in the article. It is revealed that students feel constrained in a new company, team; prefer to spend time alone with themselves, limit their acquaintances; they have difficulty in establishing contacts with people and speaking to an audience, but have a predisposition to the ability to

hide or smooth out unpleasant feelings when confronted with uncommunicative qualities of the interlocutor. At all stages of the educational process, it is very important to purposefully form communicative, organizational skills and communicative tolerance using interactive methods in the educational process and extracurricular activities.

Key words: communication skills, organizational skills, communication tolerance, students, Faculty of Pharmacy

На современном этапе формирования профессиональной пригодности провизора, как в практическом здравоохранении, так и в научной деятельности особое значение приобретают как коммуникативные и организаторские способности, так и коммуникативная толерантность, формирование и углубление которых возможно еще в студенческие годы [1, 2, 3]. Организаторские способности позволяют правильно организовать работу сотрудников и правильно их структурировать, для достижения наилучшей продуктивности, что важно для любого руководителя, а коммуникативные – продуктивно взаимодействовать с любым человеком и работником, адекватно интерпретировать получаемую информацию, а также правильно ее передавать [7]. Коммуникативная толерантность представляет собой характеристику отношения личности к людям, показывающую степень переносимости неприятных или неприемлемых, по мнению личности, качеств, психических состояний, поступков и других проявлений индивидуальности других людей, необходимой при взаимодействии как в профессионально деятельности, так и в повседневной жизни [5, 7]. Для студентов фармацевтического факультета, как будущих провизоров, эти качества особенно важны в связи с их профессиональной деятельностью и составляют основу их профессиональной компетентности.

Наряду с этим следует отметить отсутствие исследований взаимосвязи коммуникативной толерантности и коммуникативных, организаторских способностей студентов, а также коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета, что обеспечивает актуальность настоящего исследования. Об этом свидетельствуют результаты библиометрического анализа публикационной активности в информационном пространстве электронной библиотеки «elibrary» по ключевым запросам: «взаимосвязь коммуникативной толерантности и коммуникативных и организаторских способностей студентов», «коммуникативные и

организаторские способности студентов фармацевтического факультета». Глубина библиометрического анализа составила 10 лет (с 2008 г. по 2017 г.), а общий объем найденных публикаций равнялся 0 (нулю) из 3393360. Результаты поиска по запросу «коммуникативные и организаторские способности студентов» оставили 7 публикаций из 3393360, что соответствует 0,002% от общего количества. К примеру, результаты исследований коммуникативных и организаторских способностей студентов 1 курса медицинского университета по специальности «лечебное дело» указали на наличие сложностей в организаторских способностях и во взаимодействии с собеседником у 76,5% опрошенных [2].

Цель исследования: выявить организаторские и коммуникативные способности фармацевтического факультета и проследить динамику их формирования за весь период обучения.

Объект исследования – взаимосвязь коммуникативной толерантности и коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета.

Предмет исследования – особенности взаимосвязи коммуникативной толерантности и коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета.

Эмпирическое исследование особенностей коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета как профессиональной компетентности осуществлялось в 2018 г. на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. В нем приняли участие 50 студентов обоего пола 1-5 курсов фармацевтического факультета в возрасте от 17-22 лет, по 10 человек с каждого курса. Для сбора данных использовались наблюдение и беседа, а также следующие стандартизированные диагностические методики: опросника коммуникативной толерантности (В.В. Бойко) и опросника «Коммуникативные и организаторские склонности» (В.В. Синявский и В.А. Федорошин). Организация исследования осуществлялась с использованием метода поперечных срезов. С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику, сравнительный (критерий U-Манна-Уитни) и корреляционный анализ. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения (“Statistica 11.0”).

Исследование выраженности показателей коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета, а

также коммуникативной толерантности осуществлялось с использованием опросника коммуникативной толерантности (В.В. Бойко) и опросника «Коммуникативные и организаторские склонности» (В.В. Синявский и В.А. Федорошин). Было установлено, что низкий уровень коммуникативных и организаторских умений характерен для 58% и 38% опрошенных студентов соответственно, а очень высокий – всего лишь для 12% и 12% (см. рис.1).

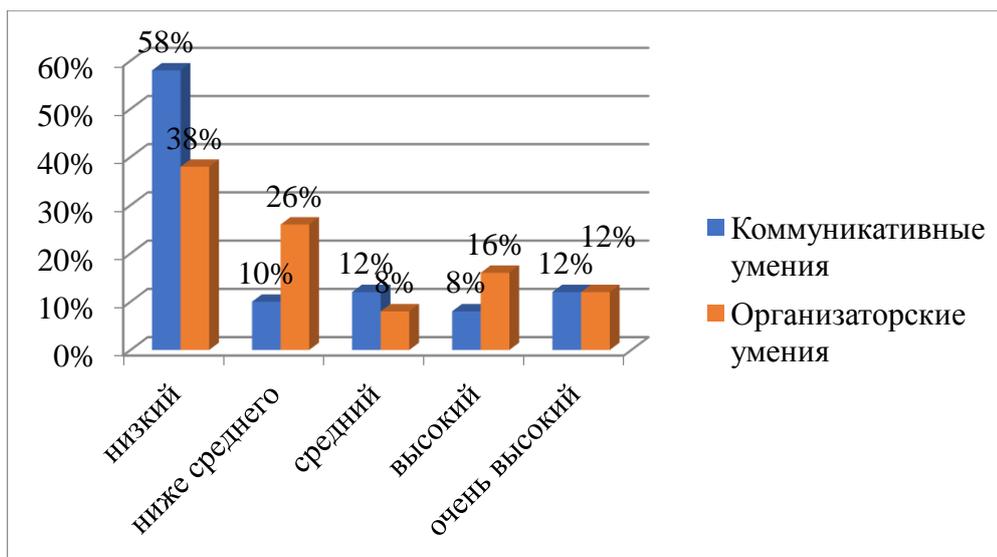


Рис. 1. Гистограмма распределения частоты встречаемости различного уровня выраженности показателей коммуникативных и организаторских умений у студентов фармацевтического факультета 1-5 курсов обучения

Кроме того, более половины опрошенных студентов (58 %) демонстрируют среднюю степень коммуникативной толерантности, что указывает на их предрасположенность к умению скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами собеседника. У 34% опрошенных зарегистрирована высокая степень коммуникативной толерантности, что свидетельствует о том, что опрошенные отличаются тактичностью в общении, признают право других на собственное мнение, проявляют терпение, когда им возражают. Низкая степень коммуникативной толерантности встречается у 6% и всего лишь у 2% – полное неприятие окружающих (см. рис.2), отличающихся неумением понимать и принимать индивидуальность других людей, прощать другому ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные неприятности, а также стремлением подогнать собеседника под себя, сделать его «удобным».

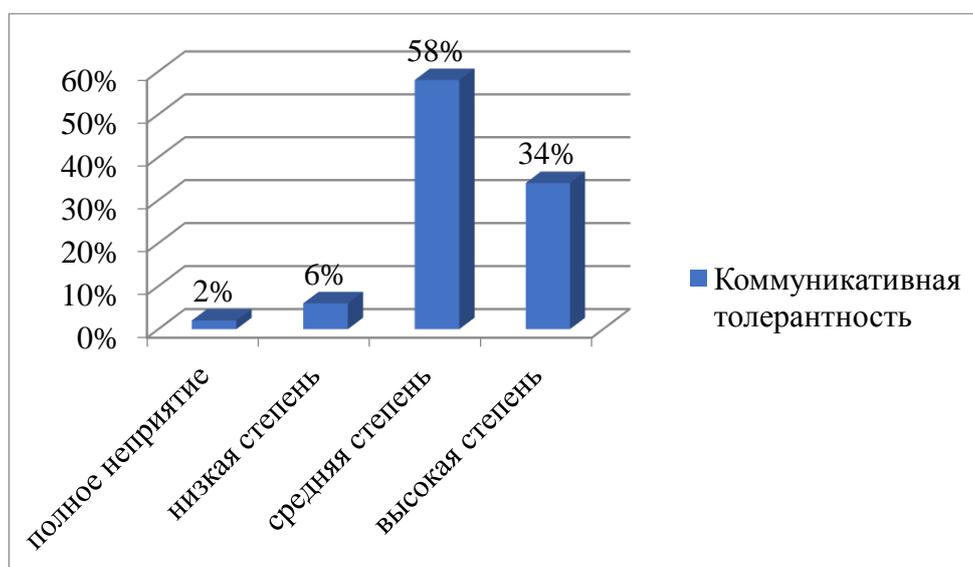


Рис. 2. Гистограмма распределения частоты встречаемости различного уровня выраженности коммуникативной толерантности у студентов фармацевтического факультета 1-5 курсов обучения

Анализ средних значений показателей коммуникативных и организаторских способностей студентов фармацевтического факультета свидетельствует о такой степени их выраженности, как ниже среднего: $X_{cp.} = 0,46 \pm 0,21$ и $X_{cp.} = 0,60 \pm 0,17$. Таким образом, такие студенты чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе; предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства; испытывают трудности в установлении контактов с людьми и при выступлении перед аудиторией; плохо ориентируются в незнакомой ситуации; не отстаивают свои мнения, тяжело переживают обиды; проявления инициативы в общественной деятельности крайне снижено, во многих делах они предпочитают избегать принятия самостоятельных решений. Коммуникативная толерантность студентов фармацевтического факультета соответствует средней степени выраженности: $X_{cp.} = 56,22 \pm 22,76$, что указывает на их предрасположенность к умению скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами собеседника.

Сравнительный анализ средних значений показателей коммуникативных, организаторских способностей и коммуникативной толерантности, а также степени их выраженности у студентов фармацевтического факультета в зависимости от курса их обучения (1-5 курс) засвидетельствовал значимо высокую статистическую достоверность в средней степени выраженности организаторских способностей у студентов 2-го курса в сравнении со

студентами 3-го курса ($X_{cp.} = 0,67 \pm 0,14$; $X_{cp.} = 0,55 \pm 0,12$; $U_{эмп} = 23,00$ при $p = 0,040$) (см. таблицу 1).

Таблица 1

Средние значения и значимость различий показателей коммуникативных, организаторских способностей и коммуникативной толерантности студентов фармацевтического факультета 1-5 курсов обучения

Курс	Наименование показателя	Коммуникативные умения		Организаторские умения		Коммуникативная толерантность	
		$\bar{X} \pm \sigma$	качественный	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный
	Первый (1)	0,43±0,20	низкий	0,58±0,18	ниже среднего	64,30±30,62	средний
	Второй (2)	0,53±0,27	ниже среднего	0,67±0,14	средний	48,90±27,10	средний
	Третий (3)	0,39±0,10	низкий	0,55±0,12	низкий	55,40±20,15	средний
	Четвертый (4)	0,49±0,22	ниже среднего	0,62±0,21	ниже среднего	50,40±7,47	средний
	Пятый (5)	0,48±0,22	ниже среднего	0,60±0,19	ниже среднего	62,10±21,86	средний
(1)-(2)	$U_{эмп}$	41,50		32,50		34,00	
	p	0,519		0,181		0,226	
(1)-(3)	$U_{эмп}$	48,50		37,00		38,00	
	p	0,909		0,321		0,364	
(1)-(4)	$U_{эмп}$	39,00		44,00		37,00	
	p	0,404		0,648		0,325	
(1)-(5)	$U_{эмп}$	43,50		47,50		47,50	
	p	0,619		0,849		0,850	
(2)-(5)	$U_{эмп}$	47,00		39,00		36,00	
	p	0,820		0,402		0,290	
(3)-(5)	$U_{эмп}$	42,50		48,50		37,50	
	p	0,565		0,909		0,344	
(4)-(5)	$U_{эмп}$	45,5		41,00		30,00	
	p	0,731		0,492		0,130	
(2)-(4)	$U_{эмп}$	44,50		45,00		44,00	
	p	0,676		0,704		0,650	
(3)-(4)	$U_{эмп}$	32,00		36,00		50,00	
	p	0,169		0,287		1,00	
(2)-(3)	$U_{эмп}$	35,00		23,00*		43,00	
	p	0,254		0,040		0,596	

* – статистическая значимость при $p \leq 0,05$

** – статистическая значимость при $p \leq 0,01$

Самые низкие показатели коммуникативных и организаторских способностей мы наблюдаем у 3-го курса, что связываем с периодом формирования профессиональной идентичности.

Проведенный с помощью метода ранговой корреляции r-Спирмена корреляционный анализ взаимосвязей показателей коммуникативной толерантности с показателями коммуникативных и организаторских умений у студентов фармацевтического факультета 1-5-го курсов обучения засвидетельствовал наличие статистически значимой корреляционной взаимосвязи отрицательной направленности и слабой выраженности между показателями коммуникативной толерантности и коммуникативных умений ($r = -0,29^*$ при $p = 0,043$). Полученные результаты могут быть проинтерпретированы следующим образом: снижение выраженности показателей коммуникативной толерантности у студентов фармацевтического факультета соответствует повышению ее уровня и повышению выраженности коммуникативных умений и наоборот.

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что в течение всего периода обучения студентов фармацевтического факультета, на всех этапах образовательного процесса очень важно целенаправленно формировать коммуникативные и организаторские способности, а также коммуникативную толерантность, которые являются важными показателями не только уровня личностного развития, но и профессиональной компетентности будущего специалиста. Как показывает анализ психолого-педагогической литературы, важным условием успешного развития коммуникативной толерантности студентов является использование интерактивных методов в учебном процессе и внеучебной деятельности. Интерактивные методы предполагают межличностное, диалогическое взаимодействие, работу в малых группах на основе сотрудничества, толерантности и предоставляют возможность студентам реализовать потребность в реальном конструктивном общении.

Список литературы

1. Бабенко П.А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей: автореф. дисс....канд. пед. н. / П.А. Бабенко. – Краснодар, 2009. – 25 с.
2. Девличарова Р.Ю. Значение и роль коммуникативных и организаторских способностей у студентов 1 курса медицинского университета/ Р.Ю. Девличарова, Е.С. Лодкина// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – №5. – С.554.

3. Логвинова О.К., Егорова У.Г., Бердиева А.Ш. Особенности коммуникативной толерантности студентов разной профессиональной направленности // Мир науки, культуры, образования. – № 1 (68). – 2018. – С.286-290.
4. Паина Л.И. Значение и роль коммуникативной толерантности у студентов в социокультурной среде медицинского ВУЗа / Л.И. Паина, В.В, Неволина // Дискуссия. – 2015. – №1. – С.132-136.
5. Чижкова М.Б., Петрова Е.И. Изучение коммуникативной толерантности как профессионально важного качества будущих медицинских работников // Вектор науки ТГУ. – 2012. – № 1(12). – С.275-277.
6. Шумаков А.Ю. Взаимосвязь медиативной деятельности и уровня эмпатии студентов медицинского вуза // В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Курск, 2017. С. 329-337.
7. Шумаков А.Ю. Медиативная компетентность как фактор интеллектуальной активности студентов медицинских специальностей // Коллекция гуманитарных исследований. - 2017. № 2 (5).- С. 28-35.

ГРУППОВАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Зозуля О.Я.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены актуальные для современной психологии проблемы – изучение групповой мотивации как основ эффективности совместной деятельности в экстремальных условиях, и, в частности, организованности и сплоченности.

Ключевые слова: группа, мотивация, экстремальные условия, совместная деятельность, эффективность.

GROUP MOTIVATION AS A BASIS OF EFFICIENCY OF JOINT ACTIVITY IN EXTREME CONDITIONS

Zozulya O. I.

Abstract. The article presents current problems for modern psychology - the study of group motivation as the basis for the effectiveness of joint activities in extreme conditions, and, in particular, organization and cohesion.

Keywords: group, motivation, extreme conditions, joint activities, effectiveness.

Исследование групповой мотивации совместной деятельности в экстремальных условиях актуально вследствие повышения экстремальности социальной ситуации, значительного увеличения видов экстремальных ситуаций, их масштабов и тяжести последствий. Это вызывает у научного сообщества повышенный интерес к психологическим аспектам экстремальных условиям совместной жизнедеятельности людей в социальных группах. Интенсивные эмоциональные переживания, такие как страх, ужас, паника, отчаяние и др., могут затруднять адекватное восприятие человеком социальной действительности, мешают правильно оценить социальную ситуацию, препятствовать принятию правильного решения [1, с. 233].

Экстремальные условия – это условия, сложившиеся на определенной территории, в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые влекут за собой угрозу для жизни и здоровью человека, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей [2, с. 57].

Все эти условия оказывают сильнейшее воздействие на психоэмоциональное состояние человека. Одним из факторов преодоления человеком стресса и избегания посттравматического стрессового расстройства может стать преодоление негативных последствий экстремальных условий в составе группы. Следовательно, исследование групповой мотивации как основы эффективности совместной деятельности в экстремальных условиях, является актуальной для социальной психологии темой.

Групповая мотивация как основа эффективности совместной деятельности в экстремальных условиях детерминирована организованностью группы. Данные группы различного уровня организованности характеризуются различной динамикой основных показателей надёжности в экстремальных условиях совместной деятельности, их принято разделять на надежные и ненадежные.



Надежные группы характеризуются, как правило, высокой эффективностью совместной деятельности (не только по психологическому результату деятельности, но и по воспитательному воздействию на членов группы), достигаемых изменениями в широких пределах форм поведения и совместной деятельности; способностью наметить и осуществлять план совместной деятельности, поддерживать эффективное взаимодействие [3, с. 292]. Соответственно в ненадежных группах прослеживаются противоположная тенденция. Итак, объективные условия совместной деятельности в экстремальных условиях предполагают оптимизацию форм организационного взаимодействия.

Согласно данным, полученным в экспериментальном исследовании надёжности и организованности групп, эффективность действий в высокоорганизованных группах повышается вследствие того, что они готовы к ним не только операционально, «технически», но и психологически, стремятся к совершенной форме совместной деятельности. Такая мотивация встречи с ситуацией организационной неопределенности обеспечивает высокую эффективность деятельности и безболезненную, адекватную перестройку взаимодействия в группах. Низкоорганизованные группы не только не имеют операциональной, «технической» основы для освоения оптимальных форм взаимодействия, но и не осознают их преимуществ, а иногда просто боятся их [5, с. 10]. Они могут формально принять новые формы, не поняв их сущности и не желая их осваивать.

Так, в высоко мотивированных организованных «группах» наблюдается отчетливо выраженная социальная установка на поиск оптимальной организации совместной деятельности, настойчивый поиск «лучшего алгоритма» и вовлечения в процесс поиска других участников, включая установление организационного порядка, т.е. такого уровня деловых отношений и взаимодействия, при котором за счет нахождения рациональных, скупых, «отшлифованных» алгоритмов значительно экономятся психологические затраты и обеспечивается надёжность группы как субъекта совместной деятельности в обычных, и особенно в напряженных и экстремальных, условиях [4, с. 186].

Особая роль в функционировании группы в экстремальных ситуациях совместной деятельности принадлежит лидерству. В экстремальной ситуации, именно лидеру необходимо оптимизировать деятельность группы, так как совместная деятельность в экстремальных условиях требует особых усилий,

оптимальной и гибкой организации, наибольшей точности и оперативности взаимодействия, согласованности действий членов группы [1, с. 231].

Актуальность изучения групповой мотивации в экстремальных условиях, для высокой эффективности ее совместной деятельности, связаны с решением сложных задач, которые ставит перед нами общество. Быстрый рост технической вооруженности, невероятная техническая мощь, все это доверено не одному человеку, а целым группам людей, которые несут колоссальную ответственность, и цена такой ошибки слишком высока. Все это ведет к психологической неподготовленности и напряженности, а также к малоизученному поведению групп, коллективов в той или иной ситуации. Их сплоченности, организованности. Следовательно, именно организованность группы, ее поведение, становится важным условием эффективности и требуют тщательного исследования. Теоретическая актуальность моей работы обусловлена недостаточной организованностью группы и ее эффективностью совместной деятельности в экстремальной ситуации.

Практическая актуальность связана с тем, что в деятельности различных групп, актуализируется необходимость принятия оптимального, продуманного, грамотного решения о планировании и исполнении совместной деятельности, особенно в экстремальной ситуации.

Мы считаем необходимым исследовать каждый из показателей, влияющий на эффективность совместной деятельности в экстремальных условиях (безотказность, активность, взаимодействие и др.).

Для решения совокупности теоретических и прикладных задач, связанных с исследованием организованности группы и реализации в совместной деятельности эффективного группового решения в экстремальной ситуации адекватным методом исследования будет социально-психологический эксперимент, в процессе которого, мы создадим экстремальные условия и проверим уровень эффективности совместной деятельности, организованность группы. Мы полагаем, что эксперимент в психологии должен давать объяснительную характеристику, объяснять причины, детерминацию человеческого поведения, а не ограничиваться только установлением факта.

Анализ публикаций по проблеме исследования позволяет предположить, что существенным условием принятия решения группой, является лидерство, как воздействие наиболее влиятельных членов группы, на совместную деятельность общения и взаимоотношения.

В заключении отметим, что более тщательное, углубленное изучение групповой мотивации, как основа эффективности совместной деятельности в экстремальных условиях, может быть использовано в научных и практических целях, например, при организации, эвакуации людей, попавших в беду, для обучающих тренингов спасателей, сотрудников МЧС, администраторов учреждений, для обучения педагогов и психологов, а также существенно снизить риски пострадавших.

Список литературы

1. Демин И.В. Результативность малых групп в напряженных условиях совместной спортивной деятельности // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2017. № 1 (41). С. 230-236.
2. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М., 1976. С. 56-59.
3. Сарычев С.В., Котик І.О. Експериментальне дослідження надійності особистості й групи в напружених і екстремальних умовах життєдіяльності // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Вип. 33. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2016. С. 291-313.
4. Сарычев С.В., Мирошниченко О.А. динамическом подходе к исследованию многоуровневого группового субъекта // Актуальные проблемы исследования массового сознания: материалы международной научно-практической конференции (Пенза, 14-15 марта 2013 г.). Пенза, 2013. С. 181-186.
5. Сарычев С.В., Бабкина Н.Г. Социально-психологические аспекты принятия группового решения // Пензенский психологический вестник. – 2015. Вып.2(5). С. 2-13.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ У
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТИ**

Иванова Л. Р.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. В статье представлен анализ исследования особенностей моторной асимметрии в младшем школьном возрасте. Для выявления, моторной асимметрии в младшем школьном возрасте использовались общие нейропсихологические пробы.

Ключевые слова: моторная асимметрия, младший школьный возраст, кинестетический праксис.

**FEATURES OF DIAGNOSTICS MOTOR ASYMMETRY IN
PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH MILD MENTAL RETARDATION**

Ivanova L. R.

Abstract. The article presents an analysis of the study of the characteristics of motor asymmetry in the primary school age. General neuropsychological tests were used to identify motor asymmetry in the younger school age.

Keywords: mental retardation, motor asymmetry, primary school age, kinesthetic praxis.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, с каждым годом рождается все больше детей, с отклонениями в развитии [3]. Причины могут быть разнообразными: эти причины могут быть связаны со здоровьем матери или отца, различные генетические отклонения, так же можно говорить об алкоголизме и курении во время беременности. Умственно отсталые дети-

многочисленная категория, имеющая отклонения в своем развитии [5]. Они составляют 2,5% от общей детской популяции. По данным Госкомстата Умственная отсталость за период 2011-2013 год не уменьшается.

В настоящее время нейропсихологические методы содержат когнитивные и двигательные упражнения [3]. Нейропсихологические методы включают упражнения, направленные на интеграцию асимметричных функций левого и правого полушарий, а так же предполагают активацию физической, эмоциональной и интеллектуальных сфер [1, 2].

Следует отметить, что такое заболевание как умственная отсталость имеет недостаточное количество исследований.

Цель работы: Определить диагностический потенциал нейропсихологических методов, для выявления особенностей моторной асимметрии у младших школьников с легкой степенью умственной отсталости.

Методы исследования: Общее патопсихологическое исследование, общее нейропсихологическое обследование (А.Р. Лурия), диагностика латерального профиля (проба «подзорная труба», проба «Часы», проба «замок»), диагностика правостороннего и левостороннего кинестетического праксиса (проба «кулак-ребро-ладонь», «графическая» проба)

База исследования: ОКОУ «Курская школа для детей с ограниченными возможностями здоровья «Ступени». Исследование проводилось в феврале 2018 года.

Исследуемые дети в возрасте от 8-до 10 лет, в количестве 30. **Диагноз:** Умственная отсталость легкой степени, 11 левшей и 19 правшей.

Результаты и выводы: Когнитивная сфера характеризуется недостаточной активностью, а также слабостью ориентировочной деятельности, а так же отмечаются нарушения в интеллектуальной сфере.

Вывод: у детей с правым и левым профилем латерализации значимых различий нет.

Кинестетический праксис у школьников с левым профилем латерализации характеризуется невозможностью выполнять пробу «кулак-ребро-ладонь», в отличии от правого профиля латерализации- более сохранен.

То есть, коррекционно-развивающая работа с младшими школьниками с умственной отсталостью в легкой степени может опираться на нейропсихологический инструментарий, позволяющий работать с базовыми функциональными моторными проявлениями.

Список литературы

1. Межполушарная асимметрия: проблемы обучения в норме и патологии. Будилова В. Ю., Никитина С. А., Меерзон Т. И. Межполушарная асимметрия: проблемы обучения в норме и патологии // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 50. – С. 24–29.
2. Межполушарная функциональная асимметрия у умственно отсталых детей / А.Э. Тамбиев, Е.В. Асланян НИИ Нейрокибернетики им. А.Б.Когана Академии биологии и биотехнологии им. Д.И. Ивановского, ЮФУ; Ростов-на-Дону, Россия.
3. Никишина В.Б., Мордич Л.Н. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития . Учеб. пособие / Курский гос. мед. ун-т. Курск, 2003.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002. - 232 с.
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2007. — 474 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ С ОКРУЖАЮЩИМИ ИХ ЛЮДЬМИ

Ильина Н.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Николаевская А.О.

Аннотация. В настоящей статье представлены результаты исследования на добровольной основе подростков – учеников 9 класса общеобразовательной школы, обнаруживающих склонность к суицидальному поведению с позиции их взаимоотношений с окружающими их людьми. Раскрыта сущность суицидального поведения, приведены современные эпидемиологические

данные по проблеме подростковых суицидов, обозначена роль семьи на влияние личности подростка и его противосуицидальную мотивацию.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростки, личностные взаимоотношения.

PERSONAL RELATIONSHIPS OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR WITH THEIR SURROUNDINGS

Irina N.S.

Abstract. This article presents the results of a study on a voluntary basis of adolescents - pupils of the 9th grade of a comprehensive school, who show a tendency to suicidal behavior from the standpoint of their relationship with the people around them. The essence of suicidal behavior is revealed, modern epidemiological data on the problem of adolescent suicides are given, the role of the family on the influence of the personality of the adolescent and his anti-suicidal motivation is indicated.

Key words: suicidal behavior, adolescents, personal relationships.

Суицидальное поведение в настоящее время выступает одной из актуальных проблем нашего общества. По мнению Б.С. Положего (2015) наиболее его трагичным проявлением является подростковый суицид. Подростковый возраст – это очень сложный, критический этап в становлении личности подростка. Им присуще усиление критики своей личности, яркое эмоциональное реагирование на происходящие события [2,5,6]. Первый опыт социализации и способности к формированию устойчивого поведения подросток приобретает в семье, что обуславливает особо пристальное отношение к институту семьи, как приоритетному в воспитании личности индивида [7,8]. В семье подросток знакомится с первым опытом социального взаимодействия, получает саму суть понимания родительства, познает окружающий мир во всем его многообразии, перенимает духовность, культурный и нравственный опыт [1,3,4]. Риск развития суицидального поведения подростков неразрывно связан с окружающими семью социальными моментами. Внутрисемейная обстановка, особенности взаимоотношений между членами семьи влияют на личность, могут способствовать формированию как конструктивных, так

и деструктивных ее свойств (З. Фрейд, К. Хортни, Э. Дюргейм, Я.А. Варга, Н.А. Сирота).

Таким образом, целью настоящей статьи выступило изучение особенности личностных взаимоотношений подростков, склонных к суицидальному поведению с окружающими их людьми.

В задачи исследования входило изучить склонность подростков к суицидальному поведению, установить структуру конкретно-личностных отношений подростков, обнаруживающих склонность к суицидальному поведению, с их ближайшим окружением (матерью, отцом, сиблингами, прародителями и другими авторитетными взрослыми).

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы легли результаты обследования на добровольной основе 26 подростков, учеников 9 класса общеобразовательной школы г. Курска. Основными методами исследования выступили клинико-психологический с использованием ряда психодиагностических методик. Среди них были использованы скрининг-тест Л.Н. Юрьевой для выявления предрасположенности к суицидальному поведению; методика «Фильм-тест» Рене Жилия (1959), направленная на исследование структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими его людьми: матерью, отцом, братьями и сестрами, прародителями и другими родственниками, друзьями, и другими авторитетными для ребенка взрослыми. Она позволяет описать широкий круг социально-психологических характеристик ребенка: показатели, характеризующие эмоциональные отношения ребенка с окружающими людьми: матерью, отцом, обоими родителями, братьями и сестрами, бабушкой, дедушкой и другими родственниками, друзьями, учителем (воспитателем или другими авторитетами для ребенка взрослыми); показатели, характеризующие психологические особенности ребенка, проявляющиеся в различных его взаимоотношениях: степень любознательности ребенка, стремление к общению в больших группах детей, стремление к доминированию в группе, конфликтность, агрессивность, стремление к уединению, отгороженность от других, а также особенности реакции на фрустрирующие события. Другим методом стал статистический с использованием непараметрический U-критерий Манна-Уитни, позволяющий выявить различия между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака и 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.

Результаты исследования и их интерпретация. В специальной литературе подчёркивается, что своевременная диагностика склонности к суицидальному поведению выступает одним из ключевых факторов профилактики самоубийств (Юрьева Л.Н., 2006). Методика скрининг-тест Л.Н. Юрьевой для выявления предрасположенности к суицидальному поведению позволила установить, что среди 26 обследованных подростков 8 (30,76%) статистически значимо ($p \leq 0,05$) обнаруживали склонность к суицидальному поведению. При исследовании межличностных отношений и психологических особенностей подростков со склонностью к суицидальному поведению с помощью методики «Фильм-тест» Рене Жиля были получены статистически значимые результаты ($p \leq 0,05$) по шкалам «Отношение к матери», «Отношение к обоим родителям», «Отгороженность». Так, подростки демонстрируют выраженную эмоциональную привязанность к матери со стремлением к более тесному контакту. Родители вместе воспринимаются такими подростками, как далекие, отстранённые друг от друга и от своего ребенка, который в свою очередь испытывает потребность в родительском внимании. У них достаточно сильно выражено стремление к уединению на фоне желания более тесного контакта с родителями.

Таким образом, у подростков, обнаруживающих склонность к суицидальному поведению, отмечается высокая потребность к более тесному взаимодействию в особенности со своей матерью по сравнению с отцом, что может говорить о снижении отцовского авторитета; нереализованная потребность в родительской любви, заботе, открытом выражении своих чувств на фоне стремления к уединению. Что в свою очередь может объясняться желанием разобраться в себе, найти ответы на интересующие подростка вопросы, которые он не может получить от родительской четы. А также восприятие собственной семьи, как дистантной, несплоченной, где отсутствует эмоциональная теплота и глубокая привязанность, что может охарактеризовать семьи таких подростков, как дисгармоничные.

Список литературы

1. Абитов И.Р. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах / И.Р. Абитов // Психологический журнал. — 2013. — Т. 34, №1. — С. 86-96.
2. Ахметзянова А.И. Изучение тревожности и коммуникативных способностей подростков с тяжелыми нарушениями речи // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — №1; URL: <http://www.science-education.ru/107-8279>.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. ООО «ПЕР СЭ», 2016. — 528 с.
4. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицина Е.Е. Методическое пособие // СПб: ФАРиндекс, 2011. — 68 с.
5. Дубровина, И.В. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи / И.В. Дубровина, М.И. Лисина // Возрастные особенности психического развития детей. — М., 2017. — 152 с.
6. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А. Антиципационные особенности деятельности детей, страдающих неврозами // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — №2. — С. 31-37.
7. Минуллина А.Ф., Мамедова С.А. Взаимосвязь личностных особенностей матерей и их детей в условиях неполной семьи // Современные исследования социальных проблем. — Красноярск: Научно-инновационный центр, 2016. — № 4. — С. 124-130.
8. Овчарова Р.В., Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии // Справочная книга школьного психолога. — М.: Просвещение, 2016. — С. 352, С. 182-192.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНОГО С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Карпенко Т.М.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: к. психол. н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. Результаты научных исследований с использованием нейропсихологических проб подтверждают распространенность когнитивных нарушений у лиц, хронически злоупотребляющих наркотическими веществами. При детальном исследовании нарушения гностических функций можно выявить предположительную локализацию патологического очага.

В статье представлено описание клинического случая нейропсихологической диагностики особенностей гностических функций при наркотической зависимости.

Ключевые слова: гнозис, гностические функции, нейропсихологическая проба, наркотическая зависимость.

NEUROPSYCHOLOGICAL STUDY OF GNOSTIC FUNCTIONS IN PATIENT WITH NARCOTIC DEPENDENCE: A CLINICAL CASE

Karpenko T. M.

Abstract. The results of scientific research using neuropsychological tests confirm the prevalence of cognitive impairment in people who are chronically abusing drugs. In a detailed study of the violation of Gnostic functions can reveal the alleged localization of the pathological focus. The article describes a clinical case of neuropsychological diagnosis of the features of Gnostic functions in drug dependence.

Key words: gnosis, Gnostic functions, neuropsychological test, narcotic dependence.

Долгое время основное внимание исследователей было сосредоточено на фармакологическом воздействии наркотических веществ, динамике физиологических процессов и общего состояния здоровья при систематическом употреблении психоактивных веществ. Концентрация внимания именно на медико-физиологическом аспекте наркомании обусловила и основной подход к ее лечению, который редуцировал проблему наркомании до физиологической зависимости и ее купирования [3]. Проблему употребления наркотических веществ следует рассматривать не только как проблему физиологическую, но и как проблему личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной

ситуации [1]. В этом случае профилактическая, лечебная и реабилитационная работа приобретают новое содержание, а значит, и новые возможности. Практика показывает, что такое понимание проблемы усложняет ее решение, однако существенно повышает показатели отсроченных результатов [6].

Считают, что ядром психических нарушений, возникающих вследствие длительного употребления наркотических средств, является снижение морально-этических качеств личности, нарастание психопатических и заострение преморбидных черт характера [2, 5]. Относительно изменений высших психических функций (ВПФ) большинство авторов указывает на снижение работоспособности, быструю утомляемость, замедленность ассоциативных процессов, то есть на неспецифические нарушения астенического плана, нарушения процесса выработки сложных форм индуктивных умозаключений, на трудности обобщения и вербализации выделенных обобщенных признаков предметов, на нарушения кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации [4]. В литературе встречаются данные о более выраженном влиянии хронической интоксикации наркотических веществ на правое полушарие мозга по сравнению с левым что приводит к замедлению начального этапа зрительного восприятия вербальной информации [7]. Некоторые исследователи указывают на значительные интеллектуально-мнестические расстройства у больных опийной (в том числе — героиновой) наркоманией на фоне психопатизации личности и одновременно — сглаживания индивидуальных личностных характеристик [8]. Таким образом, можно предположить, что постоянное токсическое воздействие наркотических средств на глубинные структуры мозга, связанные с корой больших полушарий, приводит как к неспецифическим, так и специфическим нарушениям ВПФ [8].

Целью данного исследования является изучение гностических функций у наркозависимых.

Изучение гностических функций осуществлено с использованием нейропсихологических проб:

- 1) предметный (опознание перечеркнутых, наложенных и недорисованных изображений, реалистическое изображение предметов);
- 2) акустический и слухо-моторную координацию (оценка и воспроизведение ритмических структур);

3) зрительно-пространственный (узнавание времени на схематических часах без цифр, географическая карта, цифры, геометрические фигуры и символы разных цветов, буквы, бочки);

4) сомато-сенсорный (локализация прикосновений и проба на стереогноз)

5) лицевой гнозис (узнавание лиц)

Количественные характеристики проб в баллах по Л.Н. Глозман:(от 0 до 3 баллов), где 0 – отсутствие ошибок; 1 – 1,2 ошибки, при возможности к самостоятельной корректировке своих действий; 2 – ошибки умеренной тяжести, без возможности самокоррекции; а 3 – отсутствие правильных ответов. В соответствии с данной шкалой оценивания, выделялось 3 группы (уровня) выполнения проб: высокий – не допускает ошибок при выполнении; средний – допускает ошибки; низкий – не дает ни одного правильного ответа.

Больной М, 35 лет проходил нейропсихологическое исследование гностических функций базе ООО «Многопрофильный Центр Реабилитации» г. Курска.

Был женат, есть ребёнок, сказал, что женился, чтобы без препятствий колоться. Принимал наркотические вещества 10 лет внутривенно: мак, маковые семечки, героин, дезоморфин, крокодил. Видел, что «люди вокруг меня гниют», сказал, что употребление наркотических веществ на работе никак не отражалось. Вследствие употребления наркотических веществ случился инсульт. В центре находится 5 месяц, настроение хорошее. Сказал, что в центр пришёл по собственному желанию, объясняя это так, что «дальше будет только хуже», также жалеет об утраченном времени и утраченных возможностей.

В месте, времени, личности ориентирован. В контакт вступает охотно, интерес к исследованию проявляет. Внешне выглядит опрятно. Эмоциональные реакции адекватны ситуации, проявляет недоверчивость. Инструкции понимает с первого раза.

При исследовании зрительного гнозиса больной испытывал трудности в узнавании предметов, наложенных и зашумленных изображений. Средний уровень выполнения проб, 1 балл по Л. Н. Глозман.

При оценке ритмических структур ошибок не наблюдалось, что соответствует 0- баллов по Л. Н. Глозман.

При исследовании зрительно-пространственного гнозиса больной допускал 1-2 ошибки в узнавании времени на часах, в задании «Бочка и ящик»

- 0 баллов. Задание «Географическая карта» выполнил правильно. Средний уровень выполнения проб.

При исследовании тактильного восприятия ошибка в 3 см при выполнении пробы «Локализация прикосновений» - 3 балла, низкий уровень. Но правильно указал все части тела.

При исследовании лицевого гнозиса ошибки наблюдались в пробе «Узнавание незнакомых лиц», больной не запомнил предложенные лица и не мог их найти по памяти. Отмечается средний уровень выполнения проб, 2 балла по Л.Н. Гломазн.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует нарушение гностических функций у лиц с наркотической зависимостью, а именно, нарушения зрительно-пространственного и тактильного восприятия. Наличие данных нарушений, во-первых, ухудшает течение заболевания, во-вторых, предположительно может свидетельствовать о возможных нарушениях в затылочной и теменной долях головного мозга, что в последствии может привести к нарушению других высших психических функций. Поэтому необходима своевременная диагностика с построением программы коррекции.

Список литературы

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. – М.: МПА, 2001. 192 с.
2. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии / Психологические исследования и психотерапия в наркологии -М, 1989. 340с.
3. Запесоцкая И.В., Никишина В.Б., Ахметзянова А.И. Диссоциативные механизмы нарушения личностной идентичности при наркотической зависимости // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. - 2015. Т. 47. - № 2. - С. 34-41.
4. Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1999, №10. С.- 45-47
5. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Кузнецова А.А. Апробация методики событийной реконструкции временной перспективы личности//Вопросы психологии. 2015. № 2. С. 140-148.

6. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Бушуева О.Ю., Запесоцкая И.В. Анализ показателей функциональной асимметрии мозга у больных с ишемическим инсультом: нейропсихологическое исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2014. Т. 114. № 12-2. - С. 28-32.
7. Хомская Е.Д. «Нейропсихология», М.: УМК «Психология», 2002 г. 384 с.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Кизилова А.В.

Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Николаевская А.О.

Аннотация. Данная статья иллюстрирует специфику эмоциональной сферы подростков со склонностью к суицидальному поведению. В ней раскрыты особенности проблемы суицидального поведения в подростковой среде, показано своеобразие психологических характеристик детско-подросткового возраста, описаны подходы к диагностике суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростки, эмоциональная сфера.

FEATURES OF THE EMOTIONAL SPHERE OF ADOLESCENTS PRONE TO SUICIDAL BEHAVIOR

Kizilova A. V.

Abstract. This article illustrates the specifics of the emotional sphere of adolescents with a tendency to suicidal behavior. It reveals the features of the problem of suicidal behavior in adolescence, shows the originality of the psychological

characteristics of childhood and adolescence, describes approaches to the diagnosis of suicidal behavior.

Key words: suicidal behavior, adolescents, emotional sphere.

Суицидальное поведение среди детского и подросткового населения в последние годы приобретает особую актуальность и все более часто становится предметом научных исследований, а дискуссия в данном направлении вызывает большой общественный резонанс. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (2018) за последние 20 лет суицидальное поведение в возрасте 15-24 лет стало наблюдаться в два раза чаще. Как причина смертности у лиц в возрасте до 15 до 29 лет, суициды выступают второй по частоте. Выделение детской и подростковой суицидологии в отдельную область знаний обусловлено своеобразием психологических характеристик детско-подросткового возраста, спецификой психопатологических проявлений, клиническими особенностями аутоагрессивного поведения [5]. Важно отметить, что суицидологическая диагностика включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, тенденций, поступков и др.) в их статике и динамике, но и всей совокупности личностных, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида. В процессе исследования каждого конкретного случая суицидолог оперирует такими понятиями, как дезадаптация, конфликт, позиция личности, уровень ее социализации, установки, модусы поведения, ценностные ориентации, характер и структура контактов, механизмы защиты, фрустрация, толерантность к эмоциональным нагрузкам, социально-демографический статус, ролевое поведение, про- и антисуицидальная мотивация.

Подобная развернутая, многосторонняя диагностика необходима для интегральной оценки суицидального риска (вероятности суицидальных действий) как основной прогностической категории, а также для определения тактики ведения таких пациентов, направления, формы лечебно-коррекционных мероприятий, а также комплекс превентивных мер.

Суицидальное поведение детей и подростков имеет возрастное своеобразие, обусловленное различными этапами онтогенетического развития индивида. Ввиду чего в литературе описаны так называемые пики молодости и инволюции, приходящиеся на возраст от 15 до 23 лет и после



40 лет соответственно [4]. Ю.В. Синягина, Н.Ю. Синягина (2006) в своей работе отмечают о различии представлений о смерти у детей в возрасте 5-11 лет от таковых у взрослых. К возрасту 12-14 лет представления о смерти приближаются к представлениям взрослого возраста, повышая суицидальный риск. Авторы подчеркивают, что суицидальность детей обуславливается семейной дисфункцией, физическим и сексуальным насилием, неблагоприятным социальным окружением. К группе риска они относят подростков из семей с низким образовательным уровнем, непрочным материальным положением, зависимостью от психоактивных веществ, с неправильными типами воспитания. Среди факторов суицидального поведения авторы приводят такие как напряженность взаимоотношений с родителями ввиду непонимания ими своего ребенка, дистантность в отношениях, авторитарный или попустительский подход педагогов, социометрический статус ребенка в группе (лидер, изгой), трудности межличностного общения (общение с друзьями, близкая дружба, общение с противоположным полом).

Об отсутствии четких представлений о смерти у подростков упоминает в своей работе Е.В. Елисеева (2012), подчеркивая, что сознание подростка зачастую инфантильное, а суицидальное поведение носит характер ситуационно-личностных из-за стремления избегания стрессовых ситуаций или наказаний.

Кризис подросткового возраста отчасти обуславливается желанием подростка быть принятым сверстниками в своем окружении, чуткостью и большей восприимчивостью к окружающим событиям в сравнении с другими возрастными группами, внушаемостью и желанием подражать авторитетным фигурам [1].

Целью данного исследования выступило изучение уровня самооценки депрессии у подростков со склонностью к суицидальному поведению.

В задачи работы входило изучить склонность подростков к суицидальному поведению, проанализировать состояние их эмоциональной сферы.

Материал и методы исследования. В основу настоящей работы легли результаты обследования на добровольной основе 26 подростков – учеников 9 класса общеобразовательной школы г. Курска. Основными методами исследования выступили клинико-психологический, статистический. Первый включал в себя такие психодиагностические инструменты, как скрининг тест Л.Н. Юрьевой (2006) для выявления предрасположенности к

суицидальному поведению, а также опросник самооценки депрессивных состояний CDI (Childrens depressin inventory, Kovacs M., Beck). Статистические технологии включали в себя использование непараметрического U-критерия Манна-Уитни, позволяющего выявить различия между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

Результаты исследования и их интерпретация. Методика скрининг-тест Л.Н. Юрьевой для выявления предрасположенности к суицидальному поведению позволила установить, что среди 26 обследованных подростков у 8 (30,76%) из них статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) выявлялась склонность к суицидальному поведению по сравнению с остальными сверстниками. Опросник самооценки депрессивных состояний CDI выявил следующие результаты: пятеро подростков (19,23%) оценивали свое эмоциональное состояние, которое по результатам интерпретации методики обозначалось как «выше среднего». Такие подростки обнаруживали высокие показатели по шкалам «негативное настроение», «межличностные проблемы», «негативная самооценка» ($p \leq 0,05$). По результатам интерпретации методики эмоциональное состояние троих (11,53%) обозначалось как – «значительно выше среднего». Такие подростки обнаруживали высокие показатели по всем шкалам методики, а именно «негативное настроение», «межличностные проблемы», «неэффективность», «ангедония», «негативная самооценка» ($p \leq 0,05$).

Таким образом, у подростков, обнаруживающих склонность к суицидальному поведению, отмечается изменение эмоциональной сферы с преобладанием негативной эффективности. Такие подростки оценивают свое эмоциональное состояние, обнаруживая высокие показатели по основным шкалам опросника, что соответствует отклонению от нормативных показателей. В пяти случаях нормативные показатели отклонялись «выше среднего» ($p \leq 0,05$), в трех случаях – «значительно выше среднего» ($p \leq 0,05$). Полученные данные могут быть положены в основу создания программ психокоррекции для подростков так называемой «группы риска», обнаруживающих склонность к суицидальному поведению.

Список литературы:

1. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. Учебное пособие для студентов высшего учебного заведения. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. 288 с.
2. Елисеева Е.В. Детско-юношеский суицид как антисоциальное явление / Е.В. Елисеева // Сборник статей IV Всероссийской научно-практической конференции. Редакционная коллегия: Д.Ф. Аяцков, д-р ист. наук, профессор (ответственный редактор); Ю.И. Тарский, д-р социол. наук, профессор; Н.Я. Чернышкина, канд. ист. наук, доцент (ответственный секретарь); Э.В. Чекмарев, д-р полит. наук, профессор; К.П. Африкантов, преподаватель. 2012. – С. 74-75.
3. Синягина Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид: психологический взгляд. СПб., 2006.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001. – С. 239–254.
5. Пакулина С.А. Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков. Методическое пособие. – Челябинск, АБРИС, 2014. – 209 с.

УРОВЕНЬ АЛЕКСИТИМИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Колганова Ю.А.

**Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград, Россия**

Аннотация. В статье представлены перспективы заблаговременного выявления выраженного уровня алекситимии, способного детерминировать повышение риска сердечно-сосудистой патологии.

Ключевые слова: Алекситимия, сердечно-сосудистая система, патология

ALEXITHYMIA LEVEL OF CARDIAC PATIENTS

Kolganova Y. A.

Abstract. The article presents the prospects of early detection of a high level of alexithymia, which can determine the increase of the risk of cardiovascular disease.

Keywords: Alexithymia, cardiovascular system, pathology

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, повышаются требования к его адаптационным возможностям [4]. В связи с этим встает вопрос о значимости эмоций и возможности их вербализации для сохранения физического и психического благополучия человека [3]. Алекситимия представляет собой психологическую характеристику личности, включающую трудности определения и вербализации собственных эмоций, а также эмоций окружающих людей; трудности в различении эмоций и телесных ощущений; снижение способности к символическому мышлению; низкий лексический уровень вербальной экспрессии эмоций [1]. Многие исследователи сходятся на мнении, что высокий уровень алекситимии является одним из факторов развития психосоматических заболеваний, в том числе и патологии сердечно-сосудистой системы [2]. Однако на современном этапе развития науки не существует единой общепринятой концепции, которая смогла бы достоверно объяснить как механизм возникновения алекситимии, так и механизм ее воздействия на здоровье человека.

Цель исследования – проанализировать феномен алекситимии как фактор сердечно-сосудистого риска.

В ходе исследования было проведено психологическое обследование 28 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Из них 12 женщин (43%) и 16 мужчин (57%). Средний возраст пациентов составил $56,1 \pm 5,8$ г. В контрольную группу были включены 25 человек без патологии сердечно-сосудистой системы (48% мужчин, женщин – 52%, средний возраст $54,6 \pm 6,3$ лет). Уровень алекситимии изучался с помощью Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26).

По результатам в баллах выделены 3 подгруппы лиц с градациями признаков алекситимии: низкой (менее 62 баллов), умеренной (63-73 балла) и высокой (более 74 баллов). В группе пациентов с сердечно-сосудистой патологией высокий уровень алекситимии был выявлен у 53% респондентов, умеренный – у 34%, низкий – у 13% обследованных. В контрольной группе результаты распределились следующим образом: высокий уровень – 28%,

умеренный уровень— 36%, низкий уровень— 36%. Среднегрупповое значение уровня алекситимии среди пациентов кардиологического профиля составило 75,2 балла; среди лиц без патологии сердечно-сосудистой системы – 62,4 балла. Таким образом, пациентам с сердечно-сосудистой патологией свойственен более высокий уровень алекситимии, чем лицам без данной патологии. Исследование выраженности алекситимии в группе пациентов в зависимости от пола показало, что результаты по шкале TAS-26 у мужчин по сравнению с женщинами составляют 79,6 и 69,4 баллов соответственно. Это указывает на выраженный уровень алекситимии у мужчин и пограничный уровень её выраженности у женщин.

Таким образом, были выявлены статистически значимые различия в уровнях алекситимии у группы пациентов и контрольной группы, а также в уровнях алекситимии в зависимости от пола в группе кардиологических пациентов.

Эти данные дают основание полагать, что вероятно алекситимия может быть рассмотрена в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности, отрицательно влияющей на развитие сердечно-сосудистой патологии.

Список литературы:

1. Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В., Золотарёва О.С. Психология и педагогика: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – 3-е изд., доп. и перераб. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018, – 240 с.
2. Гартфельдер Д.В. Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний / Д.В. Гартфельдер // Медицинская психология в России. – 2010. – № 1. – С. 23-29.
3. Грекова Т.И. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца/ Т.И.Грекова // Клиническая медицина. – 2007. – № 11. – С. 32-34.
4. Северьянова Л.А. Интегративные основы алекситимии / Л.А. Северьянова, В.В. Плотников, Д.В. Плотников // Человек и его здоровье: Курский науч.практ. вестн. – 2013. – № 3. – С. 65–68.

**ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ
ЗРИТЕЛЬНОГО И ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТЬЮ**

Колеватова А.С.

**Научный руководитель: к. психол. н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. Младший школьный возраст является периодом интенсивного развития и качественного преобразования познавательных процессов. Уровень развития оптико-пространственных представлений является важным и необходимым условием для успешного обучения.

В статье представлены результаты пилотажного исследования выявления уровня развития оптико-пространственных и зрительных функций у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью и с нормальным уровнем развития.

Ключевые слова: оптико-пространственный гнозис, зрительный гнозис, младший школьный возраст, умственная отсталость

**PILOT STUDY CHARACTERISTICS OF VISUAL AND OPTICAL-
SPATIAL GNOSIS OF PRIMARY SCHOOL AGE CHILDREN WITH
MENTAL RETARDATION**

Kolevatova A. S.

Abstract. The level of development of optical-spatial representations is an important and necessary condition for successful learning. The article presents the results of a pilot study to identify the level of development of optical-spatial and visual functions in children of primary school age with mental retardation and with a normal level of development.

Keywords: optical-spatial gnosiss, visual gnosiss, primary school age, mental retardation



В настоящее время резко возросло число детей с отклонениями в психическом развитии. По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается большое количество детей, которые имеют нарушения в развитии. Дети с умственной отсталостью являются одной из самых многочисленных групп, имеющих нарушения развития и составляют 2,5% от общего числа детской популяции [8].

Демчевой Н.К., Прониной Л.А., Твороговой Н.А. были проанализированы существующие данные по умственной отсталостью детей в РФ с 2008 по 2011 г. Было установлено, что за 4 года общее число зарегистрированных детей с умственной отсталостью увеличилось на 312 человек (0,2%) и в 2011 г. достигло 166400, тем самым составляя четвертую часть (24,5%) в общей структуре детских заболеваний. [3].

Младший школьный возраст является периодом интенсивного развития и качественного преобразования познавательных процессов: они начинают приобретать опосредствованный характер и становятся осознанными и произвольными [2]. Достаточный уровень развития оптико-пространственных представлений является необходимым условием для усвоения зрительных образов букв и, особенно, для дифференциации близких по начертанию букв [4].

Оптико-пространственные представления, как отмечает А. В. Семенович, являются, по сути своей психологической организации, производными от схемы тела и могут сформироваться как самостоятельные только на основе представлений о схеме собственного тела и двигательной активности в реальном, жизненном, заданном пространстве. Также формирование у ребенка в младшем школьном возрасте кинестетического и кинетического праксиса – одно из важнейших условий его успешности в учебной деятельности, которая является ведущей в младшем школьном возрасте. [5]

Проблема особенностей зрительного и оптико-пространственного гнозиса у детей с умственной отсталостью легкой степени в младшем школьном возрасте остается недостаточно изученной [1].

Актуальность данной работы подтверждается с одной стороны отсутствием научной проработанности данной темы (проблема особенностей зрительного и оптико-пространственного гнозиса у детей с умственной отсталостью в младшем школьном возрасте в системе РИНЦ мало предчтавлена), а с другой стороны высокой потребностью данной информации в практическом аспекте (психолого-педагогические проблемы, снижение

академической успеваемости при нарушении зрительно-пространственных функций гнозиса).

Цель исследования - выявить уровень развития оптико-пространственных и зрительных функций у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью и с нормальным уровнем развития.

На первом этапе осуществлены историко – генетический и теоретико-методологический анализы проблемы изучения зрительных и оптико-пространственных представлений младших школьников с умственной отсталостью.

Историко – генетический анализ, целью которого является изучение истории рассматриваемого объекта позволил выявить несколько тенденций. История изучения проблем детей с ограниченными возможностями здоровья напрямую связана с устройством государства (взгляды на проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья менялись от полного безразличия к ним до признания и осознания необходимости закрепления в законах и правах). Так в конце XVIII века в России открылось несколько специальных школ для детей-инвалидов, но, к сожалению, данный опыт не получил широкого распространения. Во второй половине XIX века началось открытие образовательных учреждений для детей с отклонениями (глухие, слепые, умственно – отсталые). Начинаются исследования детей, отстающих в обучении [6].

Нейропсихологический анализ проблем отклоняющегося развития, активно развиваемый в нашей стране с начала 1980-х годов, сразу зарекомендовал себя как наиболее надежный и продуктивный. В этот период активно внедряются в практику коррекционно-реабилитационные методы, разработанные многими специалистами [1].

В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

1. Недуг - аномалия, связанная с психологическими, либо физиологическими, либо анатомическими структурами;

2. Ограниченные возможности – любое ограничение, в результате потери способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность, которая считается нормальным для человека;

3. Недееспособность (инвалидность) – какое-либо следствие дефекта или ограниченных возможностей конкретного человека, из-за которого у человека возникают препятствия или ограничения в выполнении им какой-либо

нормативной роли (исходя из возрастных, половых и социокультурных факторов).

В 1996-1997 гг. была разработана президентская программа «Дети России», целью которой является создание благоприятных условий для жизнедеятельности детей, обеспечение их социальной защиты в период социально-экономических преобразований и реформ. [7]

Впервые в Законе «Об образовании в Российской Федерации» обучающийся с ограниченными возможностями здоровья определен как физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медикопедагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.[5]

Глубина теоретико-методологического анализа поиска составляла 18 лет (2000-2018г.г.).

Наименьшее количество работ по данной теме вышло в период с 2000 - 2005 года и 2007 - 2008, в то время как в 2017 начитывалось порядка 10 работ, рассматривающих проблемы изучения зрительных и оптико-пространственных представлений младших школьников с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с умственной отсталостью. Мы наблюдаем низкий уровень публикационной активности с тенденцией к увеличению интереса к 2018 году (Рис. 1).



Рисунок 1. Диаграмма публикационной активности по проблеме изучения зрительных и оптико-пространственных представлений младших школьников с умственной отсталостью за период 2018-2000г.г. в базе данных РИНЦ (e-Library).

На втором этапе было реализовано эмпирическое исследование с сентября по ноябрь 2018 года на базе ОКСКОУ «С(к)о школа-интернат VIII вида № 3» г. Курска, общеобразовательная школа г. Курска.

В экспериментальную группу вошло 10 детей 10-11 лет с умственной отсталостью, в контрольную группу - 10 детей того же возраста с нормальным развитием.

Применены нейропсихологические пробы: «Реалистическое изображение предметов» - зрительно предметное восприятие; «Перечёркнутые контурные изображения предметов» - зрительное предметное восприятие; «Наложенные контурные изображения предметов» - зрительное предметное восприятие; «Химеры» - зрительное пространственное восприятие; «Незаконченные изображения предметов» - зрительное предметное восприятие.

В логике исследования проводились консультации с классными руководителями младших школьников с целью уточнения психолого-педагогических особенностей детей. Осуществлялось исследование контрольной и экспериментальной группы по соответствующим методикам. С каждым ребёнком работа проводилась индивидуально. Результаты обследования фиксировались в индивидуальных протоколах, с последующей качественной и количественной обработкой и интерпретацией. Проведен сравнительный анализ результатов первой и второй группы.

Успешность выполнения заданий методики оценивалось по балльной системе по шкале оценки выполнения проб Л.И. Вассермана (от 0 до 3 баллов), где 0 – отсутствие ошибок; 1 – 1,2 ошибки, при возможности ребенка к самостоятельной корректировке своих действий; 2 – ошибки умеренной тяжести, без возможности самокоррекции; а 3 – отсутствие правильных ответов. Каждое задание оценивалось по отдельности, далее высчитывалась сумма баллов за все задания, за серию и исходя из этого, дети были отнесены к определенным группам по соответствующим показателям.

В соответствии с данной шкалой оценивания, выделялось 3 группы (уровня) выполнения проб:

1. Высокий – ребенок не допускает ошибок при выполнении;
2. Средний – ребенок допускает ошибки;
3. Низкий – Ребенок не дает ни одного правильного ответа.

В результате первичной обработки средние значения по пробе на узнавание «Реалистических изображений предметов» в контрольной группе равно 0,4, в



экспериментальной группе – 1,5; «Перечеркнутые контурные изображения» - в контрольной группе средние значения равны 0,4, в экспериментальной – 0,5; «Наложенные контурные изображения предметов» – в контрольной группе средние значения равны 0,3, в экспериментальной – 1,3; «Химеры» - в контрольной группе – 0,3, в экспериментальной – 1,2; «Незаконченные изображения предметов» - в контрольной группе – 0,6, в экспериментальной – 1,5.

Таким образом, все дети с умственной отсталостью отнесены ко второй группе. Значимость различий по критерию Манна Уитни равна $U_{эмп} \leq U_{кр}$ ($p \leq 0.01$), что свидетельствует о том, что связь обнаружена на высоком уровне статистической значимости.

По результатам проведения II этапа работы с детьми с умственной отсталостью, нам удалось установить статистически значимую положительную корреляцию между пробой «Перечеркнутые контурные изображения» и количеством выделенных категорий в методике «Наложенные контурные изображения» ($R=0,82$, $p\text{-value}=0,003237$, $p < 0,05$).

В контрольной группе статистически значимые корреляции не выявлены.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у детей с умственной отсталостью часто наблюдаются дефекты развития восприятия. Они испытывают затруднения при необходимости узнать предметы на контурных или схематических изображениях, особенно если они перечеркнуты или перекрывают друг друга. В результате эксперимента было выявлено, что у детей с диагнозом легкая умственная отсталость отмечается недостаточный уровень развития оптико-пространственных представлений.

Следует так же отметить, что большего трудностей возникало, когда ребенку предлагалось узнать изображения по отдельным элементам предмета.

Список литературы

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы: учеб. пособие / Л. И. Акатов. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 368 с.
2. Ближенская Н.В., Кузнецова А.А. Психолого-педагогическое воздействие в развитии свойств внимания детей дошкольного возраста//Коллекция гуманитарных исследований. 2017. № 6 (9). С. 56-66.

3. Демчева Н.К., Пронина Л.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств среди детского населения (0–14 лет) в российской федерации в 2008–2011 гг.//Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 1. С. 3-13
4. Никишина В.Б., Мордич Л.Н. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития . Учеб. пособие / Курский гос. мед. ун-т. Курск, 2003.
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2007 — 474 с.
6. Федеральный закон от 8.06.2007 № 163249-4- ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья», изд. «Собрание законодательства РФ», № 31, ст. 3823
7. [Электронный ресурс] // <http://docs.cntd.ru/document/9035063> (дата обращения 30.10.2018)
8. [Электронный ресурс] // <http://www.gks.ru/> (дата обращения 09.11.2018)

ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Константинова Ю.О.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. В статье рассмотрены особенности пищевого поведения в подростковом возрасте на примере учащихся 8, 10 классов и студентов 2 курса. В результате бесед и проведения специальных методик были проанализированы особенности пищевого поведения у подростков, а так же осуществлено выявление значимых различий в особенностях пищевого поведения в подростковом и юношеском возрасте.

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

FEATURES OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE

Konstantinova Y.O.

Abstract. The article considers the peculiarities of eating behavior in adolescence by the example of pupils of 8th, 10th grades and 2nd year students. As a result of interviews and special techniques, the features of eating behavior in adolescents were analyzed, and significant differences in the characteristics of eating behavior in adolescence and adolescence were also identified

Key words: food behavior, eating disorders, bulimia, eating disorder factors, adolescence.

Пищевое поведение и связанные с ним поведенческие реакции являются сложноорганизованным процессом, который начинает формироваться с момента рождения [4]. Еще в раннем возрасте разные процессы начинают интегрироваться в целостную систему, которая включает в себя целый ряд структур и функций организма, начиная от анатомо-физиологических звеньев и заканчивая высшими психическими [6, 9].

Пищевое поведение рассматривается как ценностное отношение к пище и ее приему, как определенный стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию [1, 3, 8].

Классификация нарушений пищевого поведения включает следующие расстройства:

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- атипичные нарушения пищевого поведения (или нарушения пищевого поведения, нигде более не классифицируемые) [5, 7].

Целью эмпирического исследования является выявление особенности пищевого поведения в подростковом возрасте.

Задачи исследования:

1. Осуществление диагностического исследования особенностей пищевого поведения у подростков.
2. Осуществление диагностики нарушения пищевого поведения в подростковом возрасте [2].
3. Выявление значимых различий в особенностях пищевого поведения в подростковом и юношеском возрасте.

Объект исследования: особенности пищевого поведения. Предмет исследования – особенности пищевого поведения в подростковом возрасте.

Эмпирическая база исследования. В исследовании приняли участие учащиеся 8 класса МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №27 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла им. А. А. Дейнеки» г. Курска (20 человек), 10 класса МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №23 с углубленным изучением английского языка» г. Орла (30 человек), студенты Курского государственного медицинского университета (20 человек).

Методический инструментарий. В качестве методического инструментария были использованы следующие методики:

- Голландский опросник пищевого поведения; (Стриен Т. В., 1987).
- Опросник Eat - 26 (отношение к приему пищи) (Ф. Зимбардо, 1979).
- Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП). (О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи, 1986).
- Исследование профиля функциональной асимметрии (Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1988).

Для статистической обработки полученных результатов методы статистической обработки – описательной (нахождение среднего, стандартного отклонения), сравнительной статистики (U-критерий Манна-Уитни), Excel, Statistica 8.0.

Решая задачу исследования особенностей пищевого поведения у подростков, получили следующие результаты.

У учащихся 14-15 лет, согласно результатам «Голландского опросника пищевого поведения», были выявлены следующие типы пищевого поведения: у половины испытуемых наблюдается нормальное пищевое поведение (норма) (47%), у четверти опрошенных экстернальное (24%), у четырех человек ограничительное (19%) и всего у двух человек эмоциогенное (10%). Всего в опросе в 8 классе принимало участие 20 человек.

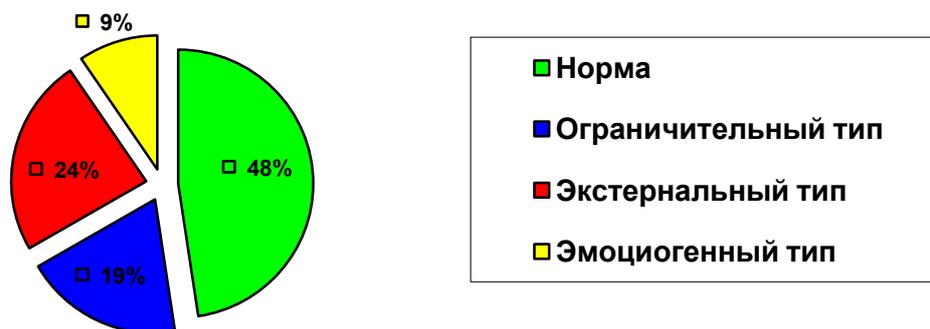


Диаграмма 1. Типы пищевого поведения у детей 14-15 лет

Согласно полученным результатам исследования можно сделать вывод о том, что среди учеников 8 класса не распространена проблема нарушения пищевого поведения. Результаты подавляющего большинства свидетельствуют об отсутствии подобных заболеваний.

По результатам голландского опросника пищевого поведения у учащихся были установлены следующие типы пищевого поведения: нормальное пищевое поведение (норма) (33%), что составляет около третьей части, ограничительное (20%), у четырех человек экстернальное (20%) эмоциогенное (5%). Всего в опросе в 10 классе принимало участие 30 человек.

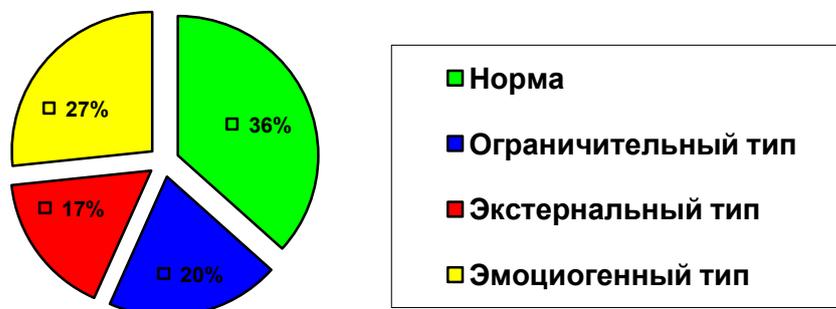


Диаграмма 2. Типы пищевого поведения у детей 10 класса

Согласно полученным результатам исследования можно сделать вывод о том, что среди учеников 10 класса прослеживается яркая тенденция к увеличению степени выраженности нарушения пищевого поведения. По результатам ШОПП у большинства испытуемых наиболее высокой является шкала перфекционизма, что свидетельствует о неадекватно завышенных ожиданиях в отношении высоких достижений, а так же о неспособности прощать себе недостатки. У испытуемых с преобладающим эмоциогенным поведением на высоком уровне оказались шкалы неудовлетворенности собственным телом и булимией, что означает, что определенные части тела

(бедро, грудь и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые, а так же наблюдается побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения.

В ходе обработки результатов исследования третьей экспериментальной группы (студентов) стало ясно, что только у 10 % (2 из 20 человек) анкетирование не выявило никаких пищевых отклонений, остальные 90 % опрошенной аудитории предрасположены к той или иной группе пищевых отклонений. Этот тревожный показатель дает наглядное представление о существующей картине пищевых нарушений у студентов второго курса высшего учебного заведения.

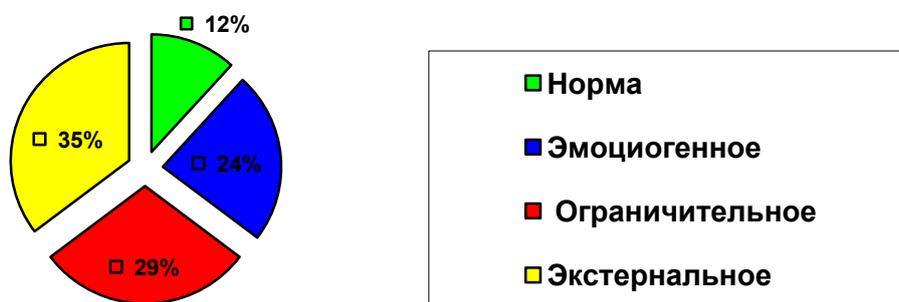


Диаграмма 3. Типы пищевого поведения у студентов 2 курса

Можно сделать вывод о том, что среди студентов 2 курса прослеживается небольшой спад проявлений нарушения пищевого поведения, но все равно результаты о предпосылках к развитию нарушения также присутствуют.

Полученные результаты указывают на то, что среди испытуемых наиболее ярко выражен экстернальный тип поведения. Для такого типа характерно поглощение пищи, руководствуясь ее видом и запахом. Важно отметить, что самый высокий балл по данной шкале был выявлен среди студентов. Эмоциогенный тип пищевого поведения выражен несколько слабее, чем предыдущие, но также есть испытуемые, у которых данный тип пищевого поведения является доминирующим. Это значит, что прием пищи у людей с подобным типом поведения может быть вызван их эмоциональным состоянием: находясь под влиянием стресса, радости, нервозности и т. д., возникает желание заесть переживания.

Сравнив между собой результаты по возрастам, можно сделать вывод о том, что наиболее ярко выражены все виды нарушения пищевого поведения у группы 19-20 лет. Это значит, что наиболее интенсивное развитие нарушения пищевого поведения приходится на возраст 19-21 год.

На основании методики ШОПП были получены следующие результаты (диаграмма 5). Наиболее высокие показатели практически по всем шкалам были выявлены у подростков 16-17 лет. Также можно заметить, что к 19-20 годам выраженность признаков почти всех шкал снижается.

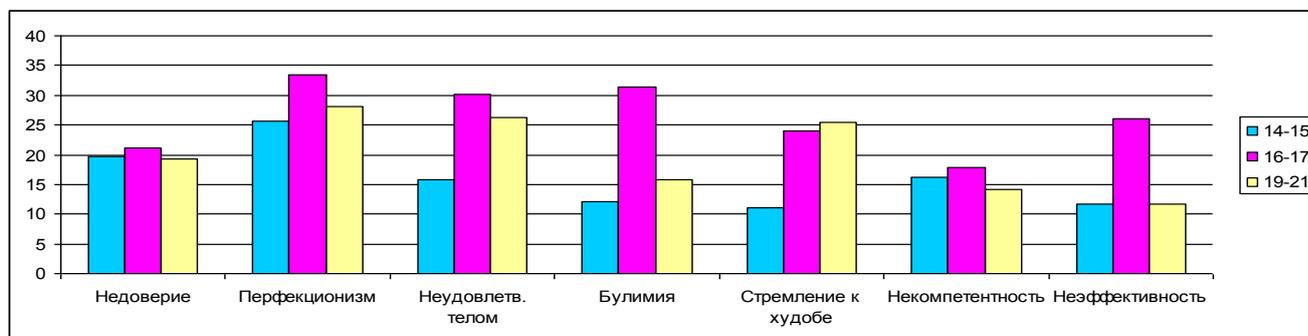


Диаграмма 5. Результаты ШОПП

Таким образом, полученные результаты могут дать представление о существующей картине пищевых нарушений у учащихся старших классов общеобразовательных школ и студентов второго курса КГМУ. В диаграмме 5 представлены обобщенные результаты по данным всех 68 участников исследования.

Проведенное исследование показало, что лишь у трети опрошенной аудитории отсутствуют пищевые нарушения, остальные опрошенные оказались предрасположены к той или иной группе пищевых отклонений. Такой неутешительный показатель указывает на тенденцию к усугублению состояния здоровья подрастающего поколения. Данная ситуация требует внедрения мер профилактики на различных уровнях, а некоторых случаях, терапии и медицинского сопровождения.

Список литературы

1. Запесоцкая И.В. Динамика структуры субъектности в онтогенезе // Ученые записки Российского государственного социального университета. - 2011. № 6 (94). - С. 249-252.
2. Келина М. Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения. Вестн. Московского государственного лингвистического университета. 2012. – 158с.
3. Кольшко А.М. Психология самоотношения. Гродно: ГрГУ. Кон ИС. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 2004. – 234 с.

4. Коркина М.В., Цивилько МА, Марилов ВВ. Нервная анорексия. – М: Медицина, 1986. – 276 с.
5. Менделевич В. Д. Пищевые зависимости, аддикции – нервная анорексия, нервная булимия/ В.Д.Менделевич. – СПб: Речь, 2007. – 225 с.
6. Марилов В. В., Сологуб особенности и диагностические критерии нервной булимии. Журн. невропат. и психиатр. –2006. –№6. С. 106.
7. Погожева А. В. Основные нарушения пищевого поведения и их коррекция. Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15. № 4. С. 87-90.
8. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: клиничко – биологический подход. Медицинский журнал. 2002. №1. (1). С. 82-87.
9. Шумаков А.Ю. Инновационные технологии формирования психогигиенических компетенций у студентов медицинского вуза // В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход Материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. Курский государственный медицинский университет; Под редакцией Ткаченко П.В., - 2016. - С. 311-314.

СПОСОБНОСТЬ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ: ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ

Коробьина Ю.О.

Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань, Россия
Научный руководитель: канд.психол.н., доцент Ахметзянова А.И.

Аннотация. В статье представлены теоретические аспекты изучения прогнозирования. Были выявлены тенденции развития антиципации в зависимости от временных контекстов, изменений представлений о душе, психике, мышлении. Об актуальности изучения прогнозирования свидетельствуют масштабные исследования и разработки в этой области ученых Казанской школы. Формирование прогностической компетенции приходят на дошкольный период в развитии, когда наиболее интенсивно происходит развитие психических функций, особенно речи, поэтому необходимо проводить исследования особенностей процесса антиципации у

детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья с целью построения их маршрута.

Ключевые слова: антиципация, прогнозирование, предвосхищение, предвидение.

ABILITY FOR FORECASTING: A HISTORY OF STUDY

Korobina Yu.O.

Abstract. The theoretical aspects of the study of forecasting are presented in the article. Were identified trends in the development of anticipation depending on temporal contexts, changes in ideas about the soul, psyche, thinking. The relevance of the study of forecasting is evidenced by large-scale research and development in this area of scientists of the Kazan School. The formation of prognostic competence comes to the preschool period in development, when the development of mental functions, especially speech, occurs most intensively, therefore it is necessary to conduct research on the characteristics of the anticipation process in preschool children with disabilities in order to build their route.

Key words: anticipation, prediction, anticipation, foresight.

С давних времен ведущее положение в жизни людей принимало предвосхищение будущих событий и их прогнозирование, которое, под влиянием развития общественного сознания, с появлением новых последовательностей психической жизни преобразуется в иные значения [14].

Проблема изучения антиципации неотделима от целостности такой науки, как психология. В изучении процессов и механизмов людского поведения невозможно не затрагивать вопросы прогнозирования, экспектации, предвосхищения и опережающих событий или действий. Ученые трактуют данный термин как одинаковый процесс, психическое явление [3].

Прогнозирование относится к способности предсказать будущие чувства. Учеными было обнаружено, что у людей наблюдаются систематические аффективные предвзятости прогноза, которые включают переоценку интенсивности и продолжительности будущих чувств [27].

В категориальный аппарат психологии термин «антиципация» был введен В. Вундтом (1880). Он рассматривал данное понятие как возможность человека представить результат собственной деятельности до того, как она будет

совершена. Ученый говорил, что это происходит благодаря сочетанию элементов психической регуляции.

Антиципация является специфическим когнитивно-регулятивным процессом, начало которого организуют единые механизмы работы головного мозга. Она не может существовать самостоятельно, так как всегда функционирует в конкретной системе, представляя из себя звено между оценкой собственного состояния объекта и организацией способов взаимодействия [7].

G. Kelly под проблемой предвосхищения событий подразумевает принцип личностного поведения, который определяется способностью людей прогнозировать будущее. Антиципация определенного человека в психологическом плане направляется в зависимости от его собственных интерпретаций отдельных событий. Системы конструкторов, которые человек выстраивает самостоятельно, позволяют каждому интерпретировать окружающую действительность. Важно то, что у человека остаются только те конструкторы, которые способствуют правильному выбору прогноза изменений [26].

Этапы формирования антиципации в науке учитывают во взаимосвязи ее периодизации в психологии. Этапу донаучного развития прогнозирования (приблизительно до 6 века до нашей эры) присуще отсутствие научных объяснений, исследований человеческой психики, происходит формирование паралогической фазы прогнозирования. В эпоху античности зарождается следующий, философский этап, в котором закладывается основа научного подхода в изучении души. Следующей фазой формирования предвосхищение приобретает в Средние века, когда главенствующее положение начинает занимать религия. Теологическая фаза характеризуется как предсказание будущего божественными силами [14]. Уже с возникновением ассоцианистичной психологии развивается логическая антиципация, чему содействовало преобразование научности мышления. Границы этой фазы определяются от начала основания В. Вундтом экспериментальной лаборатории в 1879 году, во время становления психологии как самостоятельной наукой, и до нашего времени [8].

Действующий подход к вопросам антиципации сложился с течением времени. Одной из ранних работ, посвященных проблемам прогнозирования, стала книга «Предвидения» Г. Уэллса, которая была издана в 1901 году [18].



Выделяют разносторонние подходы в изучении предвидения. Прибегая к структурно-уровневому аспекту относительно исследования предвосхищения ученые Б.Ф. Ломов и Е.Н. Сурков (1980) характеризуют ее как вид опережающего воспроизведения действительности, включающую большой диапазон психических функций. Психофизиологическим рассмотрением антиципации занимались такие ученые, как В.М. Русалов (1986), Н.А. Бернштейн (1991), П.К. Анохин (1998), их интересовали врожденные условия, механизмы возникновения предвосхищения событий.

Такой термин как вероятностное ожидание в описании прогнозирования в рамках когнитивно-поведенческого подхода применили в своих исследованиях Дж. Брунер (1977), У. Найссер (1981), Д. Миллер (2000). Генетические исследования антиципации на этапах онтогенеза описывали в своих работах Е.А. Сергиенко (1997), Л.А. Регуш (2003).

И.М. Фейгенберг (2008), В.Д. Менделевич (2018) в своих работах выделяют клинический аспект в изучении антиципации. Ими были изучены особенности формирования прогнозирования как в норме, так и при патологии, ученых интересует связь личностных свойств с антиципационной состоятельностью. Изучение деятельности в данной проблеме анализируется в трудах Б.Ф. Ломова (1980), А.В. Брушлинского (1978), Л.А. Регуш (2003). Ситуационный аспект применили в своих работах Л. Росс и Р. Нисбетт (2000). Ученые изучали антиципацию в быту людей, ими была выявлена важность социального контекста и определенных сложившихся ситуаций в предвосхищении.

Во второй половине XX века благодаря исследованиям советских психологов стали интенсивно продвигаться научные разработки в проблемах изучения прогнозирования. Впервые И.М. Фейгенберг и В.А. Иванников в работе «Вероятностное прогнозирование и преднастройка к движениям» (1978) определили вероятностное прогнозирование, напрямую пересекающееся с термином антиципация. Это предвидение будущих событий, основанных на вероятностном подходе относительно пережитого опыта и знании о самой ситуации [24].

В.Д. Менделевич (2018) говорит, что благодаря исследованиям таких отечественных психологов как И.М. Фейгенберг (1978), Б.Ф. Ломов (1980), А.В. Брушлинский (1978) и других начали деятельностно развиваться вопросы относительно вероятностного прогнозирования.

Научное рвение к вопросам антиципации в советской психологии был основан на идеях физиологической кибернетики и физиологии активности. Это выделяется в трудах выдающихся физиологов - П.К. Анохина (1998) и Н.А. Бернштейна (1991). Общим в их разработках является признание важнейшей роли «опережающего отражения» и «моделирования будущего» в процессах регуляции человеческой активности.

П.К. Анохин (1998) выделял то, что регулятором в предсказании будущих явлений выступает центральная нервная система человека. Предвидение как функция головного мозга является следствием формирования цели поведения. Предвидение результатов и формирование эффективной команды к действию развиваются почти одновременно.

Потребность людей иметь представления о будущих событиях способствовали в XX веке формированию прогностики – науки о закономерностях разработки прогноза [18]. Были выявлены механизмы, лежащие в основе способности предсказывать будущие чувства [27].

Проблема исследования антиципации и вероятностного прогнозирования в последнее время активно обсуждается представителями разных наук [25]. Современные исследования в этой области ведутся в двух ракурсах – с позиции как нормы, так и патологии, на стыке психологии и медицины [17].

На сегодняшнее время выделяют три основные функции антиципации: регулятивную, отвечающую за целеполагание и регуляцию деятельности; когнитивную, связанную с восприятием, воображением, мышлением и памятью; коммуникативную, без которой невозможно осуществление речевой деятельности и социального взаимодействия [25].

Л.С Выготский в работе «Воображение и творчество в детском возрасте» (1967) говорит о детских фантазиях, о том, как дети представляют будущее, тем самым ученый затрагивает проблемы прогнозирования в детском возрасте.

Большое число ученых пришли к выводу о том, что формирование прогностической деятельности наиболее интенсивно проходит в дошкольном и младшем школьном возрасте, как раз в тот период, когда речь и общение для ребенка обретают первостепенный характер. С одной стороны, ребенок озвучивает свои прогнозы, желаемые результаты своих действий, с другой стороны он прогнозирует, выстраивает план высказывания. Используя речь, общение ребенок расширяет свой опыт, постепенно у него формируется, развивается прогностическая компетентность, способность предугадать, предвидеть исход событий [16].

В аспекте современных исследований активно изучается способность к прогнозированию у детей с различными отклонениями в развитии. Проводя исследование прогностической способности детей с нарушением зрения, Т.В. Артемьева (2018) выделяет, что младшие школьники с ограниченными возможностями здоровья не так успешны в осуществлении прогноза, чем их нормотипичные сверстники.

Проведенное теоретическое исследование позволяет сказать, что ведется большая работа по изучению антиципации, однако необходимо дальнейшее исследование прогностической компетентности, особенно у детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста. Это необходимо для того, чтобы построить коррекционно-образовательный маршрут ребенка с нарушениями в развитии.

Список литературы

1. Анохин, П.К. Избранные труды: Кибернетика функциональных систем / под ред. К.В. Судакова. М.: Медицина, 1998. 400 с.
2. Артемьева, Т.В. Дефицит прогностической компетентности младших школьников с нарушениями зрения / Т.В. Артемьева, Я.Г. Гаранина // Альманах казанского федерального университета: сб. тр. науч.-практич. конф. – Казань: КФУ, 2018. – С. 10-16.
3. Ахметзянова, А.И. Теоретический анализ представлений о развитии антиципирующей функции психического отражения / А.И. Ахметзянова // Гуманитарные и социальные науки. – 2015. – №3. – С. 233-249.
4. Бернштейн, Н.А. О ловкости и ее развитии. М., 1991. – 288 с.
5. Брунер, Дж. Психология познания. За пределами непосредственной информации. – Москва: Прогресс, 1977.
6. Брушлинский, А.В. Проблема развития и психология мышления / Принцип развития в психологии. М., 1978.
7. Волоткевич, О.В. Антиципация как условие прогнозирования и регуляции поведения несовершеннолетних осужденных в период отбывания ими наказания без лишения свободы / О. В. Волоткевич // Международный пенитенциарный журнал. – 2018. – Т. 4(1–4), № 2. – С. 112–115.
8. Вундт, В. Введение в психологию / В. Вундт. 3-е изд. — М.: КомКнига, 2007. – 168 с.

9. Вундт, В. Основания физиологической психологии. СПб., 1880.
10. Выготский, Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте: психологический очерк / Л.С. Выготский. –2-е. изд., – М: Просвещение, 1967. – 92 с.
11. Ломов, Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности / Б.Ф. Ломов, Е.Н. Сурков. М., 1980.
12. Менделевич, В.Д. антиципационные механизмы неврозогенеза / В.Д. Менделевич. – М.: Городец, 2018. – 448 с.
13. Миллер, Д. Планы и структура поведения / Д. Миллер, Ю. Галантер, К. Прибрам. М., 2000., 238 с.
14. Миськов, Г.В. Исторические основы формирования понятия антиципация в модернизационных процессах современной психологии / Г.В. Миськов // Issues of upbringing and teaching in the context of modern conditions of objective complication of the person's social adaptation processes: сб. тр. науч.-практич. конф. – Лондон: Международная академия наук и высшего образования, 2017. - С. 51-53.
15. Найссер, У. Познание и реальность. – М.: «Прогресс», 1981. – 225 с.
16. Нигматуллина, И.А. Современные аспекты изучения коммуникативной функции антиципационной состоятельности / ИА. Нигматуллина, Ф.Р. Яппарова // Образование и личность: разнообразие зон развития: сборник междунар. науч.-практич. конф. - Казань: НОУ ДПО «Центр социально-гуманитарного образования», редакционно-издательский центр «Школа», 2017. - С. 79-81.
17. Ничипоренко, Н.П. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения личности [Текст] / Н.П. Ничипоренко, В.Д. Менделевич // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2010. – Т.42, №3. – С. 47-50.
18. Регуш, Л.А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Л.А. Регуш. – СПб., Речь, 2003. – 352 с.
19. Росс, Л. Человек и ситуация. Уроки социальной психологии: пер. с англ. В.В. Емельянова, В.С. Магуна / Л. Росс, Р.М. Нисбетт. М.: Аспект Пресс, 2000. - 429 с.
20. Русалов, В.М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека / В.М. Русалов // Психол. журн. 1986. Т. 7. № 4. С. 23-35.

21. Сергиенко, Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека // Дис. докт. психол. наук в форме научного доклада: 19. 00. 01. М., 1997.
22. Сычев, О.А. Проявление оптимизма-пессимизма в антиципации / О.А. Сычев // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2008. №9. – С. 56-62.
23. Фейгенберг, И.М. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека и поведении животных: монография / И.М. Фейгенберг. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 190 с.
24. Фейгенберг, И.М. Вероятностное прогнозирование и преднастройка к движениям / И.М. Фейгенберг, В.А. Иванников. – МГУ Москва, 1978. – 112 с.
25. Фролова, А.В. Специфика исследования феномена антиципации в речевой деятельности [Текст] / А.В. Фролова // Вестник ТГГПУ. 2010. №20.
26. Kelly, G. The psychology of personal constructs. International Handbook of Personal Construct Psychology. N.-Y. 1955. 424.
27. Miloyan, B. Suddendorf T. Feelings of the future. Trends in cognitive sciences. 2015. 19(4). 196-200. DOI: 10.1016/j.tics.2015.01.008.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЛОБНО- ТЕМЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

Краснов В.С., Коробкин Н.Э.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: д.психол. н., профессор кафедры
коррекционной психологии и нейропсихологии профессор В.Б. Никишина**

Аннотация. В данной статье представлено описание клинического случая пациента с острым нарушением мозгового кровообращения лобно-теменной локализации. Был подробно описан его неврологический и нейропсихологический статус. Кратко изложены реализуемые этапы и методы восстановительного обучения применительно к данному пациенту.

Ключевые слова: афферентная моторная афазия, нейропсихологическая диагностика, острое нарушение мозгового кровообращения.

**NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN ACUTE
CEREBROVASCULAR DISORDER OF FRONTAL-PARIETAL
LOCALIZATION: CLINICAL CASE OF AFFERENT MOTOR APHASIA**

Krasnov V. S., Korobkin N. E.

Abstract: This article presents a description of the clinical case of a patient with acute cerebrovascular accident of fronto-parietal localization. His neurological and neuropsychological status was described in detail. The stages and methods of rehabilitation education applied to this patient are briefly described.

Key words: afferent motor aphasia, neuropsychological diagnosis, acute cerebrovascular accident.

Афферентная моторная афазия возникает при нарушении нижних отделов постцентральной области левого полушария. Возникшие артикуляционные дефекты, которые составляют основу данного нарушения, могут быть расценены как следствие нарушения кинестетической организации двигательных актов [4]. При возникновении данного нарушения основным проявлением можно считать затруднения подбора нужного положения языка и губ, обобщенно данный симптом представляет собой потерю избирательности иннервации артикуляционных актов [5]. Характерные признаки афферентной моторной афазии: замена отдельных артикуляций, затруднения в подборе нужной артикуляции, низкая степень выраженности патологической инертности речевых актов, нарушение письма и чтения [2].

А. Р. Лурия указывает на две основополагающие фазы восстановления артикуляций: фаза фиксации и фаза дифференциации усвоенного комплекса движений. Фаза фиксации представляет собой перевод действий элементарного рефлекторного уровня на уровень высших корковых систем. Фаза дифференциации в свою очередь отражает переход от практического действия орального аппарата к собственно речевым артикуляциям [6]. Дальнейшие фазы восстановительного обучения содержат задачу овладения пластичностью изменения, которым подвергаются артикулемы в зависимости от позиции звука в слове [3].

Целью настоящего исследования было выявление нейропсихологических особенностей, возникших в результате ишемического острого нарушения мозгового кровообращения лобно-теменной локализацией на примере анализа конкретного клинического случая.

Пациент Б., 64 года. Был госпитализирован в ноябре 2017 года в результате острого нарушения мозгового кровообращения. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Образование высшее. Хронические заболевания: подагра, артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь. Жалобы: повышенное давление, бессонница, слабость в правой руке и ноге, непроизвольное мочеиспускание.

Обследование пациента осуществлялось с использованием следующих методов: аппаратные методы функциональной диагностики (КТ); набор нейропсихологических проб.

Неврологический статус: пациент в сознании, на вопросы отвечает кивками головы. Зрение снижено, определяется выпадение периферических полей зрения в правом глазу. Наблюдается снижение силы в правой руке – 12, Снижение силы в правой ноге – 4. Наличие рефлекса Бабинского в обеих стопах. Расширение рефлексогенных зон. Наблюдается сниженная чувствительность в правой руке и ноге. Координаторные пробы выполняет без ошибок.

Результаты функциональной диагностики. По результатов компьютерной томографии от 10.11.17 в левой лобной и теменной долях определяется четко очерченная гиподенсивная зона размерами 46*42 мм., с довольно четкими контурами. В стволе слева по ходу проводящих путей отмечается гиподенсивная зона размерами 31*7 мм. Средние структуры не смещены. Левый желудочек расширен, пододвинут в сторону изменений. Субарахноидальные пространства левого полушария мозга расширены. Базальные структуры не деформированные. Отмечается уплотнение слизистой левой верхнечелюстной пазухи, частично попавшей в зону сканирования.

Результаты нейропсихологической диагностики количественно оценивались по критериям: темп, точность, дифференцированность, координированность, по шкале Л. И. Вассермана. Описание балльных оценок: 0 – отсутствие ошибок выполнения или «неспецифические» ошибки для конкретной пробы; 1 – слабовыраженные нарушения, одна или две ошибки, самостоятельно исправленные испытуемым; 2 – нарушения средней степени тяжести, отсутствие возможности самостоятельного выполнения пробы,

решение только на основе подсказок экспериментатора; 3 – грубые нарушения, невозможность выполнения пробы [1].

Результаты нейропсихологического обследования: молчалив, на вопросы отвечает только кивками головой, часто спонтанно пытается невнятно что-то сказать (дю-дю-дю, ди-дю-дю), инструкцию понимает и удерживает, сверхинтенсивная жестикуляция, мимические проявления снижены, результатами исследования не интересуется, моментами проявляет негативизм по отношению к исследованию, работоспособность снижена. Свое имя и возраст из нескольких записанных чисел и имен указывает верно.

Со слов родственников установлен левополушарный профиль латеральной организации верхних и нижних конечностей. Ведущее ухо и глаз правые. Исследования внимания таблицами Шульте не привело к достоверному результату динамики работоспособности, так как поиск чисел выполнялся случайным образом. Исследование зрительного гнозиса выявило ошибки в идентификации наложенных и перечеркнутых изображений. Из 3 заданных предметов испытуемый обводил пальцем лишь один или два контура, после чего выбирал название предмета на карточках. Диагностика зрительно-пространственного гнозиса не выявила ошибок выполнения проб.

Исследование зрительно-образной памяти производилось за счет воспроизведения запомненных ранее 6 цветных картинок. Испытуемый воспроизвел 4. Последовательность воспроизведения не соответствует исходному. Наличие ошибок дифференцированности при указывании на предъявленные стимулы (перепутал козу и овцу, сливы и груши). Наводящие вопросы исследователя повышали продуктивность выполнения пробы.

Грубая моторика правой ноги и руки ослаблена. При исследовании динамического праксиса пробой «кулак-ребро-ладонь» были получены следующие результаты: темп выполнения медленный; наличие ошибок точности (после ладони показывает кулак), дифференцированности (отводит большой палец, недостаточный позный тонус) и координированности (отстукивание поз руки и переход выполнения с мелкой моторики на грубую моторику). Указание на ошибочное выполнение повышает продуктивность выполнения. Самостоятельное выполнение пробы производится после 15-20 повторений. Выполнение без зрительного контроля увеличивает количество вышеуказанных ошибок и приводит к возникновению новых ошибок (включение дополнительных поз руки – перевернутый кулак). Проба «кулак-ладонь» по М.Б. Эйдиновой выявила затруднения в переключаемости



испытуемого на инструкцию другого рода. Заданные движения руки производились в грубой форме. Указание на отсутствие плавности в одновременном сгибании пальцев и разгибании локтевого сустава не повлияло на коррекцию выполнения пробы. Проба позы пальцев рук выполняется с множественными ошибками дифференцированности. Отдельные пальцы при достаточной идентификационной и пространственной точности имеют искажения по сравнению с предъявляемыми положениями рук.

Исследование тактильного гнозиса выявило снижение темпа выполнения. Испытуемый указывал на верную локализацию прикосновения после затяжной паузы. Схема тела не нарушена. Все части тела указываются верно.

При решении простых арифметических задач наблюдаются ошибки в пределах одной-трех единиц, при этом на просьбу указать в ряду нужную цифру испытуемый справляется без ошибок. Понимание логико-грамматических конструкций на основе карточек сравнительных конструкций и конструкций родительного падежа и предметов разной яркости нарушено. Испытуемый неверно указывает более темный предмет или предмет, который находится в двойственных отношениях к другим предметам (просьба показать предмет, который располагается слева от креста и сверху от квадрата).

Исключение четвертого лишнего не выявило ошибок указания на объект, качественно отличающийся от остальных. Ошибки обнаруживались только в более сложных карточках. Письмо испытуемого выявило разотождествление буквенного обозначения и смысла символа, так испытуемому на ранних этапах восстановительной работы было сложно отличать буквы а, о, у. Исследование фонематического слуха также дало подобные результаты. Артикуляционный праксис выявил неспособность испытуемого воспроизводить артикуляционные позы губ и языка как по аудиальной инструкции, так и по зрительной инструкции. Ошибки отсутствовали только при самых простых позах (улыбка, открыть рот, оскал зубов).

Восстановление. Производилось в два этапа. Первый этап: комбинирование символической функции с динамической пробой «кулак-ребро-ладонь», при котором каждое положение руки соответствовало определенной фонеме (а, о, у) при постоянной зрительной фиксации на карточках, на которых отображены их буквенные обозначения. Со временем спектральный фонематический состав расширялся за счет включения дополнительных поз рук (перевернутый кулак) и зеркального отражения артикуляционного аппарата испытуемого. Второй этап: за счет символических

действий (удивление, понимание и др.) дифференцировался фонематический состав. Активно применялось зеркало при работе с пациентом для его самостоятельной коррекции оральных поз.

Заключение: в ходе проведенного исследования выявлено снижение работоспособности, снижение зрительно-образной памяти, нарушения динамического праксиса, нарушение письма, непонимание логико-грамматических конструкций, нарушение артикуляционного праксиса, расстройство фонематического слуха. Описанная симптоматика обусловлена лобно-теменной гиподенсивной областью, которая возникла в результате острого нарушения мозгового кровообращения.

Вывод: нами был рассмотрен клинический случай пациента, имеющего инсульт лобно-теменной локализации, который привел к возникновению афферентной моторной афазии. Произведенная программа восстановления с высокой эффективностью повлияла на компенсацию нарушенных речевых функций.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. СПб / Стройлеспечать. 1997. С. 36-37.
2. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. - М., 1962. С. 160-165.
3. Лурия А. Р. Травматическая афазия. — М., 1947. С. 288-300.
4. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Запесоцкая И.В. Восприятие эмоций у больных с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. Т. 115. - № 10. - С. 4-9.
5. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Реципрокная организация конструктивной деятельности у пациентов с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. Т. 117. - № 3-2. - С. 79-89.
6. Шутеева Т.В., Никишина В.Б., Петраш Е.А. Неврологический и нейропсихологический статус при энцефалопатии Вернике: клинический случай / Неврологический вестник. 2017. №3. С. 79-83.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ЛОКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЧМТ В ВИСОЧНОЙ ДОЛЕ В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Кузминчук Д.Е., Перепечко В.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: д. психол. н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии профессор В.Б. Никишина

Аннотация. Актуальность данной работы представлена распространенностью такой неврологической патологии, как черепно-мозговой травматизм. Целью работы является исследование динамики восстановительного обучения локомоции при ЧМТ с нарушением в височном отделе на примере клинического случая. Предметом изучения является динамика восстановительного обучения локомоторных функций. Методологическими основаниями стратегий восстановительного обучения стали: теория А.Р. Лурии, научные труды Цветковой Л. С. и Балашовой Е. Ю. В качестве объекта изучения выступил: пациент 25 лет после перенесения ЧМТ. Восстановительные процедуры были начаты в первую неделю после травматизации. Были сделаны выводы о значимости неинвазивных методов восстановления нарушенных функций головного мозга при ЧМТ.

Ключевые слова: ЧМТ, черепно-мозговая травма, восстановительное обучение, нейропсихология, локомоторная активность, локомоция, ВПФ, высшие психические функции, нарушение локомоторных функций, неинвазивное восстановление нарушенных функций головного мозга.

THE DYNAMICS OF THE RECOVERY TRAINING OF LOCOMOTOR FUNCTIONS IN CHMT IN TEMPORAL LOBE IN EARLY RECOVERY PERIOD

Kuzminchuk D.E., Perepechko V.V.

Abstract. The relevance of this work is presented by the prevalence of such a neurological pathology such as traumatic brain injury. The aim of the research is to study the dynamics of rehabilitation training of locomotion in TBI with a violation in the temporal region on the example of a clinical case. The subject of study is the dynamics of the restorative learning of locomotor functions. The methodological foundations of the strategies of rehabilitation education are: the theory of A.R. Luria, scientific works of Tsvetkova, L. S. and Balashova, E. Yu. The object of study was a patient: 25 years old, after transferring TBI. Recovery procedures were started in the first week after traumatization. Conclusions were made about the significance of non-invasive methods of restoring impaired brain functions in TBI.

Key words: TBI, traumatic brain injury, rehabilitation training, neuropsychology, locomotor activity, locomotion, HMF, higher mental functions, impaired locomotor functions, non-invasive restoration of impaired brain functions.

Актуальность данной работы объясняется тем, что черепно-мозговой травматизм стал наиболее встречающейся причиной неврологической патологии XXI века [3]. Повреждения мозга – одна из главных причин смертности и инвалидизации населения, и у лиц молодого возраста занимает первое место. Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы (ЧМТ) погибает 1,5 млн. человек, а 2,4 млн становятся инвалидами. Частота встречаемости ЧМТ в среднем составляет 3-4 случая на 1000 человек населения [4].

Структуры, участвующие в организации локомоторных функций: спинной мозг, мозжечок, полушария мозга с таламическими ядрами, стриопаллидарной системой и соответствующими зонами коры головного мозга, вестибулярная кора височной области [2].

Методологическими основаниями стратегий восстановительного обучения стали: теория А.Р. Лурии, научные труды Л.С. Цветковой и Е.Ю. Балашовой

Наиболее распространенным примером локомоции являются ходьба и бег, которые отличаются стереотипным движением конечностей. Для каждой формы локомоции характерны две фазы шага: опоры и переноса [1]. Нарушение локомоторных функций при ЧМТ характеризуется дезавтоматизацией движений и действий, «застреванием» на отдельных фрагментах двигательного акта (персеверации), нарушением походки и поддержания равновесия [7]. Степень выраженности данных проявлений, а так же стратегия

восстановительного обучения зависят от состояния пациентов, от сохранности их мозговых структур [8].

Анализируя возможности восстановления ВПФ, нарушенных вследствие поражений головного мозга различной этиологии, Цветкова Л.С. описывала пути восстановления высших психических процессов, которые зависят от сочетанного патогенеза ВПФ и внешних факторов.[5]

Целью данной работы является исследование динамики восстановительного обучения локомоции при ЧМТ с нарушением в височном отделе на примере клинического случая.

Предметом изучения является динамика восстановительного обучения локомоторных функций.

В качестве объекта изучения выступил: пациент В., 25 лет после перенесения ЧМТ. Из заключения МРТ: опухоль неясной этиологии в правой височной доле. Восстановительные процедуры были начаты в первую неделю после травматизации.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения госпиталя медико-санитарной части УВД по Курской области. Для изучения динамики восстановительного обучения двигательных функций была проведена полная нейропсихологическая диагностика пациента, сбор субъективного анамнеза, а так же изучение медицинской карты пациента. На данной основе был составлен индивидуальный план восстановительного обучения.

Акцентируя внимание на выявленных поражениях, было принято решение идти по пути восстановления ВПФ [4], предполагающего перемещение нарушенной локомоторной функции в сохранные отделы больших полушарий, а именно в базальные ганглии, поясную и прецентральную извилины.

Локомоторные функции оценивались по 5-и бальной шкале (0-5) по трем критериям: точность, темп, координированность, с помощью двух основных проб: скрининг-тест для оценки вестибулярной функции – «проба Уемуры», а также методика для диагностики ранних признаков нарушения локомоции – «шаговая проба Фукуды».

Определив стратегию коррекции и ее основные мишени, пациенту был назначен комплекс тренировок и заданий, в ходе которых основной задачей стояла перенесение функций из пораженной зоны в здоровую. Так же – максимальное задействование моторных зон головного мозга.

Общая длительность программы восстановительного обучения составила 30 дней с промежуточной диагностикой каждые 10 дней [6].

После первичной диагностики мишенями воздействия были выбраны прецентральная извилина. По истечению 10 дней от диагностики были выявлены тенденции к ускорению темпа с сохранными точностью и дифференцированностью. По результатам вторичной диагностики, мишени – поясная извилина и базальные ганглии. Так же, проводились замеры на 20 день с результатами: снижении темпа, но увеличение точности и дифференцированности, сохранялись при зрительном контроле. Третичная диагностика проводилась на 30 день и являлась заключительным этапом восстановительного обучения. В результате была отмечена положительная динамика локомоторных функций пациента: темп сохранялся на высоком уровне с поддержанием точности и дифференцированности, и без необходимости в зрительном контроле.

Улучшению локомоторных функций способствовала возможность регуляции восстановительной программы исходя из актуального состояния пациента на момент исследования, обеспечение самостоятельных тренировок и подбор индивидуального комплекса упражнений, а также симптомы заболевания и жалобы.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости детального изучения способов неинвазивного восстановления нарушенных функций головного мозга при ЧМТ, а так же включения локомоции в программу восстановительного обучения.

Список литературы

1. Мидори И. М., Берснев В. П., Рябуха Н. П. Характеристика черепно-мозговой травмы в городском нейрохирургическом стационаре (г. Новороссийск) // Тез. Всерос. науч. - практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2009. С. 57 – 58.
2. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Запесоцкая И.В. Восприятие эмоций у больных с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. Т. 115. - № 10. - С. 4-9.
3. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Реципрокная организация конструктивной деятельности у пациентов с ишемическим инсультом // Журнал

- неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2017;117(3). С. 79-89
4. Полищук Н.Е. // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. — М.: Антидор, 2001. Т. 2. С. 659-669
 5. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. Учебное пособие, – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. – 148 с.
 6. Шутеева Т.В., Никишина В.Б., Петраш Е.А. Неврологический и нейропсихологический статус при энцефалопатии Вернике: клинический случай // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. - 2017. Т. 49. - № 4. - С. 77-85.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К СОСТЯЗАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ТВОРЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ

Лазарева С.А.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье обсуждается необходимость психологической готовности к состязательной деятельности у детей творческих коллективов в системе дополнительного образования. Представлены обобщенные результаты эмпирического исследования с участниками детского танцевального коллектива по формированию психологической готовности к состязательной деятельности.

Ключевые слова: психологическая готовность, детский коллектив, состязательная деятельность, педагог дополнительного образования.

THE PSYCHOLOGICAL READINESS FOR COMPETITIVE ACTIVITY OF CHILDREN'S CREATIVE COLLECTIVES

Lasareva S.A.

Abstract. The article discusses the need for the psychological readiness for competitive activity in children of creative teams in the system of additional education. In this article are presented the generalized results of empirical research with participants of children's dance group on formation of psychological readiness for competitive activity.

Key words: the psychological readiness, the children's collective, the competitive activity, the teacher of additional education.

Современная система дополнительного образования ориентирована не только на удовлетворение детских и подростковых потребностей в саморазвитии и самосовершенствовании, но и содействует созданию условий для сохранения и укрепления психологического и психического здоровья и развития обучающихся [1].

В нашем исследовании мы исходили из предположения о том, что психологическая готовность к состязательной деятельности у детей творческих коллективов обозначается как психическое состояние, которое характеризуется мобилизацией ресурсов субъекта труда на выполнение конкретной деятельности. Это состояние помогает успешно выполнять свои обязанности, правильно использовать знания, опыт, личные качества, сохранять самоконтроль и перестраивать деятельность при появлении непредвиденных препятствий [4].

Наше исследование было посвящено изучению психологической готовности к состязательной деятельности у детей творческих коллективов.

В качестве гипотезы выступало следующее утверждение: чем выше уровень развития коллектива, тем выше психологическая готовность к состязательной деятельности. Занятие совместной деятельностью, в данном случае эстрадными танцами, постоянно развивает деловое общение внутри группы, при этом значительно расширяется взаимопомощь, доброжелательность.

Исследование проводилось на базе МБУ ДО «Дворец пионеров и школьников» г. Курска среди участников детского объединения современного танца в возрасте 14 - 15 лет, в количестве 30 человек. В результате мы сформировали выборку №1, в количестве 15 человек. В нее вошли дети, которые танцуют 2-3 года, по сути это сформировавшийся коллектив. Выборка №2 представлена обучающимися первого года обучения, в количестве 15 человек.

Методический аппарат исследования составили: методика «Исследование волевой саморегуляции» А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана; методика Т. Элерса по выявлению мотивационной направленности личности на достижение успеха; методика изучения психологического климата в группе «Карта – схема» А. Н. Лутошкина. Использовалось также включенное наблюдение, беседы с обучающимися и педагогами дополнительного образования.

Качественный анализ результатов исследования показал, что среди испытуемых сформировавшегося коллектива (выборка №1) преобладает высокий уровень благоприятности психологического климата, выявлен высокий уровень самоконтроля, саморегуляции и мотивации к достижению целей.

В ходе исследования мы выяснили, что высокой эффективностью совместной деятельности обладает сформировавшийся детский танцевальный коллектив (выборка №1), причем не только по конечному результату деятельности (победа в конкурсах), но и по воспитательному воздействию на каждого члена группы (большинство девочек дружат между собой).

Прямо противоположная картина наблюдается в недавно сформированном коллективе (выборка №2), в которой выявлен средний уровень благоприятности психологического климата и соответственно средние уровни самоконтроля, саморегуляции и мотивации к достижению целей у всех обучающихся.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что условия дополнительного образования, такие как: свободный выбор ребенком видов и сфер деятельности, ориентация на личностные интересы, потребности, склонности ребенка, способствуют более быстрому сплочению детского коллектива и возможности достижения успеха. Особо подчеркнем, что благополучное эмоциональное состояние обучающихся в основном явилось результатом доминирующего доброжелательного, гуманистического характера отношений с педагогами дополнительного образования. Проведенное исследование показало, что психологическая готовность к состязательной деятельности в танцевальном объединении определяется эмоциональной насыщенностью в отношениях детей, активностью обучающихся, их мотивации к образовательной деятельности, а также доброжелательными отношениями со сверстниками и педагогами.

Таким образом, психологическую готовность к состязательной деятельности у детей творческих коллективов следует рассматривать как совокупность, целостная реализация которой усиливает результативность практической деятельности педагога дополнительного образования.

Список литературы

1. Антопольская Т.А. Миссия дополнительного образования детей в развитии Российского образования XXI века: материалы II Всероссийских Брудновских Педагогических чтений. – Курск:ООО «Планета +», 2015.-290 с.Брудновских Педагогических чтений. – Курск:ООО «Планета +», 2015.–290 с.
2. Евладова Е.Б., Логинова Л. Г., Михайлова Н. Н. Дополнительное образование детей: учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 352 с.
3. Концепция дополнительного образования детей. Утвержден распоряжением Правительства РФ от 04 сентября 2014 года №1726-р [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// static.government.ru](http://static.government.ru). (Дата обращения 29.10.2018).
4. Психология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bibliotekar.ru/psih>. (Дата обращения 29.10.2018).

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Литвинов Г.А.

Научный руководитель: доцент кафедры психологии здоровья и нейрпсихологии, к. психол. н. Кузнецова А.А.

Аннотация. В статье представлены результаты нейрпсихологической диагностики особенностей лицевого гнозиса при алкогольной зависимости в структуре гностических функций. Как же нарушаются гностические функции, то есть сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных

на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик, лицевой гнозис. Выявлено нарушение гностических функций у лиц с алкогольной зависимостью, а именно фрагментарное снижение слухового, снижение зрительно-пространственного, лицевого, тактильного гнозиса. Выявлена положительная корреляция между показателями зрительно-пространственного и тактильного, лицевого гнозиса.

Ключевые слова: гнозис, гностические функции, лицевой гнозис, нейропсихологическая проба, алкогольная зависимость.

NEUROPSYCHOLOGICAL STUDY OF GNOSTIC FUNCTIONS IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Litvinov, G. A.

Abstract. The article presents the results of neuropsychological diagnosis of facial gnosis in alcohol dependence in the structure of Gnostic functions. How violated Gnostic functions, that is, a complex analytical-synthetic processes directed to the recognition of the object as a whole and its individual characteristics, facial gnosis. Revealed a violation of the Gnostic functions in persons with alcohol dependence, namely a fragmentary decrease in auditory, reduction of visual-spatial, facial, tactile gnosis. A positive correlation between the indicators of visual - spatial and tactile, facial gnosis was revealed.

Key words: gnosis, Gnostic functions, facial gnosis, neuropsychological test, alcohol dependence.

По данным официальной статистики Федеральной службы государственной статистики заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами в России за 2017 год составляет 78 200 человек (с впервые в жизни установленным диагнозом), 1 304 600 человек (состоящие на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года) – [10]. В настоящий момент снижение уровня потребления алкогольсодержащих напитков является одной из приоритетных проблем в области общественного здравоохранения в мировом масштабе. Злоупотребление спиртным относят к распространенной форме зависимого поведения, что зачастую принято связывать с культурными традициями, что еще более отягощает данную проблему употребления во всем мире [3].

Употребление алкоголя приводит к изменениям в организме, оказывает влияние на психическое, социально-психологическое состояние отдельной личности, а также на здоровье нации в целом. Значимость исследования дисфункций мозговых структур у лиц, имеющих алкогольную зависимость, связана с потребностью выявления и оценки морфофункциональных изменений, вызванных конкретным токсическим действием спиртного на мозг [4, 6, 8].

Теоретико-методологический анализ публикаций информационной базы РИНЦ e-Library (глубина анализа поиска составляла 10 лет) выявил небольшое количество публикаций по данной теме.

Результаты научных исследований с использованием нейропсихологических проб подтверждают распространенность когнитивных нарушений в популяции лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем [7]. При детальном исследовании нарушения гностических функций мы можем определить локализацию патологического очага.

Физиологическая основа нарушений при алкоголизме – дисфункция лобных, затылочных, левой височной и теменной областей. Дисфункции лобных отделов коры головного мозга могут влиять на снижение динамических и содержательных компонентов гностических функций [2]. Также известно, что при алкогольной зависимости происходит нарушение зрительного ощущения [9], имеются специфические снижения функционирования высших психических функций, при этом достаточно немногочисленны исследовательские работы по гностическим функциям в рамках данного вида зависимости [1]. Нейропсихологические исследования отдельных видов гнозиса при алкогольной зависимости единичны. А так как известно, что лицевой гнозис локализован в височно-теменно-затылочных отделах правого, субдоминантного, полушария (это место мозгового представительства лицевого гнозиса является стабильным у всех людей) нарушение лицевого гнозиса — высоко достоверный диагностический симптом, однозначно свидетельствующий о заинтересованности правого полушария мозга, особый интерес представляет то, каким образом при алкогольной зависимости перестраиваются нейропсихологические факторы гнозиса [5]. Какое место в структуре гностических функций занимает лицевой гнозис.

Появление гнозиса в человеческой психике на определенном этапе антропогенеза, т.е. в истории развития человечества, обусловлено тем, что между отдельными анализаторами возникали связи. Вначале каждый из них

работал изолированно друг от друга. Благодаря этому межанализаторному взаимодействию одни ощущения, объединяясь с другими, перерабатывались в более сложные навыки — гностические. Причем над каждым анализатором надстраивался свой, специфичный для него вид гнозиса. Например, на начальном этапе формируется зрительный гнозис, далее надстраивается цветовой гнозис, который также развивается постепенно (вначале осваиваются яркие цвета спектра, затем — менее яркие). Соотнесенность цвета с предметом также формируется постепенно. Лицевой гнозис — особый вид зрительного гнозиса. Он формируется относительно изолированно от остальных видов зрительно-гностической деятельности. Первым, что усваивает ребенок зрительно — это лицо матери или близкого ему человека. Затем приобретает способность различать и запоминать другие лица. Излишне говорить, что память на лица необходима для общения с окружающими людьми в течение всей жизни индивида.

Как же нарушаются гностические функции, то есть сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик, лицевой гнозис.

Целью исследования явилось нейропсихологическая диагностика особенностей лицевого гнозиса при алкогольной зависимости.

Нейропсихологические пробы: зрительный гнозис — «Узнавание предметов», «Наложенные изображения», «Зашумленные изображения»; слуховой гнозис — «Оценка ритмических структур»; зрительно-пространственный гнозис — «Часы», «Географические карты», «Бочка и ящик», «Буквы»; тактильный гнозис — «Проба Ферстера», «Локализация прикосновений», «Схема тела»; лицевой гнозис — «Узнавание известных личностей по фотографиям», «Узнавание поэтов и писателей», «Узнавание незнакомых лиц».

Количественные характеристики проб в баллах по Л.Н. Глозман: (от 0 до 3 баллов), где 0 — отсутствие ошибок; 1 — 1,2 ошибки, при возможности к самостоятельной корректировке своих действий; 2 — ошибки умеренной тяжести, без возможности самокоррекции; а 3 — отсутствие правильных ответов. В соответствии с данной шкалой оценивания, выделялось 3 группы (уровня) выполнения проб: высокий — не допускает ошибок при выполнении; средний — допускает ошибки; низкий — не дает ни одного правильного ответа.

Эмпирическое исследование проводилось на базах ОБУЗ «Областной наркологической больницы», ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница» комитета здравоохранения Курской области.

Объем выборки испытуемых с зависимостью составил 24 человека (все испытуемые мужчины в возрасте от 27 до 55 лет).

При исследовании зрительного гнозиса выявлен высокий уровень выраженности данной функции, ($X_{ср}=0,033$). Качественная характеристика: не испытывали трудностей в узнавании предметов, наложенных и зашумленных изображений. При оценке ритмических структур наблюдаются ошибки умеренной тяжести, средний уровень выполнения пробы ($X_{ср}=1,78$). Качественная характеристика: затруднения воспроизведения ритмов по слуховому образцу с первой попытки, по словесной инструкции допускали ошибки. При исследовании зрительно-пространственного гнозиса средний уровень выполнения пробы ($X_{ср}=1,94$). Качественная характеристика: допускали 1-2 ошибки в узнавании времени на часах, в ответах по пространственному расположению бочки и ящика. При исследовании тактильного восприятия выявлен низкий уровень ($X_{ср}=2,78$). Качественная характеристика: ошибки и невозможность узнавания нарисованных букв, ошибки в более 1см при определении локализации прикосновений. При исследовании лицевого гнозиса выявлен средний с тенденцией к низкому уровню выполнения проб ($X_{ср}=2,51; 2,67$, по методикам «Узнавание известных личностей по фотографиям», «Узнавание поэтов и писателей», 2, 96 по методике «Узнавание незнакомых лиц»). Качественная характеристика: ошибки при узнавание поэтов и писателей, что может быть связано с изначально низким уровнем осведомленности в данном вопросе, также трудности или невозможность нахождения незнакомых лиц по памяти.

Применение корреляционного анализа выявило положительную корреляцию между показателями зрительно-пространственного и тактильного гнозиса, лицевого гнозиса ($r=0,47; 0,56, p \leq 0,05$); ($r=0,653; p=0,002$).

Таким образом, нарушение гностических функций у лиц с алкогольной зависимостью, а именно фрагментарное снижение слухового, снижение зрительно-пространственного, лицевого, тактильного гнозиса. Наличие данных нарушений может свидетельствовать о возможных нарушениях в затылочной, височной и теменной долях головного мозга.

Список литературы

1. Брюн Е.А. Цветков А.В. Практическая психология зависимости / Е. А. Брюн,. - Москва : Наука, 2014. – 293с.
2. Дамулин И.В. / Когнитивные расстройства при алкоголизме // РМЖ.- 2005.-№ 12
3. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.
4. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Психологические механизмы трансформации состояния зависимости//Электронное издание / Курск, 2011.
5. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Построение психологического тезауруса состояния зависимости // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. - 2010. Т. 16. - № 4. - С. 213-218.
6. Погосов А. В. Проблемы наркологии (лекционный курс) // Курск: КГМУ. 2005. С. 216;
7. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. / Нейропсихологические исследования когнитивных нарушений при алкоголизме и наркоманиях // Психологический журнал – 2004. - № 5.-С. 70-76
8. Тархан, А.У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью / А.У. Тархан, Т.В. Гурвиц, Р.К. Питман; под ред. О.Ф. Ерышева. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 60 с.
9. Фазлыева Р.Р., Сайфуллина Ф.Р. Поражение органа зрения у больных алкоголизмом//Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95. № 4. С. 519-523.
10. Федеральная служба государственной статистики / Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами / [Электронный ресурс]:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Миронова О.М., Храмцова А.С.

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

Научный руководитель: д.м.н., профессор Погосов А.В.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования подверженности подростков с сахарным диабетом стрессовым нагрузкам. В работе использовались методика тест на самооценку стрессоустойчивости личности Пономаренко Л.П., Белоусова Р.В и клинико-психопатологический метод. Результаты изучения уровня стрессоустойчивости у подростков, страдающих сахарным диабетом, обнаруживают его более высокие показатели, чем у относительно здоровых учащихся старших классов. При оказании психологической помощи подросткам важно формировать концепцию заболевания, снижать негативные переживания в отношении болезни.

Ключевые слова: подростки, сахарный диабет, психосоматика.

FEATURES OF STRESS RESISTANCE IN ADOLESCENTS WITH DIABETES

Mironova O. M., Khramtsova A. S.

Abstract. The article presents the results of the study of exposure of adolescents with diabetes to stress loads. The paper used the method of self-assessment test of stress resistance of the person Ponomarenko L. P., Belousova R. V. and clinical and psychopathological method. The results of studying the level of stress resistance in adolescents with diabetes show its higher rates than in relatively healthy high school students. When providing psychological assistance to adolescents, it is important to form the concept of the disease, to reduce negative feelings about the disease.

Key words: adolescents, diabetes mellitus, psychosomatics.



Сахарный диабет, являясь тяжелым заболеванием с хроническим течением, оказывает влияние не только на физическое здоровье, но и на развитие личности, на взаимоотношения с окружающими. По данным ряда исследований установлено, что большой процент детей и подростков с сахарным диабетом имеют повышенный уровень агрессии и тревожности, что можно связать с ограничением выполнения множества желаний и потребностей, регламентированных заболеванием. Особенности психоэмоционального состояния подростков с данной патологией могут приводить к развитию конфликтных ситуаций как со сверстниками, так и со взрослыми. Сахарный диабет необратимо влияет на качество жизни подростка и его семьи, требует пристального внимания как со стороны родственников, так и работников образовательной системы и системы здравоохранения.

Принимая во внимание бурное психофизиологическое развитие и перестройку социальной практики подростка, следует как можно серьезнее и внимательнее относиться к проблеме стрессоустойчивости. Данный вопрос связан со стратегиями, предполагающими активные формы совладания со стрессом, которые могут быть найдены в анализе психических и социальных механизмов реагирования на стрессор.

Годы, проведенные в школе, для одних подростков представляют собой общение с разными людьми, экзамены, активное участие в общественной деятельности и носят позитивный характер. Для других это очень сложное испытание, изменение себя, среды, к которой нужно приспособиться. Многие исследователи обращают внимание на то, что каждый ребенок, проходя определенные этапы своей жизни, может подвергаться воздействию различных стрессовых факторов. В подростковом возрасте причинами стрессов могут стать переживание страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, общей тревожности в школе. Обстоятельства, предрасполагающие к повышению уровня тревожности, могут значительно усугубляться в школе (негативные оценки преподавателей, завышенные требования, высокие нагрузки, отсутствие положительных стимулов в учебе) и в дальнейшем приводить к развитию у подростков и молодых людей повышенной или даже высокой тревожности [1].

Цель - изучить подверженность стрессовым нагрузкам подростков с сахарным диабетом.

В исследовании принимали участие 15 пациентов (7 мальчиков и 8 девочек), находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ОБУЗ

«Областная детская клиническая больница». Возраст составил от 14 до 18 лет. Контрольную группу составляли 10 учащихся старших классов, не имеющих соматической и психической патологии на момент исследования.

В работе использовались методика тест на самооценку стрессоустойчивости личности Пономаренко Л.П., Белоусова Р.В и клинико-психопатологический метод.

При анализе анкет опрошенных пациентов с сахарным диабетом у 5 человек выявлен высокий уровень стрессоустойчивости, что составляет 33,3% из общего числа исследуемых пациентов. Пороговая степень сопротивляемости стрессу выявлена у 2 пациентов, что составляет 13,3%. Низкая степень сопротивляемости стрессу наблюдалась у 6 пациентов, что составляет 40%.

При анализе анкет опрошенных учащихся старших классов у 2 человек выявлен высокий уровень стрессоустойчивости, что составляет 20% из общего числа исследуемых пациентов. Пороговая степень сопротивляемости стрессу выявлена у 2 пациентов, что составляет 20%. Низкая степень сопротивляемости стрессу наблюдалась у 6 пациентов, что составляет 60%.

Результаты изучения уровня стрессоустойчивости у подростков, страдающих сахарным диабетом, обнаруживают его более высокие показатели, чем у относительно здоровых учащихся старших классов.

Обнаруженная низкая подверженность стрессу при наличии хронического заболевания подтверждается и анамнестическими сведениями. Было установлено, что большинство подростков с сахарным диабетом имеют достаточно высокую внеучебную нагрузку: они посещают различные секции (46% обследованных), занимаются с репетиторами (34%). Большинство подростков с сахарным диабетом имеют инвалидность (80%), они осведомлены о льготах при поступлении в высшие учебные заведения и менее обеспокоены предстоящими выпускными и вступительными экзаменами в ВУЗы, следовательно, испытывают меньший стресс в экзаменационный период.

В отношении низкого уровня стрессоустойчивости у относительно здоровых учащихся старших классов можно сделать предположение о взаимосвязи этого показателя с образом жизни и чрезмерными как учебными, так и внеучебными нагрузками. Из анамнестических данных известно, что относительно здоровые учащиеся выпускных классов занимаются с репетиторами (100% опрошенных), посещают спортивные секции (плавание, баскетбол, волейбол, борьба), таким образом можно констатировать большую нагрузку, несоблюдение режима отдыха. Указанные факты могут влиять на

формирование низкого уровня стрессоустойчивости у здоровых учащихся старших классов.

Изучение клинико-психопатологическим методом взаимоотношений подростков с родителями обнаруживает следующие особенности. Подростки с сахарным диабетом в силу своего заболевания получают большую поддержку и опеку со стороны родителей как в экзаменационный период, так и в повседневной жизни. Учащиеся старших классов при расспросе отметили меньшее внимание, недостаток поддержки со стороны родителей, большую требовательность в отношении успеваемости, подготовки к выпускным экзаменам, ЕГЭ и др. При сопоставлении полученных результатов в отношении низкого уровня стрессоустойчивости у здоровых подростков обнаруживается четкая взаимосвязь с наличием высокой учебной и внеучебной нагрузки, завышенных требований к ним со стороны родителей.

Полученные данные необходимо учитывать при психологическом сопровождении лечебного процесса (образовательные школы для детей с сахарным диабетом), в процессе психологической подготовки здоровых учащихся образовательных учреждений к выпускным экзаменам, при проведении психологом консультаций для родителей обучающихся.

Оказание психологической помощи детям и подросткам состоит из ряда этапов: определение психоэмоционального состояния ребенка (распознавание личностных переживаний, признаков депрессии, тенденций к агрессии, повышенной эмоциональной лабильности и чувствительности, невротических симптомов); подбор индивидуальной программы помощи ребенку, консультирование семьи (психологические методы подбирают исходя из возраста подростка, целей психологической помощи, особенностей течения заболевания).

К основным целям психологической помощи детям с сахарным диабетом относят:

1) Обучение управлению своими эмоциями (для подростков с данным заболеванием характерны частая смена настроения, эмоциональная возбудимость, проявления агрессии). Наиболее эффективным средством обучения саморегуляции является метод биологической обратной связи.

2) Обучение снижению нервного напряжения (самоуспокоению, нормализации своего психологического состояния), так как для детей с сахарным диабетом свойственны повышенная нервная возбудимость, нарушенный сон, страхи, тревожность. Для подросткового возраста наиболее

целесообразно применение метода нервно-мышечной релаксации по Джекобсону.

3) Обучение волевому поведению. Необходимо научить подростка справляться с трудностями, возникающими в связи с наличием у него заболевания, обучением в школе, общением со сверстниками; проявлять сдержанность в пищевом поведении без негативных эмоций. Данный компонент наиболее необходим подросткам со слабым волевым компонентом, который может найти проявление в поведении, процессе обучения, соблюдении диеты и определенных ограничений, накладываемых состоянием здоровья. В этом направлении, психологическая работа включает «Волевой тренинг», направленный на различные области жизнедеятельности ребёнка.

Список литературы

1. Аралова, М.П. Динамика тревожности и агрессивности у подростков с сахарным диабетом / М.П. Аралова, Е.А. Банникова // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V междунар.науч.-пр.конф. –Тамбов, 2015.– С. 81-85
2. Богушевская, Ю.В. Особенности эмоциональной и личностной сферы подростков, страдающих сахарным диабетом I типа / Ю.В. Богушевская, Е.Н. Кукина // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию КГМУ «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход». 21-22 ноября 2014 года. – Курск: КГМУ, 2014. – С. 42-47.
3. Глушкова, В.П. Социально-психологические установки, связанные с сахарным диабетом / В.П. Глушкова, Е.А. Мальцев // Научно-практический журнал «Молодежный инновационный вестник». Материалы XI международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков, посвященной 100-летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. – 2017. – Т.6., № 1. – С. 16-18.
4. Погосов, А.В. Психодиагностика и коррекция психосоматических расстройств: учебное пособие / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская, И.А. Пастух. – Курск: Изд-во ГБОУ ВПО КГМУ, 2016. – 252 с.

ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Озерова И.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Аннотация. В статье рассмотрено изучение тревожных и депрессивных расстройств у больных в пред- и послеоперационном периоде. Выполнено клинико-психологическое обследование 25 пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ), острого калькулёзного холецистита, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Всем пациентам была проведена плановая эндоскопическая холецистэктомия. В результате установлено, что больные хирургического стационара до операции обнаруживают более выраженные тревожные и депрессивные реакции. После проведения оперативного лечения наблюдается снижение вышеописанных эмоциональных проявлений. Полученные данные обуславливают целесообразность психологической подготовки плановых больных к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: хирургические пациенты, тревога, депрессия, операционный стресс.

MANIFESTATIONS OF ALARM AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS IN THE PRE- AND POSTOPERATIVE PERIOD

Ozerova I. Y.

Abstract. The article considers the study of anxious and depressive disorders in patients in the pre- and postoperative period. Clinico-psychological examination of 25 patients operated on for cholelithiasis (CLD), acute calculous cholecystitis, who were on treatment in the surgical department was performed. All patients underwent planned endoscopic cholecystectomy. All patients underwent planned endoscopic cholecystectomy. As a result, it was established that patients of the surgical hospital before the operation show anxious and depressive reactions. After the operative

treatment, the above-described emotional manifestations decrease. The obtained data stipulate the expediency of psychological preparation of planned patients for surgical intervention.

Key words: surgical patients, anxiety, depression, operation, personality.

Хирургическое вмешательство всегда является стрессовой ситуацией для человека. В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и постоперационного) [1,2]. Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других тревога, беспокойство по поводу предстоящего хирургического вмешательства [5]. Роль психоэмоционального напряжения недооценивается хирургами и анестезиологами как фактора, отягчающего ход самой операции и течение послеоперационного периода[4].

В экономически развитых странах распространенность желчнокаменной болезни достигает 40%. Операции на желчном пузыре занимают первое место по частоте хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Достаточно высокая частота осложнённых форм заболевания, а также отсутствие выраженной тенденции в снижении количества послеоперационных осложнений 4,6-9,4% требуют совершенствования методов повышения резистентности организма[3]. Существенную роль здесь играет состояние эмоциональной сферы перед оперативным вмешательством [6].

Цель исследования - изучение тревожных и депрессивных расстройств у больных в пред- и послеоперационном периоде, психологическая коррекция выявленных нарушений, повышение эффективности лечения и послеоперационной реабилитации пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью.

Выполнено клинико-психопатологическое и психологическое исследование 25 пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ), острого калькулёзного холецистита, находившихся на лечении в БМУ «КОКБ» г. Курск в хирургическом стационаре. Всем пациентам была проведена плановая эндоскопическая холецистэктомия.



Обследование пациентов с ЖКБ проводилось в первые-вторые сутки пребывания в стационаре и на вторые сутки после операции. В динамике анализировались клинические данные и анамнез заболевания. Пациенты включены в исследование методом случайной выборки при их согласии. Для оценки уровня тревожности и депрессии нами использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Шкала представляет собой самооценочный опросник, состоящий из двух субшкал: субшкала тревоги, субшкала депрессии. Каждая субшкала содержит по 7 диагностических пунктов. Пункты оцениваются по 4 категориям выраженности симптома. Общий балл по каждой из субшкал находится в диапазоне от 0 до 21 баллов. Разработаны критерии оценки тяжести тревоги и депрессии [2].

Проанализировав социально-демографические показатели обследованных больных, можно описать обобщенный портрет. Были обследовано 18 женщин, средний возраст которых 51 год. Мужчин 7 человек, средний возраст которых 44 года. В исследовании преобладали женщины, жители города. Наибольший удельный вес обследованных приходился на лиц, имеющих постоянную работу (68%). Удельный вес пациентов с непостоянной работой и безработных (пенсионеров, студентов) оказался одинаковым и составил по 16 %.

Проанализировав результаты выявлено, что пациенты в хирургическом стационаре до операции подвержены клинически (38%) и субклиническому (20%) выраженному уровню тревоги. При расспросе в переживаниях больных звучали опасения по поводу предстоящей операции, вызванные неосведомленностью о современных способах анестезии, отсутствием представлений о формировании ЖКБ, преимуществах эндоскопических подходов в хирургии и др. В послеоперационном периоде у опрошенных тревога достигает только субклинической выраженности (16%), у остальных (84%) больных тревоги не выявлено. До оперативного вмешательства наблюдается клинически и субклинически выраженная депрессия у 32% и у 16 % больных соответственно. Клинико-психопатологическим методом у больных обнаруживаются ипохондрические высказывания, идеи о тяжелом течении заболевания и неизбежности осложнений, пессимистическое видение ближайших перспектив. В послеоперационном периоде у опрошенных депрессия достигает только субклинической выраженности (8%), у остальных (92%) больных депрессии не выявлено. Уровень стрессоустойчивости у 88% опрошенных высокий, у 8% наблюдается пороговый уровень и у 4 % низкий.

В результате выполненного исследования установлено, что пациенты в хирургическом стационаре, прооперированные по поводу хронического калькулезного холецистита подвержены тревоги и депрессии до операции.

После оперативного лечения тревожные и депрессивные расстройства наблюдаются в минимальных показателях.

Обнаруженные проявления тревожных и депрессивных расстройств в предоперационном периоде свидетельствуют о необходимости проведения психологической подготовки к хирургической операции.

Полученные данные необходимо использовать в психологическом сопровождении лечебного процесса у больных хирургического стационара. При выборе методов психологической коррекции следует учитывать результаты использованных в обследовании методик. Психологическая готовность больного к плановому оперативному вмешательству будет способствовать более благоприятному ходу операции, течению послеоперационного периода и профилактике осложнений.

Список литературы

1. Антонышева, О. В. Неблагоприятные события у пациентов с артериальной гипертензией II степени с разным уровнем тревоги, депрессии и когнитивными нарушениями / О. В. Антонышева // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 92-99.
2. Фомин А.В., Кирпиченко А.А., Фомин Ф.А Тревога и депрессия у пациентов в хирургическом стационаре / А.В. Фомин // Психиатрия и наркология – 2012. – № 1. – С. 139-145.
3. Сачук В.С. Психоэмоциональное состояние больных геморроем в предоперационном периоде // Актуальные проблемы современного человека: психолого-педагогический аспект: матер. I Открытой научно-практич. конфер. студентов и аспирантов. Казанский государственный университет, 8–9 апреля 2010 года. – Казань: Изд-во «Фолиантъ», 2010. – С. 72–74.
4. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства (учебное пособие). 2-е доп. Изд. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 212 с.

5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология учебное пособие –М.:2008. –202-208с.
6. EigilNygard, Klaus F. Kofoed, Jacob Freiberg et al. Effects of High Thoracic Epidural Analgesia on Myocardial Blood Flow in patients with ischemic disease. //Circulation. 2005. - Vol. 111, N 17. - P. 2165-2170.

ФЕНОМЕН САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Павилова Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Аннотация. В статье представлены данные о проявлении самостигматизации у пациентов с соматизированными расстройствами с различной длительностью обращения за психиатрической помощью. Рассмотрены видоизменения личностной идентичности, показатели самооценки как факторы, влияющие на выраженность процесса самостигматизации в различных сферах психологического и социального функционирования человека. Показана необходимость изучения структуры и причин, способствующих формированию самостигматизации с целью дальнейшей разработки психокоррекционных, образовательных программ для данной группы больных.

Ключевые слова: самостигматизация, соматизированное расстройство, личностная идентичность, самооценка.

THE PHENOMENON OF SELFSTIGMATIZATION IN PATIENTS WITH SOMATIZED DISORDERS

Pavilova E.

Abstract. The article presents data on the manifestation of the phenomenon of selfstigmatization in patients with somatized disorders with different duration of treatment for psychiatric care. The changes of personal identity, self-esteem indicators as factors influencing the expression of the process of selfstigmatization in various spheres of psychological and social functioning of a person are considered. The necessity of studying the structure and causes contributing to the formation of selfstigmatization for the further development of psycho-correction, educational programs for this group of patients is shown.

Keywords: selfstigmatization, somatized disorder, personal identity, self-esteem.

На сегодняшний день в отечественной психиатрии остается актуальной проблема стигматизации психически больных. Об этом свидетельствует наличие ряда публикаций и исследований, посвященных различным аспектам данной тематики [6]. Особое место в работах, касающихся стигматизации, принадлежит одной из ее разновидностей, а именно - процесса самостигматизации. Одни авторы ассоциируют ее с ощущением стыда, переживанием отвержения, высоким уровнем социальной изоляции и определяют самостигматизацию как согласие с общественной стигмой, отмечая ее связь с самооценкой человека [1]. Другие говорят о видоизменении личностной и социальной идентичности в результате самостигматизации и негативным ее влиянием на социальную адаптацию []. Link трактует данный термин в рамках деструктивного процесса переживания новой для себя роли больного [11]. Также отмечается зависимость уровня самостигматизации от таких параметров, как число госпитализаций и длительность заболевания [2]. Наиболее распространенным в научной литературе для самостигматизации является следующее определение: «совокупность реакций пациента на проявление психической болезни и статус психически больного в обществе» [3].

В особенности данному явлению подвержены больные с расстройствами невротического спектра, сохраняющие критику к своему состоянию, в отличие от больных с расстройствами психотического уровня [7]. Пациенты поддерживают иллюзию своего психического благополучия, разграничивая его с типичными проявлениями заболевания. Для них характерно наличие психологического конфликта, который обуславливает негативные чувства в отношении соотнесения себя с ролью больного [10]. Данный аспект ярко

выражен у больных с соматизированным расстройством, которые не хотят разбираться в возможных психологических причинах своего соматического состояния, избегают обращения к психиатрам из-за страха навешивания ярлыка. В связи с этим возрастает роль изучения особенностей стигматизации у таких пациентов для оказания им квалифицированной помощи [8].

Цель исследования - на основе изучения личностной идентичности и самооценки, а также проявлений стигмы в различных сферах психологического и социального функционирования человека, установить различия выраженности самостигматизации у больных соматизированными расстройствами в динамике заболевания.

В настоящем исследовании приняли участие 15 респондентов – больные психосоматического отделения Курской областной наркологической больницы в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F 45.0). Основную группу составили 7 испытуемых, впервые обратившихся за психиатрической помощью, контрольную – 8 испытуемых, обратившихся к психиатру повторно. В качестве методов исследования выступали клинико-психологический, статистический метод с применением параметрического F – критерия Фишера для сопоставления двух независимых малых выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта. Нами были использованы следующие психодиагностические инструменты: опросник по самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2005); методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Л.Б. Шнейдер, основанная на принципах ассоциативного эксперимента и отражающая способность субъекта воспринимать себя как целостное единство; расширенная методика Дембо-Рубинштейн, направленная на изучение самооценки и содержащая шкалы «здоровье», «характер», «уверенность в себе», «счастье», «ум, способности», «внешность», «мнение окружающих о заболевании», «отношение к заболеванию в семье», «ограничения в связи с заболеванием», «понимание своего заболевания»; а также дополнительный описательный метод – анкета, представленная вопросами об отношении к своему диагнозу и лечению, влиянии заболевания на отношения с окружающими [9].

Согласно результатам опросника по самостигматизации, разработанного сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н.), у пациентов с

соматизированными расстройствами, которые впервые обратились за психиатрической помощью (71,4%), выраженность самостигматизации выше, чем у пациентов, обратившихся к психиатру повторно (12,5%).

При изучении личностной идентичности (МИЛИ) были получены сведения об ее видоизменении у пациентов соматизированными расстройствами в результате процесса самостигматизации. Опираясь на полученные данные, мы можем сказать, что статистически значимые различия в исследуемых группах обнаружены не были, однако для испытуемых основной группы характерны такие типы личностной идентичности, как диффузная (статус идентичности, при котором не имеется прочных целей, ценностей и убеждений и попыток их активно сформировать) – 28,55% и преждевременная (идентичность не осознается, вариант навязанной идентичности) – 28,55%, что согласуется с полученными ранее результатами изучения социально-демографических и психологических факторов, препятствующих своевременному обращению за психиатрической помощью [4,5]. Для пациентов контрольной группы преобладающими являются мораторий (это статус идентичности, при котором человек находится в состоянии кризиса идентичности и активно пытается разрешить его, пробуя различные варианты) - 25% и достигнутая позитивная идентичность (статус идентичности, которым обладает человек, сформировавший определенную совокупность личностно значимых для него целей, ценностей и убеждений, переживающий их как личностно значимые, обеспечивающие ему чувство направленности и осмысленности жизни) - 37,5%.

Применение модифицированной методики самооценки Дембо-Рубинштейн, включающей в себя дополнительные шкалы – «мнение окружающих о заболевании», «отношение к заболеванию в семье», «ограничения в связи с заболеванием», «понимание своего заболевания», показало преобладание среди пациентов основной группы заниженной самооценки (71,4%) по сравнению с больными контрольной группы, где преобладающим является показатель адекватной самооценки (75%).

Использование дополнительного описательного метода – анкеты, состоящей из 20 вопросов, также продемонстрировало положительные ответы на утверждения, касающиеся проявлений самостигматизации, у испытуемых основной группы (85,7%). Испытуемые контрольной группы в основном не были согласны с данными утверждениями (87,5%).

Таким образом, процесс самостигматизации у пациентов с соматизированными расстройствами непосредственно связан с самооценкой и видоизменением личностной идентичности и более выражен в группе испытуемых, впервые обратившихся за психиатрической помощью.

Процесс стигматизации является сложным и многогранным феноменом, проявляющимся, в том числе в одной из своих форм – самостигматизации, представленной у разных нозологических групп больных соответствующими психологическими механизмами. Особой интерес вызывает ее изучение у пациентов с невротическим регистром расстройств как личностей склонных к избегающему врача-психиатра поведению и скрывающих информацию о своем заболевании. При первичном обращении у описываемой группы пациентов отмечается более высокий уровень самостигматизации в сравнении с больными, повторно обратившимися за психиатрической помощью, что позволяет сделать вывод о нивелировании стигмы в динамике. Также для данной группы испытуемых характерно видоизменение идентичности, а именно, преобладание диффузной и преждевременной ее форм, что характеризует личностей с неустоявшимися и несформированными жизненными ценностями, целями и убеждениями, заниженными показателями самооценки. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки психообразовательных, коррекционных программ для пациентов с соматизированными расстройствами при первичном обращении за психиатрической помощью с целью повышения эффективности лечения.

Список литературы

1. Автономов Д.А. Стигматизация, испытываемая стигма и самостигматизация. Кляйнианский подход к пониманию проблемы / Д.А. Автономов, М.А. Михайлов // Медико – социальные аспекты психического здоровья. – 2017. – № 5. – С. 54–60.
2. Лутова Н.Б. Психиатрическая стигма – ее проявления и последствия/ Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин, В.Д. Вид // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 3. – С. 41–45.
3. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук/ И.И. Михайлова. – Москва, 2005. – 23 с.

4. Погосов А.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 268 с.
5. Погосов А.В., Клинические, личностно–психологические и социально–демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017–. №4 (97). – С.22–30.
6. Положий Б.С. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением / Б.С. Положий, В.В. Руженкова // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. – 2015. – № 4 (201). – С. 49–56.
7. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. Психология и социология. – 2012. – № 7 (42). – С. 232–237.
8. Толкач Е.А. Личностные характеристики пациентов с соматизированным расстройством / Е.А. Толкач // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – №3. – С. 64–66.
9. Шнейдер Л.Б. Личностная, тендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики / Л.Б. Шнейдер – М.: Московский психолого–социальный институт, 2007. – 128 с.
10. Ястребов В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова; Науч. центр психического здоровья РАМН. – М., Изд–во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 18 с.
11. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self–esteem of the people with mental health disorders / B. Link // Psychiatry Serv. — 2001. — Vol. 53. — P. 1621–1626.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ КАК ВАРИАНТ СЕНСОРНОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ

Переверзева Е.Г.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: д. психол. н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии профессор В.Б. Никишина.

Аннотация: В данной статье рассмотрена проблема межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью в лёгкой степени в подростковом возрасте. Проанализированы особенности слухоречевой памяти и реципрокной координации и сделаны выводы о том, что при дихотическом прослушивании у детей с умственной отсталостью в лёгкой степени в подростковом возрасте не происходит соединение информации, полученной разными полушариями головного мозга, из отдельных слогов в слова.

Ключевые слова: межполушарное взаимодействие, умственная отсталость, сенсорная дезинтеграция.

FEATURES OF INTERHEMISPHERIC INTERACTION IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION TO AN EASY EXTENT AS A VARIANT OF SENSORY DISINTEGRATION

Pereverzeva E.G.

Annotation: This article considers the problem of hemispheric interaction in children with mental retardation in adolescence. Analyses the peculiarities of the verbal memory and reciprocal coordination and concluded that during dichotic listening in children with mental retardation in adolescence, no connection information obtained by different hemispheres of the brain, of separate syllables in words.

Key words: interhemispheric interaction, mental retardation, sensory disintegration.

Термин «сенсорная интеграция» предложила Айрес Э.Дж. в 1963 году, он означает «упорядочивание ощущений, которые потом будут как-либо использованы» [2]. Сенсорная интеграция является бессознательным процессом, который происходит в мозге. Происходит организация информации, полученной с помощью органов чувств, наделение значением испытываемых нами ощущений, фильтр информации и отбор того, на чем следует сконцентрироваться. Процесс сенсорной интеграции создаёт базу для теоретического обучения и социального поведения [1].

Процесс сенсорной интеграции запускается в эмбриональном периоде, до младшего школьного возраста развитие происходит в определенной последовательности, темп является индивидуальным [8].

Можно проследить несколько уровней в процессе интеграции. На первом все ощущения становятся основанием для возможности поддержания равновесия, мышечного тонуса, позы и движения глаз, которые, в свою очередь, трансформируются в перцептивную схему тела, концентрацию внимания, уровень активности нервной системы. Следующим уровнем является возможность координации движений при зрительном контроле, перцептивные функции и речь. Результатом процесса является произвольная регуляция всех психических функций, организация мыслительных операций, а так же межполушарное взаимодействие [2, 8].

Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей [6].

Для легкой умственной отсталости характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти дети способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Эмоциональная и волевая стороны личности при дебильности достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству. Эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут



жить самостоятельно. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет [4].

Ощущения и восприятия формируются замедленно и с большим количеством особенностей и недостатков. Этот ядерный симптом оказывает влияние на все психическое развитие. Недифференцированность восприятия проявляется в неспособности различить сходные предметы при попытке их узнать. Инактивность восприятия умственно отсталых лиц обнаруживается по отсутствию стремления рассмотреть, разобраться в деталях и во всех свойствах предъявляемой картинки, игрушки или другого предмета. Примером может быть неспособность ими опознать известные, но перевернутые перед показом картинки.

Нарушение ими константности восприятия выявляется по затруднению сохранить восприятие определенной величины предмета по мере его удаления. Эта особенность перцепции усложняет ориентировку в пространственном расположении предметов. Нарушение сложного восприятия проявляется в том, что они недостаточно воспринимают глубину изображений на картинках.

Распознавание объемных и контурно выполненных предметов ощупыванием (осязанием) происходит хуже, чем в норме, что может вызвать затруднения в трудовом обучении. Имеющиеся затруднения в кинестетическом восприятии (ориентировке своего тела в пространстве) приводят к плохой координации движений. Недифференцированность мышечных ощущений обнаруживается при неудачных попытках сравнить предметы на вес руками.

Развитие различения звуков происходит замедленно и с затруднениями, сказываясь на формировании речи, ориентировке на звук (упавшего предмета, местонахождении говорящего человека и т. д.).

Указанные особенности восприятия сглаживаются и компенсируются в процессе обучения и воспитания. От класса к классу происходит совершенствование, развитие ощущений и восприятий. Облегчает этот процесс совершение действий с предметами.

Таким образом, эти изменения зрительных, слуховых, кинестетических, тактильных, обонятельных и вкусовых восприятий, а также затруднения анализа и синтеза воспринимаемого препятствуют созданию адекватной ориентировки в окружающей и внутренней среде и установлению наиболее полных связей и отношений между объектами реального мира [3].

На уровне морфологии при умственной отсталости наиболее частыми изменениями являются уменьшение размеров и снижение массы головного

мозга с преобладающим недоразвитием отдельных долей (чаще лобных и теменно-затылочных), а также аномальная топография извилин мозга с многочисленными поперечными и неправильно изогнутыми извилинами (микрогирии). При инструментальном исследовании также выявляется расширение желудочков мозга и их недоразвитие.

Описанные анатомические нарушения сопровождаются глубокими нарушениями в структуре коры головного мозга, проявляющемся в смещении клеток и запусении слоев. На уровне клинических проявлений описанные морфологические изменения наиболее проявляются в подростковом возрасте, так как именно подростковый возраст характеризуется достижением морфофункциональной зрелости большинства структур головного мозга. Онтогенетическая норма морфофункциональной организации головного мозга в подростковом возрасте характеризуется созреванием мозговых структур, обеспечивающих межполушарное взаимодействие, а также лобной коры, обеспечивающей моторную активность на уровне реализации и на уровне регуляции [3].

При умственной отсталости нарушение межполушарного взаимодействия проявляется выраженным изменением передачи сенсорной информации из левого полушария в правое. Поскольку из полушария в полушарие по межполушарным связям передается сложная, переработанная в «своем» полушарии информация, сообщающая другому полушарию о событиях в этом полушарии, подготавливающая его к приему и переработке адресованной непосредственно ему информации, то нарушение такой передачи, несомненно, приводит как к нарушению деятельности правого полушария, так и к изменению интеграции полушарий мозга в процессе перцептивной деятельности [7].

Дефицит функций правого полушария у умственно отсталых детей, по данным психологов и педагогов, проявляется в нарушении целостного характера восприятия. Наряду с этим, характерным является трудность установления вербальных связей и вербального опосредствования, что отражает нарушение левополушарных функций, выявляемое при электрофизиологическом исследовании. Нарушение межполушарного взаимодействия при умственной отсталости проявляется и в ограниченности познавательной деятельности. Ж.И. Шиф отмечает, что знания, приобретенные в словесной форме, не оказывают существенного влияния на развитие

умственно отсталого ребенка вследствие того, что чувственное познание и практическая деятельность недостаточно осмысляются и оформляются в слове.

Изменения как механизмов функциональной специализации полушарий, так и межполушарного взаимодействия, лежащего в основе интеграции мозговых функций, обуславливают сложные нарушения познавательной деятельности, наблюдаемые у детей с отклонениями в умственном развитии [5].

Таким образом, можно предположить, что при дихотическом прослушивании у детей с умственной отсталостью в лёгкой степени в подростковом возрасте не происходит соединение информации, полученной разными полушариями головного мозга, из отдельных слогов в слова, что является следствием нарушения сообщения между правым и левым полушариями головного мозга по причине недоразвития мозолистого тела.

На базе ОКОУ «Курская школа «Ступени» было проведено нейропсихологическое обследование 2 праворуких подростков (девушка А., 18 лет, и юноша Л., 17 лет) с лёгкой степенью умственной отсталости.

Обследуемые в контакт вступают охотно, настроены доброжелательно, А. на вопросы отвечает более подробно и заинтересованно. В процессе обследования у испытуемой, в отличие от испытуемого, выраженное утомление не наступает.

При обследовании слухоречевой памяти методикой «10 слов», были получены следующие результаты: обследуемая А. – 5, 7, 7, 8, отсрочено воспроизведено 6 слов, обследуемый Л. – 3, 2, 5, 5, отсрочено воспроизвёл 3 слова. Результаты А. связаны с хорошо развитой механической памятью, о данном свойстве было сказано в работе Д.Н. Исаева (Исаев Д.Н., 2003).

У обследуемых не сформировано понимание категорий «право» и «лево».

Пробы на перебор пальцев одновременно двумя руками и пробы Озерецкого не выполнены, возможно только выполнение элементов по очереди, что связано с нарушением межполушарного взаимодействия.

Так как испытуемые являются правшами, а по результатам исследований правши лучше воспринимают именно слухоречевую информацию, можно было бы предположить, что стимулы при проведении дихотического прослушивания должны быть воспроизведены довольно точно и процент их воспроизведения должен быть высок, однако при проведении дихотического прослушивания, А. воспроизвела 60 % от всех предъявляемых стимулов, Л. воспроизвёл 40% стимулов. Обследуемые отмечают, что лучше было слышно стимулы правым ухом. На вопрос о том, были ли предъявлены какие-либо слова, оба

испытуемых ответили отрицательно, что не соответствует действительности. Следовательно, предположение о том, что при дихотическом прослушивании у детей с умственной отсталостью в лёгкой степени в подростковом возрасте не происходит соединение информации, полученной разными полушариями головного мозга, из отдельных слогов в слова, что является следствием нарушения сообщения между правым и левым полушариями головного мозга по причине недоразвития мозолистого тела, получила экспериментальное подтверждение. Таким образом, можно сказать, что реципрокная координация у подростков с лёгкой степенью умственной отсталости нарушена не только в двигательной сфере, но и в слуховой.

На основании полученных результатов можно предположить, что в основе умственной отсталости может лежать нарушение межполушарного взаимодействия.

Список литературы

1. Айдаркин Е.К., Айдаркина Е.С. Соотношение моторных и сенсорных компонентов, связанных с событием потенциалов, и их роль в организации механизмов произвольного внимания в условиях сенсомоторной интеграции // Валеология. 2007. N 2. С. 70-85.
2. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Пер. с англ. Юлии Даре. М.: Теревинф, 2009.
3. Ахметзянова А.И., Никишина В.Б., Петраш Е.А., Никишина Е.И. Особенности реципрокной организации подростков с умственной отсталостью // Неврологический вестник. 2017. Т. XLIX, вып. 2. С. 44—48.
4. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство // СПб.: Речь, 2003. С. 132 – 134.
5. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб.: Наука и Техника, 2013. С. 217-289.
6. Никишина В.Б. Некоторые аспекты психологической реабилитации детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Ярославский педагогический вестник. 2000. - № 3 (25). - С. 598-601.
7. Фишман М.Н. Функциональная специализация полушарий у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Физиология человека. Т. 29. №6. 2003. Из-во: Федеральное

государственное унитарное предприятие "Академический научно-издательский, производственно-полиграфический и книгораспространительский центр "Наука" (Москва). С. 67-73.

8. Чистюхина Е.Г. Концептуальное моделирование и теоретический анализ проблемы сенсорной интеграции у младших школьников с умственной отсталостью в лёгкой степени // В сборнике: Научная инициатива в психологии Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под ред. Ткаченко П.В.. Курск, 2018. С. 396-406.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО И ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВ

Протопопова М.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. На сегодняшний день в психиатрии актуальными остаются проблемы коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств. Активно ведутся научные исследования, направленные на изучение клинико-психологических, динамических, прогностических и других аспектов сочетанного течения панических и депрессивных расстройств. Детальный анализ таких состояний принципиально важен и определяется необходимостью решения вопросов диагностического, прогностического и терапевтического характера.

Ключевые слова: коморбидность, паническое расстройство, депрессивное расстройство.

THEORETICAL-METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE PROBLEM OF COMORBIDITY OF DEPRESSIVE AND PANIC DISORDER

Protopopova M.A.

Abstract. To date, in psychiatry, the problems of comorbidity remain relevant, as evidenced by the trend in the study of coexisting mental disorders by specialists. Actively conducted research in the field of studies of the flow of PR and various types of affective depressive disorders. The study of such conditions is crucial for a competent diagnosis, as well as for subsequent treatment.

Key words: comorbidity, panic disorder, depressive disorder.

На сегодняшний день в психиатрии актуальными остаются вопросы коморбидности тревожных и депрессивных расстройств, что обусловлено высокой частотой встречаемости данных состояний в популяции и существующей на сегодняшний день тенденцией высоко обращения данных пациентов к врачам терапевтического профиля, что негативно сказывается на течении указанных состояний. С учетом вышеизложенного существует необходимость проведения теоретико-методологического анализа проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств.

Для решения задачи, направленной на выделение исторических этапов развития данной научной проблемы нами был использован генетический метод.

Объект исследования: взгляды научных деятелей в отношении проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств.

Глубина исторического поиска определялась временным периодом с 1970 по 2018годы. Детальному изучению подверглись работы отечественных и зарубежных исследователей в области медицины и психологии.

В настоящем исследовании мы выделяем первый этап – период с 1970-1994гг., когда впервые было предложено понятие «коморбидность» в период функционирования классического нозологического подхода в медицине.

Впервые термин «коморбидность» предложил A.R. Feinstein (1970), имея в виду наличие или возможное появление в клинической картине текущего заболевания дополнительной нозологической единицы.

В классическом иерархическом подходе тревожные расстройства не диагностируются при установлении аффективного заболевания, поэтому, в данном случае концепция коморбидности не имела смысла. Однако уже тогда, по данным М. Гамильтона, развернутая депрессивная симптоматика сопровождала тревожные расстройства в 83 % случаев, а частота встречаемости тревоги при рекуррентной депрессии составляла 96 %.



Х. М. Ван Прааг [1], критически оценивает классический нозологический подход в диагностике психических заболеваний и считает вероятными искажения результатов исследования, вследствие игнорирования сочетанной патологии.

Начало второго этапа совпадает с введением в медицину новой клинической классификации. В этот период в большинстве научных исследованиях за период с 1994 по 2001 г. г. рассматривают проблему коморбидности в рамках тревожного и депрессивного расстройств, без конкретизации нозологических единиц.

Создание теории множественных расстройств, нашедшее отражение в нынешних клинических классификациях МКБ-10 и DSM-IV, согласно которой, у одного и того же пациента возможно наличие нескольких диагностических категорий одновременно, привело к распространению проблемы коморбидности в психиатрии. Исключая симптоматическую коморбидность, Б. А. Никитюк, Н. А. Корнетов считают, что коморбидность возможна лишь в случаях сочетания психопатологических феноменов, которые отвечают критериям психического расстройства. В свою очередь, А. Б. Смулевич [12] выделяет три типа коморбидных соотношений депрессии с другими психическими расстройствами: поглощающий, синергический и автономный.

Третий этап 2001-2017гг. связан с конкретизацией и выделением частных нозологических форм в рамках аффективной коморбидности. Среди тревожных симптомокомплексов большой интерес исследователей вызывает паническое расстройство (ПР).

Shelton R.C., Tomarken A.J. [13] выделили ряд общих симптомов, касающихся тревоги и депрессии, на основании чего пришли к выводу, что наличие коморбидных синдромов является следствием несовершенства методов оценки.

В исследованиях А.А. Овчинникова [4] и Н.Ю. Ракитской [10], выявлена неоднозначность клинического прогноза депрессии и панического расстройства. По мнению авторов, структура коморбидных соотношений в динамике панического и депрессивного расстройств может меняться за счет редукции одной из составляющих сложного симптомокомплекса либо за счет присоединения расстройств других психопатологических рядов.

Отечественные ученые придерживаются мнения, что совместное протекание панических и депрессивных расстройств в качестве независимых психопатологических состояний реализуется в рамках реактивных образований

и динамики расстройств личности. В случаях более тяжелых аффективных расстройств (рекуррентная, биполярная депрессия, дистимия), тревога и депрессия выступают в клиническом единстве [11,12].

А.А. Горбунова и Е.В. Колюцкая [2] выделили два типа коморбидности. При первом типе депрессивные и тревожно-фобические расстройства проявлялись в рамках единого симптомокомплекса. Второй тип характеризуется тревогой и апатией, состоянием общей слабости организма, а также выраженной соматизацией.

В последние годы ведется научно-исследовательская работа направленная на изучение сочетанного течения ПР с различными видами депрессивных расстройств. Выделяются личностные и социальные особенности пациентов с сочетанными тревожными и депрессивными синдромами. Происходит поиск методов медикаментозного и психотерапевтического лечения указанных состояний [3, 5-9].

Проанализировав научную литературу, касающуюся данной проблемы, можно сделать вывод о том, что интерес исследователей к проблеме коморбидности не угасает. Пациенты с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами требуют особого внимания. Возникает необходимость учитывать существующие механизмы взаимовлияния указанных расстройств при решении вопросов диагностического и медикаментозного характера.

Список литературы

1. Ван Прааг Х. М. // Медикография. – Т. 20, 1998 – №2. – С.27-34.
2. Горбунова А.А. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности): научное издание / А. А. Горбунова, Е. В. Колюцкая // Ж. неврол. и психиатрии. - 2014. - Т. 114, N 10. - С. 9-13.
3. Иванец Н.Н., Тартынский К.М., Кренкель Г.Л., Прохорова С.В. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017.
4. Овчинников А.А., Аксенов М.М., Латыпова О.В. Комплексный патоморфоз невротических тревожно-депрессивных расстройств. 2011. С. 170.
5. Погосов А.В., Пастух И.А. Клиника психических заболеваний, протекающих с паническими расстройствами // Актуальные проблемы

- медицинской науки и фармации сборник научных трудов, посвященных 65-летию КГМУ. 2000. С. 158-159.
6. Погосова И.А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И.А. Погосова, А.В. Погосов, Т.Ю. Федоренко // Научно-практический журнал Архівпсихіатрії. - 2008. - Т. 14, №1 (52). - С. 54-59.
 7. Погосова И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами / И.А. Погосова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - №4. - С. 74-79.
 8. Пастух И.А. Психологические механизмы защиты у больных с различными вариантами коморбидности панического расстройства // Университетская наука: взгляд в будущее Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета: в 2х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. 2018. С. 65-69
 9. Погосова И.А., Голозубова К.Н. Динамика психологических проявлений коморбидных панических и аффективных расстройств в процессе фармакологических и психотерапевтических мероприятий // ПМ. 2017. №1 (102).
 10. Ракитская Н. Ю. Эволюция диагностических и терапевтических подходов к тревожным и депрессивным расстройствам / Н. Ю. Ракитская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2009. - № 3. - С.88 - 91.
 11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М., Медицинское информационное агентство, 2001 г., - 782 с.
 12. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В. Тревожные депрессии (проблемы типологии и конституционального предрасположения) 2012.
 13. Shelton R.C., Tomarken A.J. Can recovery from depression be achieved // Psychiat Serv 2001; 52: 1469-1478

**ОСОБЕННОСТИ ГНОСТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ
МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ**

Сивик О.А., Симочкина Ю.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Следствием нарушений мозгового кровообращения могут являться нарушения высших психических функций, которые дезадаптируют и инвалидизируют пациентов, затрудняют процесс реабилитации, ограничивают их социальную жизнь. В статье анализируются результаты нейропсихологического обследования гностических функций пациентов пожилого возраста с диагнозом I63.5 «Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий», госпитализированных в 2018 году.

Ключевые слова: ишемический инсульт, пожилой возраст, нейропсихологический анализ, гностические функции, острое нарушение мозгового кровообращения, односторонняя пространственная агнозия.

**FEATURES OF THE GNOSTIC SPHERE IN PATIENTS
UNDERGOING ISCHEMIC STROKE IN THE RIGHT MIDDLE
CEREBRAL ARTERY**

Sivik O.A., Simochkina Y.I.

Abstract. The violation of cerebral circulation can be a violation of higher mental functions that maladapt and invalidate patients, impede the rehabilitation process, limit their social life. The article analyzes the results of a neuropsychological examination of the gnostic functions of elderly patients with a diagnosis of I63.5 "Brain infarction caused by unspecified obstruction or stenosis of the cerebral arteries" hospitalized in 2018.

Key words: ischemic stroke, advanced age, neuropsychological analysis, gnostic functions, acute cerebrovascular accident, unilateral spatial agnosia.



Острое нарушение мозгового кровообращения является одним из самых распространенных неврологических заболеваний, приобретающий все большую медико-социальную и экономическую значимость [2]. Сегодня в мире насчитывается почти 25,7 миллиона выживших после инсульта, из этого числа 71% пациентов перенесли ишемический инсульт [7]. В этот же период зарегистрировано 6,5 миллионов смертей от инсульта, при этом доля умерших после ишемического инсульта составила 51%. Среди людей молодого и среднего возраста (20-64 лет) наблюдалось примерно 7,2 миллиона случаев ишемического инсульта [1].

При остром нарушении мозгового кровообращения основными проявлениями являются: двигательные расстройства, чувствительные расстройства и нарушения речи. Особое внимание заслуживают когнитивные нарушения, которые у четверти больных через год после перенесенного инсульта достигают степени деменции. Развитие когнитивных нарушений не только усиливает инвалидизацию больных, затрудняет их реабилитацию, но и увеличивает риск повторного развития инсульта и смерти [3].

Целью данной работы является исследование когнитивных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии.

По мнению В.А. Парфенова и Д.Р. Хасановой, «при инсульте в бассейне нижних ветвей средней мозговой артерии, снабжающей кровью теменную, височную и затылочную кору полушарий, наблюдаются чувствительные расстройства на противоположной стороне, контралатеральная верхняя квадрантная или гомонимная гемианопсия, при поражении доминантного полушария - сенсорная афазия, при поражении субдоминантного полушария - анозогнозия, контралатеральное игнорирование» [4].

Анализ клинического случая.

Исследование проводилось на базе ГАУЗ «Брянская Городская Больница №1» Неврологическое отделение с ОМНК в г. Брянск в июле 2018 года. В нем принимали участие пациенты с диагнозом ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (острый период): КАП-Ж69; ППА-М65.

Методический инструментарий. В начале исследования проводилась клиническая беседа для определения общей ориентировки во времени, пространстве и собственной личности. Также для формирования мотивации активного контакта. Проводилось полное нейропсихологическое обследование. Исследование зрительного гнозиса пробами: «Реалистичные предметные

изображения», «Перечеркнутые изображения», «Наложенные фигуры», «Геометрические фигуры разных цветов», «Немые часы», «Незаконченные изображения», «Химеры», «Зашумленные изображения предметов», «Цифры, числа и арифметические примеры», «Буквы», «Реалистические и стилизованные изображения лиц».

КАП – Ж69, профиль латеральной организации – левополушарный, дата госпитализации 01.07.2018 года. Критика к собственному состоянию снижена. В ходе проведения исследования наблюдались следующие ошибки: перцептивно далекие замены; смещение фигуры и фона; фрагментарность восприятия. Схожим синдромом во всех пробах является односторонняя пространственная агнозия (левостороннее игнорирование).

ППА – М65, профиль латеральной организации – левополушарный, дата госпитализации 03.07.2018 года. Критика к собственному состоянию снижена. В ходе проведения исследования наблюдались ошибки в виде игнорирования левосторонних стимулов (односторонняя пространственная агнозия).

В норме у людей данной возрастной группы наблюдается незначительное снижение прежнего уровня когнитивных функций как следствие геронтологических особенностей [8]. Пространственная односторонняя агнозия является патологией для данной возрастной категории [5].

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о наличии очага поражения в нижних ветвях правой средней мозговой артерии правого полушария мозга, следовательно, данное исследование подтверждает, что при поражении средней мозговой артерии субдоминального полушария основным синдромом является односторонняя пространственная агнозия.

Список литературы

1. Вознюк И.А. Ишемический инсульт: клинические рекомендации по первичной и вторичной профилактике [Текст]: методическое пособие для врачей / И.А. Вознюк, С.Н. Янишевский, П.В. Чечулов, Я.Б. Скиба. – СПб.: Фирма «Стикс», 2018. – 32 с.
2. Каусова Г.К. К вопросу реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт [Текст] / Г.К. Каусова, А.С. Баяшова // Вестник КазНМУ. – 2017. - №4. – С.118 – 119.

3. Каменева Н.Н. Когнитивные нарушения у пациентов с ишемическим инсультом в вертебро – базилярном бассейне [Текст] / Н.Н. Каменева // Центральный научный вестник. – 2018. – №2(43). – С. 8-10.
4. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Запесоцкая И.В. Восприятие эмоций у больных с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. Т. 115. - № 10. - С. 4-9.
5. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Реципрокная организация конструктивной деятельности у пациентов с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. Т. 117. - № 3-2. - С. 79-89.
6. Парфенов В.А. Ишемический инсульт [Текст] / В.А. Парфенов, Д.Р. Хасанова. – М.: ООО «Издательство «Медицинская информационное агентство», 2015. – 288 с.
7. Русских О.А. Гностические расстройства у пациентов с поражениями головного мозга и возможности их психологической коррекции [Текст] / О.А. Русских, П.В. Перевошиков, В.А. Бронников // Человек. Искусство. Вселенная. – 2017. - №1. – С. 183 – 190.
8. Шутеева Т.В., Никишина В.Б., Петраш Е.А. Неврологический и нейропсихологический статус при энцефалопатии Вернике: клинический случай // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. - 2017. Т. 49. - № 4. - С. 77-85.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Сирош Д.С.

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

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

Аннотация: статья посвящена теоретико-методологическому анализу понятия депрессивного расстройства с помощью генетического метода и

метода тематического библиометрического анализа. Было выяснено, что история изучения понятия депрессивное расстройство имеет свои истоки с эпохи Гиппократов. Определение данного понятия трактовалось различными отечественными и зарубежными врачами.

Ключевые слова: депрессия, меланхолия, депрессивное расстройство, генетический метод, тематический библиометрический анализ.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE CONCEPT OF DEPRESSIVE DISORDER

Sirosh D.S.

Abstract. The article is devoted to the theoretical and methodological analysis of the concept of depressive disorder using the genetic method and the method of thematic bibliometric analysis. It was found that the history of the study of the concept of depressive disorder has its origins from the era of Hippocrates. The definition of this concept was interpreted by various domestic and foreign doctors.

Key words: depression, melancholia, depressive disorder, genetic method, thematic-bibliometric analysis.

В последние годы в общей популяции отмечается значительный рост числа расстройств аффективного спектра, среди которых депрессивные расстройства являются наиболее эпидемиологически значимыми. По данным зарубежных и отечественных исследователей, число больных депрессией в цивилизованных странах колеблется в пределах 5-12% от общей численности населения и продолжает расти. Депрессивное расстройство является серьезным заболеванием, которое становится тяжелой ношей для самого больного, нарушает жизнедеятельность семьи, имеет высокие финансовые затраты для здравоохранения и общества в целом, накапливаясь нераспознанными случаями в первичной медицинской сети. При данной патологии увеличивается риск самоубийства, отмечается высокий уровень коморбидных психических расстройств, частые госпитализации, а также значительные нарушения профессионального и социального функционирования [13,14].

Целью нашего исследования является проведение теоретико-методологического анализа понятия депрессивное расстройство



Нами был использован генетический метод для изучения исторической активности в отношении исследования такого расстройства как депрессия и выделения исторических этапов развития данного феномена. Глубина исторического поиска начинается с эпохи Гиппократ (460 лет до н.э.) и до 2000г. в отечественных и зарубежных исследованиях[13].

Первый этап, который был нами выделен - с 460 лет до н.э. по XIV век.

В представлении меланхолии большое внимание уделялось её гуморальной основе выделенной Гиппократом. Он представлял данный недуг, как «печаль от черной желчи», люди, страдающие ею, описывались как находящиеся в спокойном состоянии, но жалующиеся на боли в животе, у которых много опасений, избегающие окружения [13,11].

Помимо теории Гиппократ, выделялось направление римских врачей, утверждающих, что на развитие меланхолии влияют угнетающие, негативные, печальные мысли. У таких людей появляется потребность в одиночестве, возникает отвращение к существованию и они мечтают о смерти[13].

Римский врач Соран уделяет внимание двум признакам проявления меланхолии: физическим и психическим. В последнем описывает эмоциональные состояния, такие как подозрительность, мнительность, тревогу, нелюдимость и жажду смерти[12].

Второй этап, выделенный нами, приходится на XIV – XVIII вв.

В эпоху Возрождения в факторах развития данного расстройства выделили наличие травмирующего события, например, плохого обращения с детьми, которые в последующем становятся замкнутыми. Это в своей книге описал врач Д. Меркуриали.

На этом этапе стали появляться первые научные исследования, стали издаваться книги посвященные теме меланхолии. Данным понятием обозначались состояния психомоторного возбуждения, а также душевное угнетение и тоска. В XVII веке английский профессор богословия Р. Бартон издал книгу «Анатомия меланхолии» где описал все, что было известно о меланхолии, и был близок к современным представлениям психоаналитиков о депрессии. Французский психиатр Лорри отметил, что нервная меланхолия у женщин проявляется в виде истерии, а у мужчин – в виде ипохондрии. Также в это время было отмечено, что на развитие депрессии влияет роль неправильного воспитания и наследственности. Появилось мнение, что данное заболевание является психологическим недугом, поэтому и лечить нужно психологическими методами. У. Келлен предложил свою классификацию

психических расстройств, где меланхолию описал как проявление особого темперамента, выражающегося в «оцепенении движения нервных тканей» [12,13].

Третий этап, выделенный нами, вторая половина XIX–XX вв.

Этот период характеризуется началом систематического изучения депрессии в немецкой психиатрической школе. Е. Краепелин установил, что меланхолические, маниакальные и смешанные состояния представляют собой разные фазы одного заболевания – МДП. Также в своей классификации он выделил депрессию инволюционного периода, которая предполагает медленное течение и нерезко выраженную заторможенность. Манифестация происходит в пожилом возрасте. Им же в 1916 году было выделено понятие «циклотимия» как наиболее мягкая форма циркулярной болезни. К. Schneider исследовал людей, страдающих от длительного подавленного настроения, и на основе этого предложил термин «депрессивный психопат» [11,12,13].

С. Корсаковым были выделены формы меланхолии: дистимия, типичная меланхолия и атоническая.

В этот период считали, что в симптомах депрессии есть ипохондрические переживания, а также размышления о смысле жизни и утраченных ценностях.

Таким образом, можно сделать вывод, что с самых первых истоков развития медицины меланхолию представляли как совокупность физических и психических симптомов, влияющие на человека и его социальную жизнь.

Методологическая логика нашего исследования предполагала осуществление библиометрического анализа изучаемого объекта – депрессивное расстройство. Глубина анализа составила 10 лет (2008-2018). Анализ проводился по информационному пространству научно-электронной библиотеки «eLIBRARY».

Анализируя публикации в системе «eLIBRARY» по ключевому слову депрессивное расстройство, с исключением таких понятий как «шизофрения», «тревожность», «тревожно-фобическое расстройство», «коморбидность», «сердечно-сосудистые заболевания», «алкоголизм» в рубрике 15.00.00. («Психология») с учетом доступности текста на портале, было найдено 157 статей. Наиболее активными авторами по данной проблематике являются Бородкина Л.В. (4 публикации) [1,2,3,4], Бауэр М. (3 публикации) [5,6,7]; Вассерман Л.И. (3 публикации) [8,9,10].

Нами была проведена оценка динамики научных исследований депрессивного расстройства по годам (2008-2018), был выявлен высокий уровень активности в период с 2012 по 2014 гг. (см.рис. №1).



Рис. 1. Частотный анализ публикационной активности за период 2008-2018гг. на базе информационной системы «e-LIBRARY» рубрика 15.00.00. («Психология») по исследованию депрессивного расстройства.

В ходе проведения тематического библиометрического анализа по критерию дифференциации исследований депрессивного расстройства были получены следующие результаты: «методы купирования заболевания» - 51 статья (32%) от общего числа публикаций, из них «приемы психотерапевтического воздействия» - 7 статей (13%) и «влияние на болезнь посредством медикаментозного лечения» - 44 (86%) от числа, к методам купирования заболевания. К изучению «психологических особенностей» при ДР относятся 48 статей (30%) от общего числа публикаций; «медицинский критерий» изучения ДР – 35 статей (22%), а также группа «другие» - 23 статьи (14%).

На основе полученных данных мы можем сделать вывод о том, что:

1. За последние 4 года (с 2014г) произошло значительное снижение публикаций в системе «e-library» по исследованиям депрессивного расстройства.
2. Из представленных в системе РИНЦ публикаций большая часть относится к изучению лечения данного расстройства.

3. Основное внимание в лечении депрессии уделяется фармакотерапии, в то время как лечение психотерапией почти не рассматривается.

Список литературы

1. Бауэр, М. Клинические рекомендации всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств часть 1: острое и продолжительное лечение униполярных депрессивных расстройств по состоянию на 2013 год. / М. Бауэр, А. Пфенниг, Э. Северус, П.С. Вайбрау, Ж. Ангст, Х.-Ю. Мюллер// Современная терапия психических расстройств – 2015. - №4. – С. 33-40.
2. Бауэр, М. Клинические рекомендации всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств часть 2: острое и продолжительное лечение униполярных депрессивных расстройств по состоянию на 2013 год. / М. Бауэр, А. Пфенниг, Э. Северус, П.С. Вайбрау, Ж. Ангст, Х.-Ю. Мюллер// Современная терапия психических расстройств – 2016. - №1. – С. 31-48.
3. Бауэр, М. Клинические рекомендации всемирной федерации обществ биологической психиатрии по биологической терапии униполярных депрессивных расстройств часть 3: острое и продолжительное лечение униполярных депрессивных расстройств по состоянию на 2013 год. Продолжение. / М. Бауэр, А. Пфенниг, Э. Северус, П.С. Вайбрау, Ж. Ангст, Х.-Ю. Мюллер// Современная терапия психических расстройств – 2016. - №2. – С. 27-40.
4. Бородкина, Л.В. Когнитивно-стилевая организация при депрессивных расстройствах эндогенного и психогенного генеза / Л.В. Бородкина // Вестник Тверского государственного университета. Серия: педагогика и психология. – 2012. - №1. – С.43-49.
5. Бородкина, Л.В. К проблеме взаимодействия семейного функционирования и нейрокогнитивных параметров эмоционального реагирования при депрессивных расстройствах / Л.В. Бородкина // Вестник Тверского государственного университета. Серия: педагогика и психология. – 2008. - №3. – С. 61-66.
6. Бородкина, Л.В. Особенности восприятия межличностных взаимодействий при депрессивных расстройствах в юношеском возрасте

- / Л.В. Бородкина // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. - №2.Т.9 – С. 106-110.
7. Бородкина, Л.В. Социально-перцептивные функции при депрессивных расстройствах в юношеском возрасте и возможности их коррекции / Л.В. Бородкина // Вестник Тверского государственного университета. Серия: педагогика и психология. – 2012. - №2. – С. 103-108.
 8. Вассерман, Л.И. Нейрокогнитивный дефицит и депрессивные расстройства: структурно-функциональный подход в сравнительных многомерных исследованиях / Л.И. Вассерман, Н.И. Ананьева, Е.Л. Вассерман, М.В. Иванов, Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов, А.Л. Горелик и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. - №4. – С.58-67.
 9. Вассерман, Л.И. Нейропсихологическая оценка когнитивных нарушений у пациентов с эндогенными депрессивными расстройствами / Л.И. Вассерман, М.С. Березанцева, Б.Б. Ершов, Л.А.Щелкунова// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. - №31(289). – С.92-96.
 10. Вассерман, Л.И. Стратегии совладающего поведения у больных височной эпилепсией с депрессивными расстройствами / Л.И. Вассерман, С.Д. Табулина, А.В. Чуйкова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. -№1. Т8. – С.71-80.
 11. Воронова, Е.И. Реактивные (психогенные) депрессии / Е.И. Воронова, Э.Б. Дубницкая// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. - №2. Т. 115. – С.75-85.
 12. Жизневский, Р. Депрессия. История вопроса. / Р. Жизневский, Д.А. Заболотов, Р.В. Заболотова // Научное сообщество студентов: междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. XXXVIIмеждунар. студ. науч.-практ.конф. - 2018. - №2.
 13. Захарова, Н.В. Ремиссии при рекуррентном депрессивном расстройстве: эпидемиология, типологическая дифференциация, терапия: автореф. дис...канд.мед.наук 14.01.06 / Н.В. Захарова; Москва науч. центр псих. здоровья РАМН. – Москва., 2015. – 22с.
 14. Семке, В.Я. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств / В.Я. Семке, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №5(62). – С.50-57.

**ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОГО
ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ
МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Суркова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. Восприятие времени – это субъективное отражение длительности, скорости протекания и последовательности реальных явлений. Физиологической основой восприятия времени выступает ряд 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 кинестетические и слуховые ощущения.

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. 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.

На восприятие времени влияют следующие факторы: возраст человека, шум, мотивация, эмоции, фармакологические средства, наполненность промежутка времени событиями, стрессовые ситуации, темперамент человека и т.п.

Восприятие времени, будучи связанным с определенными психофизиологическими механизмами и их системами, может нарушаться, в частности при очаговых поражениях головного мозга.

Ключевые слова: Восприятие времени, младшие школьники, временной гнозис.

PECULIARITIES OF PERCEPTION OF TIME IN YOUNG SCHOOLBOYS WITH VIOLATION OF COGNITIVE FUNCTIONS

Surkova A.A.

Abstract. Perception of time is a subjective reflection of the duration, speed and sequence of real phenomena. The physiological basis of perception of time is a series of analyzers that combine into a system and act as a single whole. The perception of time is based on a rhythmic change of excitation and inhibition, damping of excitatory and inhibitory processes in the central nervous system, in the cerebral hemispheres. The most accurate differentiation of time intervals is given by kinesthetic and auditory sensations.

Disorder of temporary perception is observed when various parts of the cortex are affected. Hence it can be concluded that the perception of time is carried out with the help of a number of analyzers, combining into a system and acting as a single whole. Auditory sensations reflect the temporal characteristics of the acting stimulus: its duration, rhythmic nature, and so on. Motor sensations provide a fairly accurate reflection of the duration, speed and sequence of phenomena. Perception of time is influenced by the following factors: human age, noise, motivation, emotions, pharmacological means, eventfulness full of time, stressful situations, human temperament, etc.

Perception of time, being associated with certain psycho-physiological mechanisms and their systems, can be violated, in particular, in focal lesions of the brain.

Key words: Perception of time, younger schoolchildren, temporary gnosis.

Восприятие времени – это субъективное отражение длительности, скорости протекания и последовательности реальных явлений [3]. Ориентировка во времени у человека осуществляется с помощью корковых отделов мозга [4].

Морфологическое формирование межполушарных комиссуральных структур (прежде всего, мозолистого тела) обеспечивает уровень функциональной зрелости межполушарного взаимодействия. Формирование

межполушарного взаимодействия определяется не только функциональным созреванием обоих полушарий мозга, но и их специализацией с распределением обязанностей между ними [1].

В младшем школьном возрасте продолжается развитие восприятия. Благодаря совершенствованию наблюдения восприятие превращается во все более целенаправленный и управляемый процесс [5]. Таким образом, младший школьный возраст это возраст интенсивного интеллектуального развития [2]. На основе интеллекта развиваются все остальные функции. Возникает произвольное и намеренное запоминание, способность произвольно сосредоточить внимание на нужном объекте, произвольно вычленять из памяти то, что нужно для решения текущей задачи; научается выделять цель, условия и средства ее достижения, появляется способность к теоретическому мышлению. Все эти достижения свидетельствуют о переходе ребенка к следующему возрастному периоду. Выборка: в исследовании приняли участие 30 человек возраста от 7 до 11 лет, из которых 14 мальчиков и 16 девочек, 11 левшей и 19 правшей. Исследование проводилось на базе МБОУ «Лицей №44». Для оценки субъективного восприятия времени применялись методики: отсчет 22с., методика оценки субъективного восприятия времени из серии 5 и 30 с., часы, а так же методика «Минута».

Результаты: В эмпирическом исследовании были выявлены различия в группах детей. У левшей наблюдается более быстрое восприятие времени, чем у правшей. У детей первого класса пробы более равномерны, чем у детей 4 класса, но утомляемость наблюдается в обоих классах. Так же по методике «Часы» было обнаружено, что левши чаще ошибаются в определении времени, чем правши, а ошибки у левшей чаще были в часовой стрелке, у правшей – в минутной.

Так же 1 группы детей 1 класса отвечали более ровно, а пробы в 4 классе отличались резкостью ответов. Данное наблюдение может быть обусловлено возрастными особенностями школьников.

Данные результаты могут быть объяснены тем, что дети только сейчас стали овладевать техникой восприятия, а у школьников 1 класса восприятие отличается слабой дифференцированностью.

Список литературы:

1. Арестова А. Музыкальное развитие леворукого ребенка. М., 2012.

2. Асимметрия. Межполушарная асимметрия и адаптация / Ротенберг В. С., Аршавский В. В. М., 2008.
3. Лурия А.Р. Лекции по общей психологии. СПб., 2006.
4. Никишина В.Б. Некоторые аспекты психологической реабилитации детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Ярославский педагогический вестник. 2000. - № 3 (25). - С. 598-601.
5. Селиванова Д.С. Особенности временной перцепции при состоянии алкогольной зависимости. М., 2015.

ОСОБЕННОСТИ КИНЕТИЧЕСКОГО ПРАКСИСА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тимофеев М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. Статья посвящена исследованию нейропсихологических особенностей кинетического праксиса у слабослышащих младших школьников. В статье представлены результаты нейропсихологического обследования одного ребёнка младшего школьного возраста. Исследование проведено с использованием нейропсихологических методов исследования. Полученные данные продемонстрировали отличия в особенностях кинетического праксиса у слабослышащих младших школьников от их сверстников с нормальным слухом.

Ключевые слова: детская нейропсихология, слабослышащие младшие школьники, кинетический праксис, нейропсихологические пробы.

PECULIARITIES OF KINETIC PRAXIS IN IN HEARING IMPAIRED PRIMARY SCHOOL CHILDREN: CLINICAL CASE

Timofeev M.E.

Abstract. The article is devoted to the study of neuropsychological features of kinetic praxis in hearing impaired primary school children. The results of neuropsychological examination of one child of primary school age are presents at the article. The study was conducted using neuropsychological research methods. The data obtained showed differences in the features of kinetic praxis in hearing impaired primary school children from their peers with normal hearing.

Key words: child neuropsychology, hearing impaired primary school children, kinetic praxis, neuropsychological tests.

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что статистика в отношении здоровья подрастающего поколения в России содержит негативные демографические факты, в том числе падение рождаемости, увеличение психосоматических нарушений у детей. По данным Российской академии образования в настоящее время 1,6 млн. детей, проживающих в Российской Федерации (4,5 % от их общего числа), относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, соответствующем их особым образовательным потребностям. Из них 352,9 тыс. детей посещают группы и учреждения дошкольного образования компенсирующего вида. Причем 63,6 % этих учеников постоянно общаются в дошкольных учреждениях с детьми, не имеющими отклонений в развитии [3].

Адаптация организма ребенка с нарушением слуха к условиям окружающей среды обеспечивается за счет активного участия центральной нервной системы (ЦНС) и сенсорных систем (зрительной, вестибулярной и др.), которые играют большую роль при обучении выполнению движений. При этом важно не только восприятие отдельных раздражений, действующих на разные сенсорные системы, но и их координационное взаимодействие. Двигательная кора является интегративным центром, в котором сигналы от мышечных рецепторов, дополняемые информацией от чувствительных аппаратов множества других типов, принимают участие в формировании системы действий, обеспечивающих двигательные акты [1, 4].

Адаптивный характер функционирования организма в различные возрастные периоды определяется двумя важнейшими факторами – структурно-функциональной зрелостью физиологических систем и

адекватностью воздействующих средовых факторов функциональным возможностям организма[2].

Но при всём многообразии работ, посвящённых исследованию слабослышащих детей младшего школьного возраста, очень мало исследований особенностей кинетического праксиса у данной группы детей. Эта проблема сейчас очень актуальна, так как существуют затруднения в коррекционно-развивающем обучении слабослышащих младших школьников.

Ниже приведён клинический разбор результатов диагностики слабослышащего ребёнка младшего школьного возраста.

Девочка, 9 лет.

При экспериментальном нейропсихологическом обследовании отмечается следующая картина развития психической деятельности и высших психических функций (ВПФ).

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). Отмечается высокая длительность усвоения инструкции (более 3 минут). Отношение к исследованию положительное. Критика к собственным ошибкам сохранна, корректирует выполнение самостоятельно и с подсказкой экспериментатора. Эмоциональный фон стабилен. Нарушение слуха (слабослышание) имеет с рождения. Речь замедлена. При произношении сложнограмматических слов использует язык жестов как вспомогательный инструмент.

Восприятие и воспроизведение эмоциональных состояний по фото и схематическим изображениям (химерам) – без затруднений. *Внимание:* проба «таблицы Шульте» - стратегия хаотическая, ошибок допускает мало, их корректирует самостоятельно. Время выполнения соответственно: 81; 94; 96; 102; 110 секунд. Результаты не соответствуют возрастной норме.

Двигательная сфера. В динамическом праксисе – проба «первый-второй, первый пятый пальцы»: выполнение затруднено, медленно усваивает инструкцию и эталон воспроизведения. Допускает много ошибок (более 10). Время усвоения инструкции 5-7 минут. Наблюдаются персеверации. Перенос с одной руки на другую сохранен. Ошибок значительно меньше (3-4). При закрывании глаз ошибки усиливаются. В графической пробе «забор»: начинает работу правой рукой, медленно, программа в целом соблюдена. *Реципрокная*

координация – «стук» ладонями по столу (самокомпенсация по типу усиления афферентных сигналов), согласованные, плавные движения, ускорение доступно. *Пробы на конфликтную произвольную деятельность* – «кулак-палец» подъем руки на стук выполняет медленно, с ошибками.

В практике позы – без ошибок, перенос в норме. *В пространственном практике* (пробы Хэда) наблюдаются значительные затруднения. Инструкция усваивается с 7-8-го раза. *Конструктивный праксис* – проба на копирование пространственно-ориентированной фигуры выполняет с ошибками в расположении элементов фигуры.

В гностической сфере следует отметить: полную сохранность *фонематического слуха* на всех уровнях (звука, слога, слова); *зрительно-предметный гнозис* – в простых пробах безошибочное выполнение, в сенсibilизированных (недорисованные изображения) – так же отсутствуют ошибки.

Память. При исследовании произвольной памяти припомнила 3 слова из 5, что не соответствует возрастной норме; в сенсibilизированной пробе (2 группы по 3 слова) непосредственное воспроизведение почти недоступно (воспроизводит 1-2 слова, наблюдаются контаминации). После интерференции групп – слова забываются. При воспроизведении короткого рассказа («Жадная собака»), дает верный пересказ, что соответствует возрастной норме. *Зрительно-предметная память:* из 5 предметов непосредственно припоминает 5, без изменения порядка (соответствует возрастной норме), после гетерогенной интерференции – то же, после гомогенной – то же, стоит отметить, что измененный порядок воспроизводится устойчиво.

Развитие речи не соответствует возрастной норме, грамматика, словарный запас, речевая активность – снижены. *Диалогическая речь* – развернутые ответы на поставленные вопросы. *Номинативная функция речи* – удерживает и называет показанные ей 3-4 предметные картинки. *Коммуникативная функция речи* в норме. *Логико-грамматические конструкции:* понимает с трудом, после многократного разъяснения. Чтение медленное, с ошибками.

Интеллектуальная деятельность. Развитие вербально-логического мышления не соответствует возрастной норме. При пересказе серии сюжетных картин наблюдается конкретное воспроизведение увиденного на каждой картинке. Взаимосвязь картинок не указывает. Проба на обобщение выполнена опираясь на конкретные признаки.

Заключение: Всё выше перечисленное позволяет сделать вывод о том, что развитие ВПФ ребёнка не соответствует возрастной норме. Наблюдаются отставание в развитии речи, особенно в понимании сложных логико-грамматических конструкций. Так же наблюдается отставание в пространственном гнозисе.

Особенности выполнения двигательных проб говорит о том, что имеется отставание в развитии, по сравнению с нормой. Наличие perseverаций, трудностей усвоения новых движений и переключения на новый стимул говорит о том, что развитие кинетического праксиса у слабослышащих младших школьников имеет свои особенности, по сравнению с детьми той же возрастной группы, но с нормальным слухом.

Список литературы

1. Загузова З. С.А., Шутова С.В. Особенности функционального состояния нервно-мышечной системы школьников с умственной отсталостью // Теория и практика физической культуры. 2007. № 8. С. 21-23.
2. Кокорева Е.Г. Гетерохронность развития психофизиологических функций у детей с нарушениями зрения и слуха. Современные проблемы науки и образования. Издательский Дом "Академия Естествознания". №2. 2015. С. 533.
3. Курамин С.А. Возрастные особенности психофизиологических функций у детей 7-10 лет с нарушением слуха. Диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук. Челябинск. 2008. С 116.
4. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. М., 2005.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Удалова Е.А.

Челябинский государственный университет, АНО ЦР «Вектор»
г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей отношения к собственному телу у мужчин и женщин юношеского возраста. Обследовано 60 здоровых испытуемых в возрасте от 20 до 22 лет (в том числе 30 мужчин и 30 женщин). Результаты исследования показали, что у женщин значительно более выражены беспокойство о своем теле и его формах, рассогласование между реальным и идеальным образом тела.

Ключевые слова: образ тела; отношения к собственному телу; неудовлетворенность собственным внешним обликом; юношеский возраст.

FEATURES OF THE ATTITUDE TOWARD ONE'S OWN BODY IN JUVENESCENCE

Udalova E.A.

Abstract. The article presents the results of investigation of features of attitude toward one's own body in juvenescent men and women. 60 healthy subjects aged 20 to 22 years were examined (30 men and 30 women). The study's results show that body dissatisfaction, disagreement between real and ideal body image are significantly more pronounced in women.

Keywords: body image; attitude toward one's own body; body dissatisfaction; juvenescence.

Отношение к собственному телу в психологии рассматривается в рамках понятия образ тела. Понятием «образ тела» обозначается комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела; чувственный ментальный эквивалент тела в сознании субъекта [2]. В психологию этот термин был введен П. Шильдером, который понимал под ним своеобразную систему представлений человека о физической стороне собственного «Я», о своем теле – телесно-психологическая «карта». При этом образ тела не является пассивным и «застывшим», раз и навсегда заданным. Напротив, он динамичен и субъективен, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности. Образ тела конструируется им из отдельных фрагментов – различных проявлений телесного опознавания в разнообразных жизненных ситуациях [13].



Образ тела является одним из важнейших компонентов самосознания человека и представляет собой глубинную структуру личности, которая влияет на всю личность в целом: отражает субъективное восприятие собственного тела, внешности, сравнение и идентификацию своего тела с телами других и «идеалом» [9]. По мнению Т.Г. Трунова, образ тела – это мое тело, глазами Другого (тело для Другого). Это мое тело, переживаемое мной не только как тело для другого, но даже – как тело Другого: Я могу воспринимать свое тело отвлеченно, именно как тело Другого, не теряя при этом ощущение «моего тела» [14].

В процессе развития образ тела органически включается во все звенья структуры самосознания: притязание на признание, половая идентификация, психологическое время личности, социальное пространство личности, реализуемое через права и обязанности [8].

Формирование образа тела происходит в результате влияния социально-психологических факторов и представляет собой двойственный процесс. С одной стороны, на формирование образа тела влияет социум, что выражается в суждениях, мнениях, представлениях, стереотипах, эталонах, с другой, – это самостоятельное осмысление и дифференцировано-избирательная работа на основе собственных, т.е. субъективных критериев. На структуру образа тела оказывают влияние следующие факторы: реальное субъективное внешнее восприятие тела с точки зрения функциональной способности в целом; интериоризированные психологические факторы, возникающие в связи с эмоциональными переживаниями и различными жизненными ситуациями индивида; социальные факторы: реакции окружающих на индивида и его интерпретация реакций; идеальный образ тела, включающий в себя отношение индивида к своему телу, которое возникает в результате конкретных наблюдений, сравнений и отождествлений с телесными качествами других людей [3].

Современные исследователи указывают на особую значимость образа тела в юношеском возрасте [1; 4-7; 10-12]. В этот период своей жизни люди крайне чувствительны к особенностям своего тела, т.к. физическое созревание является для них и социальным символом, знаком взросления. Молодые люди придают особое значение тому, насколько их тело и внешность соответствует стандартному образцу мужественности и женственности [1].

Важность соответствия внешности определенному эталону среди лиц юношеского возраста подчеркивал И.С. Кон. Он отмечал, что «для ребят очень

важно, насколько их тело и внешность соответствуют стереотипному образу маскулинности и феминности. При этом юношеский эталон красоты и просто «приемлемой» внешности нередко завышен, нереалистичен» [5]. Отчасти это связано с влиянием современных средств массовой информации и новых «стандартов» красоты. Поэтому среди юношей и девушек наиболее часто наблюдаются неудовлетворенность собственной внешностью. В последнее время авторы все чаще поднимают проблему «жертв моды», к которым относят тех женщин, которые, попав под влияние модных эталонов женской красоты, перестают замечать собственные внешние достоинства и тем более забывают о «внутреннем наполнении». В литературе приводятся данные о том, что у женщин юношеского возраста значимо более выражены, чем у их ровесников-мужчин, неудовлетворенность образом собственного тела, дисфункциональных схем, мнений и мыслительных стереотипов по поводу внешности [11]. Следуя желанию приблизиться к идеальному образу женщины «с обложки журнала», они отыскивают все новые и новые «дефекты» своей внешности и начинают испытывать хроническую неудовлетворенность собой [7].

Последствия неудовлетворенности внешностью могут выражаться как в незначительных колебаниях настроения, так и в серьезных патологиях, таких как нарушения пищевого поведения (анорексия, булимия и т.п.) [4].

Это свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования – изучить особенности отношения к собственному телу у мужчин и женщин юношеского возраста.

В исследовании приняли участие 30 мужчин и 30 женщин в возрасте от 20 до 22 лет. В исследования использовались методики «Опросник образа собственного тела» О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи, «Идеальное представление образа тела» Т.Ф. Кэша (в адаптации Д.А. Бесковой), «Форма вашего тела» П.Дж. Купера, М.Дж. Тейлора, З. Купера, С.Г. Фэрберна (в адаптации Н.В. Михайловой). Методы математико-статистического анализа: критерий U Манна-Уитни.

Результаты методик «Опросник образа собственного тела» О.А. Скугаревского и С.В. Сивухи, «Форма вашего тела» П.Дж. Купера и соавторов, «Идеальное представление образа тела» Т.Ф. Кэша представлены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты сравнения показателей образа собственного тела

Переменные	Мужчины	Женщины	U эмп.	p
------------	---------	---------	--------	---



Неудовлетворенность внешностью	4,23±1,78	5,07±1,61	315,00	p≤0,05
Озабоченность формой тела	48,27±14,39	74,40±26,91	145,00	p≤0,01
Конфликт между реальным и идеальным образом тела	0,91 ± 0,72	1,33 ± 0,59	292,00	p≤0,01

Как показали результаты исследования, в целом испытуемым обеих групп присуща легкая степень неудовлетворенности образом своего тела. Многие из обследованных мужчин и женщин сообщили, что из-за чувства неловкости, связанного с собственным внешним видом, им сложно принимать комплименты, сложно получать удовольствие от своей деятельности, они стараются избегать ситуаций когда, окружающие могут увидеть их тело. При этом в группе женщин показатель неудовлетворенности своей внешностью выше, чем в группе мужчин, и эти различия являются значимыми (при $p \leq 0,05$).

У большинства обследованных мужчин озабоченность формой своего тела проявляется в пределах нормы. Многие из них отметили, что не испытывали чувство стыда за свое тело, не задумывались о диетах, не ощущали себя толстыми после потребления высококалорийных блюд. У большинства обследованных женщин проявляется «мягкое» беспокойство относительно тела и его форм. Многие из опрошенных женщин отметили, что иногда сравнивает свои тела с другими женщинами, стараются избегать одежды, которая подчеркивает их формы, и временами ощущают нехватку самоконтроля в связи с приемами пищи. В группе женщин показатель озабоченности формой своего тела значимо выше, чем в группе мужчин (при $p \leq 0,01$).

У большинства обследованных мужчин отсутствует конфликт между реальным и идеальным образом тела. Многие из них отметили, что находятся в гармонии с собой, поскольку считают, что их реальный телесный облик (пропорции тела, черты лица, вес и пр.) по большей части соответствует их представлениям об идеальной внешности или, по крайней мере, не противоречит им. У большинства обследованных женщин имеется легкой степени выраженности конфликт между идеальным представлением образа тела и фактическими данными. Большинство из опрошенных женщин отметили, что имеют устойчивые представления об идеальной внешности, но не всегда соответствуют этим представлениям. В группе женщин показатель расхождения между реальным и идеальным образом тела значимо выше, чем в группе мужчин (при $p \leq 0,01$).

Выводы:

1. Обследованным мужчинам юношеского возраста в целом не свойственны озабоченность формой своего тела, конфликт между реальным и идеальным образом своего тела, но присуща легкая степень неудовлетворенности образом собственного тела.

2. Обследованным женщинам юношеского возраста в целом присущи легкая степень неудовлетворенности образом собственного тела, легкая степень озабоченности формой своего тела и мягко выраженный конфликт между реальным и идеальным образом тела.

3. Показатели неудовлетворенности своей внешностью, озабоченности формой своего тела и расхождения между реальным и идеальным образом тела в группе женщин значимо выше, чем в группе мужчин.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что фактор пола может оказывать существенное влияние на удовлетворенность собственным внешним обликом в юношеском возрасте. Сравнение мужчин и женщин юношеского возраста показало, что у женщин значимо более выражены беспокойство о своем теле и его формах и расхождение между реальными и идеальными представлениями о теле.

Список литературы

1. Волков, Б. С. Психология юности и молодости [Текст] / Б. С. Волков. – М. : Академический Проект: Трикста, 2006. – 256 с.
2. Газарова, Е. Э. Психология телесности [Текст] / Е. Э. Газарова. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 192 с.
3. Ермолаева, А. В. Восприятие собственной внешности в формировании личности женщины–лидера : автореф. дисс. канд. психол. наук [Текст] / А. В. Ермолаева. – М.: 2004. – 28 с.
4. Келина, М. Ю. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста [Текст] / М. Ю. Келина, Е. В. Маренова, Т. А. Мешкова // Психологическая наука и образование. – 2011. – Т. 5. – С. 44–51.
5. Кон, И. С. Психология ранней юности [Текст] / И. С. Кон. – М. : Просвещение, 1989. – 256 с.
6. Корякина, А. В. Культ тела у современной молодежи: мифы & реальность [Текст] / А. В. Корякина, К. Г. Кривошапкина, В. Г. Овчаренко, Е. В.

- Подосинникова // Наука для молодых: сборник научных статей научных трудов молодых ученых и специалистов. – М. : Изд-во МГПУ, 2018. – С. 374-384.
7. Либина, Е. В. Психология современной женщины: и умная, и красивая, и счастливая [Текст] / Е. В. Либина. – М. : ПЕР СЭ, 2001. – 528 с.
 8. Мухина, В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество [Текст] / В. С. Мухина. – М. : Академия, 2006. – 608 с.
 9. Налчаджян, А. А. Психологическая адаптация: Механизмы и стратегии [Текст] / А. А. Налчаджян. – М.: Эксмо, 2010. – 368 с.
 10. Павлова, Н. М. Психологические особенности образа "телесного Я" студенческой молодёжи [Текст] / Н. М. Павлова, А. Н. Захарова // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов. – Чебоксары: Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, 2017. – С. 347–355.
 11. Рагозинская, В. Г. Индивидуально-психологические особенности образа тела у мужчин и женщин молодого возраста [Текст] / В. Г. Рагозинская // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2017. – № 1 (15). [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 18.09.2018).
 12. Рагозинская, В. Г. Взаимосвязь образа тела, индивидуально-психологических свойств личности и соматического статуса у здоровых лиц молодого возраста [Текст] / В. Г. Рагозинская // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2016. – № 2. – С. 127–142.
 13. Татаурова, С. С. Актуальные проблемы исследования образа тела [Текст] / С. С. Татаурова // Психологический вестник Уральского государственного университета. – 2009. – Вып. 8. – С. 142–154.
 14. Трунов, Д. Г. Образ тела и чувство тела – главная оппозиция телесного бытия [Текст] / Д. Г. Трунов // Вестник Бурятского госуниверситета. – 2009. – № 14. – С. 48–51.

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЯЗАННОСТИ К РОМАНТИЧЕСКОМУ ПАРТНЕРУ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ И В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Улейская М.В.

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей отношений привязанности к романтическому партнеру у женщин возраста ранней взрослости и зрелого возраста. Обследовано 50 женщин возраста ранней взрослости (от 20 до 25 лет) и 46 женщин зрелого возраста (от 37 до 45 лет). В результате исследования установлено, что в отношениях с романтическим партнером у женщин возраста ранней взрослости значимо менее выражено стремление к избеганию эмоциональной близости и значимо более выражено стремление к слиянию с ним, чем у женщин зрелого возраста.

Ключевые слова: привязанность; стиль романтической привязанности; возраст ранней взрослости; возраст зрелости

FEATURES OF ROMANTIC ATTACHMENT IN WOMEN IN EARLY ADULTHOOD AND IN AGE OF MATURITY

Uleyskaya M.V.

Abstract. The article presents the results of investigation of features of romantic attachment in women of early adulthood and in age of maturity. 50 women of the age of early adulthood (from 20 to 25 years old) and 46 women of mature age (from 37 to 45 years old) were examined. It was found that the avoidance of emotional intimacy is significantly less pronounced in women of the age of early adulthood than in women of mature age. Also it was found that the tendency for rapprochement with a partner is significantly less pronounced in women of the age of early adulthood.

Keywords: attachment; style of romantic attachment; age of early adulthood; age of maturity

Романтические и любовные отношения взрослых являются отношениями привязанности [12]. Способность выстраивать отношения здоровой привязанности является одним из признаков психологически зрелой личности. При этом здоровая привязанность взрослых лиц подразумевает длительные, глубокие отношения, при которых партнеры поддерживают друг друга, помогают друг другу, зависят друг от друга, обеспечивая при этом друг другу определенную степень свободы [4].



В отношениях привязанности (прежде всего, в романтических и любовных отношениях) удовлетворяются значимые потребности личности в любви, принятии и чувстве безопасности. Возможность удовлетворения этой потребности индивида в конкретных романтических или любовных отношениях зависит от стиля привязанности каждого участника этих взаимоотношений. При этом под стилем привязанности понимают устойчивый паттерн ожиданий, эмоций и поведения, связанного с отношениями [13].

По мнению современных авторов, стиль привязанности у взрослых людей формируется под влиянием внутренней рабочей модели привязанности, сформированной в раннем детстве в отношениях со значимыми взрослыми (родителями) [5; 7; 10; 12].

Внутренняя рабочая модель привязанности характеризуется двумя параметрами: тревогой (по поводу привязанности) и избеганием близости. Уровень выраженности тревоги у индивида отражает степень его уверенности или неуверенности в надежности, доступности и отзывчивости значимого лица. Уровень выраженности избегания близости индивида отражает степень переживаемого им комфорта/дискомфорта от психологического сближения с другим человеком и формирования зависимости от него [5; 10].

Люди с надежной привязанностью склонны к положительным взглядам о себе и партнере, в том числе и об их отношениях. Часто они удовлетворены отношениями, в большей степени, чем люди с другими стилями привязанности. Они ощущают себя комфортно как в близости с другим, так и в независимости [12].

Формирование тревожно-амбивалентного или избегающего типа привязанности к матери приводит к серьезным нарушениям в психическом развитии индивида и к его неэффективной адаптации в социуме [6; 14].

Люди с тревожно-амбивалентным типом привязанности ищут высокого уровня близости, одобрения, отзывчивости от их партнера. Они склонны переживать о том, что партнер не любит их и может разорвать отношения с ними. Люди с избегающей привязанностью требуют большей независимости, видят себя самодостаточными и неуязвимыми, склонны подавлять и скрывать свои чувства. Некоторые из них могут воспринимать близкие отношения как не имеющие для них большого значения [12].

Современные авторы выделяют три фактора, определяющих стиль привязанности во взрослом возрасте: доверие, зависимость и близость [9].

Индивидуальный стиль романтической привязанности у взрослых – это сложное многокомпонентное образование, которое у конкретного индивида определяется определенной степенью выраженности следующих компонентов:

- стремление к сближению (степень эмоциональной близости в отношениях с партнером, принятие партнера);
- доверие (степень открытости, доверия в отношениях, их эмоциональная стабильность);
- амбивалентность (уровень противоречивости, нестабильности эмоционального отношения к партнеру);
- фрустрация (степень подавленности и наличие негативных эмоций в эмоциональных отношениях любви);
- самоподдержка (уровень автономности, дистанцированности в эмоциональных отношениях с партнером);
- ревность / страх быть оставленным (степень ревности и концентрированность на отношениях и страх потерять любовь партнера);
- «срастание» с партнером (степень недифференцированности личностных границ в отношениях и психологическое слияние) [1; 3].

Несмотря на то, что решающее влияние на становление паттерна взрослой привязанности оказывает качество привязанности к родителям в детстве [1-3; 8; 12], с течением времени индивидуальный стиль привязанности может подвергаться определенным изменениям [15]. В связи с этим можно предположить, что у лиц разного возраста отношения привязанности будут иметь определенные различия. Однако эмпирические исследования, направленные на выявление возрастных особенностей привязанности, крайне немногочисленны и фрагментарны. Это свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования – изучить особенности отношений привязанности к романтическому партнеру у женщин молодого и зрелого возраста.

Обследовано 96 здоровых женщин, выразивших добровольное согласие на участие в исследовании, в том числе 50 женщин возраста ранней взрослости (от 20 до 25 лет) и 46 женщин зрелого возраста (от 37 до 45 лет).

В исследовании применялись методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р. К. Фрейли (адаптация Т.В. Казанцевой и В.Н. Куницыной) и «Мульти-опросник измерения романтической привязанности у взрослых» К. Бреннан и П. Шейвера (адаптация Т.Л. Крюковой и О.А. Екимчик). Для математико-статистического анализа применялся критерий U Манна-Уитни.

Результаты методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли представлены в табл. 1.

Таблица 1**Результаты сравнения показателей в двух группах**

Переменные	Ранняя взрослость	Зрелость	р
Тревога в отношениях с партнёром	4,72±2,64	4,67±3,37	p>0,05
Избегание эмоциональной близости с партнёром	4,22±2,63	5,24±2,64	p≤0,05

Как видно из данных в таблице 1, в целом испытуемые обеих групп в романтических отношениях не склонны к переживанию выраженной тревоги и к избеганию эмоциональной близости с партнёром. При этом в группе женщин возраста ранней взрослости показатель избегания эмоциональной близости с партнёром значимо ниже, чем в группе женщин зрелого возраста (при p≤0,05). Это означает, что женщин возраста ранней взрослости при психологическом сближении с другим человеком и формировании зависимости от него менее склонны испытывать чувство дискомфорта. Показатели тревоги в двух группах значимо не различаются.

Результаты методики «Мульти-опросник измерения романтической привязанности у взрослых» (MIMARA) представлены в табл. 2.

Таблица 2**Результаты сравнения показателей образа собственного тела**

Переменные	Ранняя взрослость	Зрелость	р
Стремление к сближению с партнером	5,05 ± 0,76	4,69 ± 0,68	p≤0,01
Самоподдержка	3,84 ± 0,76	3,80 ± 0,44	p>0,05
Амбивалентность	3,48 ± 0,97	3,55 ± 0,76	p>0,05
Доверие	4,41 ± 0,67	4,48 ± 0,48	p>0,05
Ревность	4,06 ± 0,68	4,05 ± 0,61	p>0,05
Срастание с партнёром	3,59 ± 0,78	3,68 ± 0,80	p>0,05

Как видно из данных в таблице 2, в целом испытуемые обеих групп в романтических отношениях стремятся к сближению с партнером и, вместе с тем, допускают некоторую степень автономности и дистанцированности в

отношениях, склонны доверять ему и в то же время иногда могут проявлять ревность. При этом в группе женщин возраста ранней зрелости показатель стремления к сближению с партнером значимо выше, чем в группе женщин зрелого возраста (при $p \leq 0,01$). Это означает, что женщин возраста ранней зрелости более склонны к принятию партнера и к эмоциональной близости в отношениях с ним, чем женщины зрелого возраста. Показатели других шкал методики в двух группах значимо не различаются.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтвердили существование значимых различий между отношениями привязанности к романтическому партнеру у женщин молодого и зрелого возраста: в отношениях с романтическим партнером у женщин возраста ранней зрелости значимо менее выражено стремление к избеганию эмоциональной близости и значимо более выражено стремление к слиянию с ним, чем у женщин зрелого возраста.

Список литературы

1. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей [Текст] / Дж. Боулби. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
2. Боулби, Дж. Привязанность [Текст] / Дж. Боулби. – М.: Гардарики, 2003. – 446 с.
3. Григорова, Т. П. Деструктивная привязанность к партнеру во взрослом возрасте и совладание с ее проявлениями: автореф. дис. ... канд. психол. наук [Текст] / Т.П. Григорова. – Кострома, 2015. – 166 с.
4. Дмитриева, Н. В. Психология привязанности и интимности [Текст] / Н.В. Дмитриева // Актуальные проблемы психологии личности: сборник статей по материалам II международной научно-практической конференции. Часть I. – Новосибирск: СибАК, 2010.
5. Казанцева, Т. В. Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли [Текст] / Т.В. Казанцева // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Аспирантские тетради. – 2008. – №34 (74). – С. 139-144.
6. Калмыкова, Е. С. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме [Текст] / Е.С. Калмыкова, М.А. Падун // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 1 [Электронный ресурс]. – URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2910>.

7. Куницына, В. Н. Воспроизведение типов привязанности в отношениях с близкими людьми [Текст] / В.Н. Куницына, Т.В. Казанцева // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. – 2009. – № 1-2. – С. 3-8.
8. Яремчук, М. В. Особенности привязанности в детско-родительских отношениях и отношениях любви у старших подростков [Текст] / М.В. Яремчук // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 3. – С. 86–94.
9. Baldwin, M. W. An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches [Текст] / M.W. Baldwin, J.P.R. Keelan, B. Fehr, D.W. Thomson // Personality and Social Psychology Bulletin. – 1993. – Vol. 19. – P. 746–754.
10. Bartholomew, K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective [Текст] / K. Bartholomew // Journal of Social and Personal Relationships. – 1990. – Vol. 7. – P. 147–178.
11. Brennan, K. A. Dimensions of attachment and the dynamics of romantic relationships [Текст] / K.A. Brennan, P.R. Shaver // Personality and Social Psychology Bulletin. – 1995. – 21, 267-283.
12. Fraley, R. C. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions [Текст] / R. C. Fraley, R. P. Shaver // Review of General Psychology. – 2000. – Vol. 4. – № 2. – P. 154.
13. Hazan, C. Romantic love conceptualized as an attachment process [Текст] / C. Hazan, P. Shaver // J. Pers. Soc. Psychol. – 1987. – Vol. 52. – P. 511–524.
14. Ragozinskaya, V. G. Alexithymia and attachment quality in the context of psychosomatic disorders [Текст] / V.G. Ragozinskaya // Психоневрология в современном мире: Материалы Юбилейной научной сессии. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 47.
15. Waters, E. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general discussion [Текст] / E. Waters, N.S. Weinfield, C.E. Hamilton // Child Development. – 2000. – Vol. 71. – P. 703–706. doi:10.1111/1467-8624.00179.

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ В СТРУКТУРЕ КВИР- ТЕОРИИ

Хахутадзе Н.М.К.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

**Научный руководитель: канд. психол. н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация: В статье рассматривается проблема гендерной идентичности сквозь призму квир- теории. Представлена специфика и основные положения квир- теории, и её становление в историческом аспекте.

Ключевые слова: гендер, гендерная идентичность, квир, квир- теория.

GENDER IDENTITY IN THE STRUCTURE OF QUEER THEORY.

Khakhutadze N.M.K.

Abstract. The article discusses the problem of gender identity with the help of a lens of a strange theory. The specificity and main provisions of the strange theory and its formation in the historical aspect are presented.

Key words: gender, gender identity, queer, queer theory.

На сегодняшний день в полной мере становление квир- теории является не возможным, ввиду того, что она отвечает требованиям времени, опирается на все изменения в социуме и культуре и не предъявляет жестких требований исследователям квир- теории [4]. Стоит отметить, что в отечественной психологической литературе квир- теория всё ещё является terra incognita [1].

В историческом аспекте понятие «квир» изначально употреблялось как оскорбление. Термин «queer» (с англ. «странный», «ненормальный») возник в XVI в. и обозначался как любое ненормативное поведение[1]. В конце XIX в. значение этого слова ограничилось сферой сексуального и гендерного поведения: им стали обозначать женоподобных гомосексуальных мужчин [1]. Со временем «queer» приобрел совершенно противоположное значение, он стал обозначаться как выход за рамки предложенного, разрушение бинарных оппозиций – мужчина/женщина, гендер/пол, а самое главное, квир- теория



отказывается от ярлыков «норма» и «девиантность» в определении моделей поведения [4].

До сих пор в науке нет строгого определения самого понятия «квир», при этом в квир-теории существует центральная идея: в ситуации трансмодерна не может существовать стабильная и долговременная идентичность [4].

Квир-теория даёт возможность гендерной идентичности быть пластичной, гибкой, не следовать строгому гендеру только маскулинности или фемининности, даёт осознание того, что в течение жизни гендер изменчив. Более того, верно будет сказать, что в некоторых ситуациях она меняется в течение одного дня в зависимости от обстоятельств [3]. Например, девушка в отношении своего молодого человека проявляет свой фемининный гендер, а на работе, где она имеет руководящую должность, маскулинный гендер, со всеми присущими ему характеристиками.

А.П. Шевелёва в своей статье указывает на мозаичность идентичности в рамках квир-теории, т.е. она состоит из разных составляющих, ни одна из которых не является центральной, определяющей [4]. Например, идентичность определенного человека будет определяться его половой принадлежностью, этнической группе, сексуальной ориентации, социальным ролям, все эти факторы являются значимыми для идентичности, все они влияют друг на друга через реакцию социума, которое отсылает обратно те сигналы, которые человек посылает ему через свое тело и поведение [4].

Положительный вклад квир-теории заключается в том, что она пытается поставить значимость личности выше социума и существующих в нем моделей, утверждает уникальность личности, право выхода индивида за жесткие гендерные рамки [2]. Квир-теория настаивает на условности категоризации по полу, гендеру и сексуальности, обесценивает классификации, позволяет избегать категоризации людей по их сексуальной практике, тем самым спасает индивида от ярлыков и маркировки, освобождает от стигм: «будь кем хочешь» и «можешь быть кем хочешь» [2].

Вместо того чтобы рассматривать идентичность как объект, квир-теория начинает рассматривать ее как процесс. Соответственно, в фокусе рассмотрения будет не то, что такое идентичность, какая она, а то, как именно она создается, через что она обнаруживает свое существование, почему эта идентичность в данной конкретной ситуации становится возможной и прочитывается так, а не иначе, как она меняется, и почему она меняется [5].

Таким образом, гендерная идентичность в структуре квир-теории является пластичным и изменчивым конструктом, даёт человеку возможность ощущать себя мужчиной или женщиной в данный момент времени, а не является таковым постоянно.

Список литературы

1. Воронцов, Д.В. Квир-теория: перспективы психологического анализа сексуальности / Д.В. Воронцов // Вопросы психологии. - 2012. - №2. - С.153-162.
2. Исаев, Д.Д. Квир-концепция как позитивный вектор развития социума / Д.Д. Исаев // На перепутье: методология, теория и практика ЛГБТ и квир-исследований : [сборник статей] / Центр независимых социологических исследований ; ред.-сост. А. А. Кондаков. — СПб., 2014. — XXII с. — С.293-309.
3. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Методика исследования личностной идентичности: методология и технология стандартизации // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. - 2014. - № 6 (177). - С. 254-261.
4. Чукуров, А.Ю. Гендерная идентичность в контексте феминистской критики и квир-теории / А.Ю. Чукуров // Научный журнал «Вестник психофизиологии». - 2016. - №3. - С.23-29.
5. Шевелева А.П. Концепция идентичности в рамках квир-теории / А.П. Шевелева // На перепутье: методология, теория и практика ЛГБТ и квир-исследований : [сборник статей] / Центр независимых социологических исследований ; ред.-сост. А. А. Кондаков. — СПб., 2014. — XXII с. — С. 352-356.

ВЛИЯНИЕ ТИПА МЫШЛЕНИЯ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ СТАРШЕКЛАСНИКОВ

Черкасова В.В.

**Самарский государственный социально-педагогический университет,
г. Самара, Россия**

Аннотация: в данной статье рассматривается вопрос о влиянии типа мышления на профориентацию десятиклассников, а также приводятся результаты и анализ проведения методик Дж. Холланда «Тип мышления» и «Тип личности» в модификации Г.В. Резапкиной.

Ключевые слова: старшеклассники, тип мышления, предметно-действенное мышление, наглядно-образное мышление, абстрактно-символическое мышление, словесно-логическое мышление, типы личности.

INFLUENCE OF THE TYPE OF THINKING ON THE PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION OF HIGH SCHOOL SENIOR

Cherkasova V.V.

Abstract. This article discusses the issue of the influence of the type of thinking on the vocational guidance of tenth-graders, and also presents the results and analysis of the methods used by J. Holland “Type of thinking” and “Type of personality” modified by G.V. Rezapkina.

Keywords: sphere of thinking, type of thinking, creativity, object-effective thinking, visual-figurative thinking, abstract-symbolic thinking, verbal-logical thinking, personality types.

В образовательной сфере мышление играет особую роль, поскольку является сложным познавательным процессом [1: с. 28]. В связи с этим важная задача учителя выявить и проанализировать, какой тип мышления преобладает у учащихся, чтобы помочь им в учебно-воспитательном процессе, а также в осознанном выборе будущей профессии.

Исследованиями соотношения определенного типа мышления и личности занимались различные исследователи, причем как зарубежные (Эдвард Де Боно, Д. Гилфорд, Е. Торранс, С.А.Медни, Дж. Брунер и др.), так и отечественные (Ю.М. Орлов, А.П. Егидес, Г.В. Резапкина, С.В. Миланов, П.Я. Гальперин, А.Ю. Коган и др.).

В психологической науке существуют различные подходы в классификации типов мышления. По степени развернутости решаемых задач выделяют мышление дискурсивное (умозаключающее) и интуитивное — мгновенное, характеризующееся минимальной осознанностью. По характеру

решаемых задач мышление подразделяют на теоретическое (концептуальное) и практическое, осуществляемое на основе социального опыта и эксперимента. Наш отечественные исследователи [2; 3] выделяют 4 типа мышления по содержанию решаемых задач: предметно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-символическое и словесно-логическое мышление, а также креативность, как разновидность творческого мышления [4; с. 323].

Нами были проведены 2 методики – «Тип мышления» и «Тип личности» Дж. Холланда в модификации Г.В. Резапкиной. Необходимо отметить, что в чистом виде эти типы мышления встречаются у людей редко, однако тест-опросник позволяет нам можно выделить преобладающий тип мышления у старшеклассников. В исследовании принимало участие 20 учащихся 10 класса в возрасте 15-16 лет.

В результате исследования, выявлено, что предметно-действенным мышлением обладают 25% респондентов. Особенности данного типа проявляются в том, что задачи решаются с помощью реального, физического преобразования: конструирование, ремонт. Обучающиеся видят себя в профессиях менеджера, врача, инженера-конструктора, госслужащего (таможенное дело), бойца подразделения «Альфа» спецназа ФСБ. У данных учащихся выражены офисный и социальный типы личности, и это значит, что выбор данных профессий у старшеклассников соответствует предметно-действенному типу мышления.

Словесно-логическое мышление преобладает лишь у 5% респондентов. Обучающийся видит себя в профессии маркетолога, то есть специалиста, который проектирует стратегию продвижения товаров среди покупателей. Для людей со словесно-логическим мышлением важным качеством является формулирование своих мыслей и правильное их донесение. Это значит, что у учащегося ярко выражен социальный тип личности, который предполагает работу с людьми. Респондент хорошо представляет свою будущую специальность, поскольку данный тип мышления соответствует выбранной профессии.

Наглядно-образным мышлением обладают 10% респондентов, которые выбрали для себя профессии пилота военной или гражданской авиации и экономиста. На наш взгляд, выбор данных профессий не совсем соответствует наглядно-образному типу мышления, поскольку для данного типа свойствен художественный склад ума, образность мысли, близки такие профессии, как архитектор, дизайнер, художник. У ребят выражены интеллектуальный и



предпринимательский типы личности. Но несмотря на то, что на данный период у учащихся сложился наглядно-образный тип мышления, их типы личности соответствуют выбранным профессиям.

Креативность в чистом виде преобладает у 20% респондентов. Обучающиеся избрали следующие профессии: web-дизайнер, архитектор, предприниматель и ландшафтный дизайнер. У респондентов выражен артистический и социальный типы личности. Профессии, которые обучающиеся избрали, на наш взгляд, полностью характеризуют выбранный тип мышления, поскольку в их деятельности креативность выступает незаменимым помощником при решении нестандартных задач.

У 40% респондентов не удалось выявить определенный тип мышления, поскольку он оказался смешанным. Так, у 10% респондентов ведущими являются предметно-действенный тип мышления и креативность. Профессии, в которых они видят себя - юрист/экономист и психолог. Если деятельность юриста соотносится с предметно-действенным типом мышления, то профессия психолога, на наш взгляд, характеризует больше словесно-логическое мышление, так как задача психолога состоит в умении выслушать собеседника и дать совет в случае необходимости. У учащихся выражены предпринимательский тип мышления (прямое попадание в профессию экономиста) и артистический/социальный, что тоже подходит для деятельности психолога.

У 5% респондентов ярко выражены наглядно-образное мышление и креативность. Учащийся видит себя в будущем геологом. Данная профессия имеет место быть в предметно-действенном типе мышления, поскольку деятельность геолога предполагает работу с природными ресурсами. Интересно, что у респондента ещё и смешанный тип личности, между офисным и предпринимательским типами, что не соответствует выбранной профессии геолога. Возможно, учащийся ещё не определился в полной мере в своей будущей специальности. Однако оба типа личности характеризуются аккуратностью, склонностью к работе, самостоятельному принятию сложных решений и ответственностью, что, конечно, важно в работе геолога.

Абстрактно-символическое мышление и наглядно-образное мышление одинаково выражены у 5% респондентов. В профессии учащийся видит себя программистом-фрилансером – это человек, который работает за компьютером, но только тогда, когда ему удобно (он свободен вне времени). Можно сказать с уверенностью, что данная профессия соответствует абстрактно-

символическому типу мышления, так как программист имеет дело с математическими кодами и символами. И преобладающий реалистический тип личности подтверждает настойчивость, систематичность, регламентацию в работе, то есть больше дела, нежели слов, что так свойственно программистам.

Словесно-логическое и наглядно-образное мышление свойственно ещё 10% респондентам, которые выбрали для себя профессию врача и учителя. У второго учащегося, на наш взгляд, идёт соотнесение типа мышления с выбором профессии учителя, так как ярко выраженный социальный тип личности предполагает работу с людьми. И слово для учителя выступает главным символом в преподавании. Для первого учащегося профессия врача не совсем соотносится с выбранным типом мышления и типом личности, так ярко выражен артистический тип личности. Пообщавшись с самим респондентом, мы узнали, что с выбором профессии он ещё до конца не определился, поэтому «врач», по его мнению, это «запасной вариант». И данный тест помог разобраться и соотнести собственные способности и задатки с той профессией, которая будет сопровождать его дальнейший путь.

Одновременно три типа мышления сочетаются у 10% респондентов. У одного учащегося - предметно-действенное, наглядно-образное и креативность. У второго - словесно-логическое, наглядно-образное мышление и креативность. Респонденты видят себя в профессиях переводчика и предпринимателя. У первого респондента выражен интеллектуальный тип личности, который предполагает умение точно излагать свои мысли, и оригинальное мышление, что может помочь в работе переводчиком. У второго респондента ярко выражен артистический тип личности. Необходимо отметить, что учащийся большую часть времени занимается танцами, отсюда мы видим такой результат, и с профессией предпринимателя данный тип личности вполне может сочетаться, если сам бизнес будет связан с творчеством. Данные результаты говорят нам о ещё колебаниях в типе мышления и неопределившемся выборе профессии.

Таким образом, проведение методик «Тип мышления» и «Тип личности» в модификации Г.В. Резапкиной позволило соотнести типы мышления старшеклассников с их интересами, потребностями в профессиональной области, а также проанализировать результаты, которые помогут старшеклассникам и их родителям в будущем профессиональном самоопределении.

Список литературы

1. Болотина Л.А., Ильина Е.А. Психология и педагогика: Конспект лекций. - М.: МИЭМП, 2005. - 68 с.
2. Казанская В.Г. Психология и педагогика. Краткий курс. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.
3. Коваленко С.В., Ермолаева Л.К. Политология в схемах: учебное пособие Иваново: ФГБОУ ВПО «Ивановский государственный энергетический университет им. В.И.Ленина», 2013. – 88 с.
4. Маклаков А. Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2001. – 592 с.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПРОСПЕКТИВНОЙ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Чуйкова Ж.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.

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

Аннотация. В статье представлены результаты исследования проспективной памяти у больных шизофренией. У тех пациентов, у которых нет ярко выраженных нарушений кратковременной памяти и исполнительных функций, проспективная память сохранна, но имеет свои особенности в виде речевых персевераций, которые служат подсказкой к действию. Проспективная память на время нарушена у всех больных.

Ключевые слова. параноидная шизофрения, проспективная память, исполнительные функции

SPECIFICITY OF PROSPECTIVE MEMORY WHEN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Chyjkova Zh.V

Abstract. The article contains the results of a study of prospective memory in patients with schizophrenia. Patients who don't have strongly pronounced of short-term memory and executive functions, prospective memory is preserved, but has its own characteristics such as perseverations of speech which are a prompt to action. Time-based PM is impaired in all patients.

Keywords: paranoid schizophrenia, prospective memory, executive functions

Перспективная память (ПП) – это память на намерения и на запланированные в будущем действия [1]. Выделяют 2 вида ПП: ПП, связанную с событием и ПП, связанную со временем [7]. Несмотря на то, что изучение ПП началось почти 90 лет назад, такими учеными, как Г.В. Биренбаум (1930) [5] и Л. Дж. Квалилашвили (1988) [2], Г. Эйнштейном и М. Макдэниэлом (1993) [4], на сегодняшний день в нашей стране этот вид памяти является мало изученным. Таким образом, данная тема является актуальной, поскольку позволит расширить представления о ПП.

Цель исследования: изучить особенности ПП у больных параноидной шизофренией, а также выявить взаимосвязь ПП с другими ВПФ.

Объект исследования: Было обследовано 11 больных с диагнозом параноидная шизофренией с непрерывным типом течения Курской психиатрической больницы ОБУЗ ККПБ. Выборку составили 5 женщин и 6 мужчин. Возраст испытуемых варьировал: от 20 до 64 лет, со стажем заболевания от 5 – 15 лет.

Методы исследования: «Повторение цифр» (VI субтест теста Д. Векслера) и «Запоминание и повторение фраз» для оценки состояния мнестических функций [3]; пробы «кулак – ребро – ладонь», «реакция выбора», «Висконсинский тест сортировки карточек», «Башня Лондона» для оценки исполнительных функций. Для исследования ПП был применен метод, представленный в работе T. Dong, J. Qiu и др. «Impairment of time-based prospective memory in patients with Wilson's disease» [6].

Результаты исследования:

На первом этапе было выявлено, что для всех больных характерно снижение объема кратковременной памяти, а также для всех, за исключением 4 человек, характерно нарушение непосредственного запоминания, что свидетельствует о дефектах следовой деятельности. Исполнительные функции всех больных, за исключением тех же 4 человек, нарушены: снижение

способности к планированию, выделению абстрактных понятий, эффективного использования обратной связи, а также выявлены персеверации и стереотипные реакции. На втором этапе было проведено исследование проспективной памяти. У всех пациентов выявлено нарушение проспективной памяти, связанной со временем, что касается ПП на события, то половина больных справилась с заданием, однако были выявлены характерные особенности. У 2 человек наблюдались постоянные речевые персеверации, которые они использовали, как подсказу к действию, у других двоих – постукивание по столу на лишние карточки. Проанализировав результаты, мы пришли к выводу, что состояние исполнительных функций и кратковременной памяти влияет на состояние ПП, связанной с событиями.

Список литературы

1. Долгов В.В. Проспективная память при обсессивно-компульсивном расстройстве: [Электронный ресурс] // Психиатрия и нейронаука. URL: <http://psyandneuro.ru/stati/prospective-memory-in-obsessive-compulsive-disorder/> (дата обращения: 23.10.2018).
2. Квалилашвили Л. Дж. Вспоминание намерения как особая форма памяти / Л. Дж. Квалилашвили // Вопросы психологии. – 1988. – № 2. – С. 142—146.
3. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Запесоцкая И.В. Восприятие эмоций у больных с ишемическим инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. Т. 115. - № 10. - С. 4-9.
4. Проспективная память. URL: <https://psyweb.global/database/knowledge/article-157-prospektivnaya-pamyat> (дата обращения 23.10.2018)
5. Психология памяти. Хрестоматия по психологии. // Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М., 2000. С. 453-456.
6. Dong T., Qiu J., Cheng H.-D., Dong W.-W., Huang P., Xu C.-S., Wang K., Yang W.-M. (2016). Impairment of time-based prospective memory in patients with Wilson's disease. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 20 (9), 1845 – 1851
7. Zinke K., Altgassen M., Rachael J. Mackinlay, P. Rizzo, Drechsler R. & Kliegel M. (2010). Time-Based Prospective Memory Performance and Time-Monitoring in Children with ADHD. Child Neuropsychology: A Journal on

Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence, 16, 338-349.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ

Юндалова Т.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного изучению особенностей когнитивных функций у больных с алкогольной зависимостью. Доказано влияние перенесенного алкогольного психоза на степень выраженности когнитивных нарушений.

Ключевые слова: когнитивные функции, алкогольная зависимость, алкогольный психоз.

COGNITIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH ALCOHOL PSYCHOSES IN ANAMNESIS

Yundalova T.A.

Abstract. The article presents the results of an empirical study devoted to the study of cognitive functions in patients with alcohol addiction. The influence of alcohol psychosis on the degree of cognitive impairment is proved.

Keywords: cognitive function, alcohol addiction, alcohol psychosis.

Актуальность проблемы алкогольной зависимости определяется высокой распространенностью алкогольных психозов, особенно тяжелых форм, частота возникновения которых является индикатором алкогольной ситуации среди населения [2, 6]. Систематическое и хроническое злоупотребление спиртным приводит к поражению центральной нервной системы, изменениям в



протекании высших психических процессов, стойким сомато-неврологическим расстройствам и психической деградации. Характерной особенностью данного вида зависимости является развитие когнитивных нарушений различной степени выраженности: от легких до умеренно выраженных [1]. К их числу относятся нарушения зрительно –перцептивных способностей, счёта, экспрессивной речи, способности к абстрагированию, вербальной беглости, способности к планированию и контролю осуществляемой деятельности, снижение концентрации, устойчивости и переключаемости внимания и объема механической памяти [3,8]. У лиц, перенесших алкогольный психоз, формируются зрительно – пространственные расстройства, нарушение слухоречевой памяти, замедление темпа осуществляемой деятельности [5]. Рядом исследователей отмечается наличие зависимости между степенью выраженности клинических проявлений алкогольных психозов и разновидностью употребляемого алкоголя [4,7] Оценка степени тяжести перечисленных выше нарушений невозможна без учета результатов эмпирического исследования когнитивных функций с использованием психодиагностического материала.

Цель эмпирического исследования заключалась в изучении особенностей когнитивных нарушений у больных с алкогольными психозами в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании приняли участие 40 больных, в возрасте от 23 до 51 года, страдающих алкогольной зависимостью. Средняя продолжительность употребления алкоголя – 10,9 лет. Основную группу составили 20 больных, имеющих в анамнезе алкогольные психозы, контрольную – 20 больных с алкогольной зависимостью (2 стадия), без алкогольных психозов в анамнезе. Все пациенты находились на лечении в отделении №1 и №2 Курской областной наркологической больницы. Нами изучалась медицинская документация, проводился сбор анамнеза жизни и болезни.

Критерии включения: алкогольная зависимость с абстинентным состоянием (F10.3) со сроком воздержания от приема алкоголя не менее 5 суток, психотическое расстройство (F10.5) со сроком 7 – 10 дней от момента госпитализации, возраст – до 51 года, включительно.

Критерии исключения: в эмпирическое исследование не включались больные с шизофренией, эпилепсией, выраженной неврологической симптоматикой, выраженными нарушениями зрительной и слуховой функций, черепно – мозговыми травмами в анамнезе.

В качестве основных методов исследования выступали клинико-психологический, а также статистический метод с применением непараметрического критерия U Манна-Уитни. Нами использовались следующие психодиагностические инструменты: методика «Заучивание 10 слов», субтест №4 «Сходство», субтест №5 «Повторение цифр» теста Векслера, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R), корректурная проба Бурдона.

При подведении итогов исследования в методике «Заучивание 10 слов» у пациентов обеих групп обнаруживается снижение объема механической памяти. Различия обнаружены на уровне статистической тенденции. Объем механической памяти у пациентов, не имеющих алкогольных психозов в анамнезе составляет 6,1. У пациентов, перенесших алкогольные психозы – 5,1.

Согласно методике субтест №4 «Сходство» теста Векслера обнаруживаются значимые различия между исследуемыми группами больных, что свидетельствует о преобладании у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, не имеющих алкогольных психозов в анамнезе, средней степени абстрагирования, умеренно – развитого понятийного мышления.

В методике субтест №5 «Повторение цифр» теста Векслера обнаруживаются значимые различия между обследуемыми группами пациентов, что свидетельствует о преобладании у пациентов, имеющих алкогольный психоз в анамнезе, снижения оперативной памяти и уровня активного внимания.

У половины пациентов обеих исследуемых групп обнаруживается деменция легкой степени выраженности. У 30 % обследуемых выявлены преддементные когнитивные нарушения, у 20 % - деменция умеренной степени выраженности. При выполнении задания на зрительно – пространственный гнозис (часы) более половины больных, имеющих алкогольный психоз в анамнезе, испытывали затруднения с правильным указанием времени (десять минут пятого). Более чем у половины пациентов основной группы обнаруживаются нарушения пространственного гнозиса (срисовывание пересекающихся пятиугольников): пространственные искажения, прерывающиеся линии. Преобладали отказные реакции при составлении предложений, содержащих существительное и глагол.

В методике «Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R)» значимых различий обнаружены по параметру «беглость», «язык», «зрительно – пространственная ориентация».

В корректурной пробе Бурдона больные, как основной, так и контрольной группы обнаруживают снижение работоспособности, устойчивости и концентрации внимания, по сравнению с нормой. Средняя степень выраженности указанных нарушений преобладает у пациентов основной группы, легкая степень - у больных контрольной группы. Различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$).

Выводы:

1. У больных, имеющих алкогольный психоз в анамнезе, обнаруживается снижение объема механической и оперативной памяти, уровня абстрагирования. Для них характерно преобладание конкретного мышления.

2. Для больных с алкогольным психозом в анамнезе свойственны легкие и умеренно выраженные когнитивные нарушения. У больных, страдающих алкогольной зависимостью – предметные и легкие нарушения.

3. Для больных основной группы характерны затруднения в зрительно – пространственном и пространственном гнозисах, снижение уровня вербальной беглости, зрительно – пространственной ориентации.

4. У пациентов, имеющих алкогольный психоз в анамнезе обнаруживается снижение устойчивости, концентрации внимания и работоспособности средней степени. Легкая степень указанных нарушений свойственна пациентам, страдающим алкогольной зависимостью.

Список литературы

1. Адрианова Е.Д. Когнитивные расстройства при алкоголизме / Е.Д. Адрианова, И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап // Наркология. —2013. – Т.12. – №6. – С. 79 – 85.
2. Гофман А.Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация / А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А. С. Меликсетян //Социальная и клиническая психиатрия. –2010. —С. 5 – 12.
3. Захаров В.В. Злоупотребление алкоголем: неврологические осложнения и современные подходы к терапии / В.В. Захаров// Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология. –2014. –№8. – С. 36 – 43.
4. Куржупов К.А. Клинико – динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя/ К.А. Куржупов, А.В. Погосов// Курский научно -практический вестник «Человек и его здоровье». – 2009. – №2. – С. 61 – 72.

5. Максимова И.В. Особенности когнитивных расстройств у лиц, перенесших алкогольный психоз с судорожным припадком / И. В. Максимова, М. А. Березовская, Т. В. Коробицина // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. - №6. – С. 85 -87.
6. Погосов А.В. Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия)/ А.В. Погосов, К.А. Куржупов// Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России. – 2011. – С.228
7. Погосов А.В. Клинико – динамические проявления острых алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя/ А.В. Погосов, О.И. Лесников// Вестник новых медицинских технологий. — 2012. –Т. 19. – №4. – С. 199–203.
8. Северин Ю.В. Когнитивные нарушения у пациентов с алкогольной зависимостью / Ю.В. Северин, И.В. Гриценко // Психиатрия, неврология и медицинская психология. –2017. –Т. 4. – №1. – С. 59– 65.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Яснюк М.Э.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.

Научный руководитель: ассистент кафедры общей гигиены

А.Ю. Шумаков

Аннотация. В статье представлено исследование влияния опосредованных и непосредственных коммуникативных навыков на склонность студентов к зависимому поведению. По результатам формирующего эксперимента, выявлено, что развитие навыков непосредственной коммуникации может выступать способом профилактики склонности к зависимому поведению в юношеском возрасте.

Ключевые слова: зависимое поведение, коммуникация, коммуникативные навыки, зависимость от социальных сетей.

THE DEVELOPMENT OF COMMUNICATION SKILLS IN STUDENTS, AS PREVENTION OF DEPENDENCE ON SOCIAL NETWORKS

Yasnyuk M.E.

Kursk State Medical University

Abstract. The article presents a study of the influence of mediated and direct communication skills on students' propensity for addictive behavior. According to the results of the formative experiment, it was revealed that the development of skills for direct communication can be a way to prevent the propensity to addictive behavior in adolescence.

Keywords: dependent behavior, communication, communication skills, dependence on social networks.

Зависимость (аддикция, англ. addiction – склонность, привычка) – навязчивая потребность совершать определенные действия, несмотря на неблагоприятные последствия медицинского, психологического или социального характера. [5] Зависимость бывает физиологической (вызванная приемом химических веществ – наркотиков, алкоголя) и поведенческой (от азартных игр, шопинга, рискованного поведения и т.д.) [8]. Аддиктивное поведение — это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления человека к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [4].

Интернет-зависимость – психическое расстройство, навязчивое желание подключиться к Интернету и болезненная неспособность отключиться от него. [2]

Зависимость от социальных сетей является частным видом интернет-зависимости и заключается в зависимости от социальных применений Интернета: от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.

Зависимость от социальных сетей вызывается:

1. Потребностью в стимуляции;
2. Потребностью в событиях;
3. Потребностью в узнавании;

4. Потребностью в достижениях и признании;
5. Потребностью в структурировании времени. [1]

Коммуникация людей подразделяется на не опосредованную и опосредованную.

Не опосредованный (непосредственный) тип коммуникации проявляется в непосредственном взаимодействии людей. Отсутствие посредников позволяет участникам общения действовать в большей степени в соответствии со своими намерениями, точно и полно передавать информацию, интенсивно оказывать психологическое, эмоциональное воздействие на собеседника. [3]

Опосредованная коммуникация — вид коммуникации, при которой транзакции идут в обоих направлениях через информацию, зафиксированную в каком-либо виде, например, через текст, звуко- или видеозапись, рисунок или схему. [3]

Частный случай – компьютерно-опосредованная коммуникация, то есть любое общение между людьми, которое происходит при помощи двух или более электронных устройств. [9]

Среди психологических особенностей интернет-коммуникации чаще всего отмечаются следующие:

1. Повышенная вербальная активность, вызванная практически полным исчезновением коммуникативных барьеров и невозможностью общаться молча.
2. Разорванность, мозаичность коммуникации. Люди, участвующие в быстрой коммуникации, при отсутствии визуальной и слуховой информации совершают короткие и эгоцентрические коммуникативные акты [7].
3. Специфический этикет общения, новый язык.
4. Эмоциональность общения: пытаясь восполнить недостаток невербальной коммуникации, пользователи часто пишут сообщения, включающие в себя слова и значки, обозначающие эмоции.
5. Эмоциональное состояние во время общения.
6. Опыт «потока», который отличают следующие особенности: погруженность в деятельность, смена объекта деятельности, чувство удовольствия, потеря ощущения времени, чувство контроля над ситуацией. [3]

Таким образом, можно наблюдать наличие обратной зависимости между частотой использования коммуникативных навыков и выраженностью склонности к зависимости от социальных сетей.

В качестве профилактики зависимости от социальных сетей были исследованы методы повышения не опосредованной коммуникации у студентов.

В исследовании приняли участие студенты КГМУ. Средний возраст составил 20,4 лет.

Для исследования студенты были разделены на две группы: контрольную и экспериментальную. Обе группы были уравнены по следующим факторам: состоянию здоровья (участники обеих групп на момент эксперимента были здоровы, не имели жалоб и выраженных симптомов болезни) и активному использованию социальных сетей (обращаются в социальные сети в среднем около 6 раз и проводят в них не менее 30 минут).

На первом этапе осуществлялась диагностика склонности к зависимому поведению методом опросника для диагностики киберкоммуникативной зависимости. [6] 71% опрошенных набрали более 80 баллов, что свидетельствует о высоком уровне киберкоммуникативной зависимости, 29% - чуть больше 60 баллов, что указывает на средний уровень киберкоммуникативной зависимости. Навыки неопосредованной коммуникации проверялись опросом по Синявскому В. В., Федоришину В. А. 65% исследуемых студентов по результатам опроса имеют низкий уровень коммуникативных умений ($K=0,10-0,45$), 35% - уровень коммуникации ниже среднего ($K=0,46-0,55$). Дополнительно к умениям коммуникации у опрошенных были исследованы организаторские умения: у исследуемых они представлены на низком уровне, или ниже среднего ($K=0,20-0,65$).

По результатам среди двух групп однозначных различий не выявлено.

На втором этапе с одной из групп осуществлялась работа по формированию и реализации коммуникативных навыков в непосредственном взаимодействии.

На протяжении двух месяцев было проведено 10 занятий по 45 минут, которые включали в себя тренинги и упражнения для инициации коммуникации у студентов. Каждое занятие включало в себя рефлексивный компонент.

По результатам повторного тестирования между экспериментальной и контрольной группой (группой с занятиями и группой без занятий) были выявлены следующие различия:

1. По опроснику диагностики киберкоммуникативной зависимости у группы с тренингами уровень зависимости стал меньше: у 60% респондируемых отмечен низкий уровень киберкоммуникативной зависимости (до 49 баллов); у 40% - средний уровень (до 65 баллов).

В группе без занятий результат уровня киберкоммуникативной зависимости остался неизменным – высоким (более 80 баллов у 71% и менее 65 – у 29%). (По критерию Манна-Уитни при $p \leq 0,01$.)

2. По уровню коммуникативных умений в группе с тренингами замечен рост: выявлен высокий уровень коммуникативных навыков ($K=0,66-0,75$). А также выявлены организаторские умения на уровне тенденций. В группе без занятий результат не изменился (65% исследуемых студентов по результатам опроса имеют низкий уровень коммуникативных умений ($K=0,10-0,45$), 35% - уровень коммуникации ниже среднего ($K=0,46-0,55$).

3. По субъективным отчётам: студенты из экспериментальной группы отметили уменьшение количества времени, проводимого в социальных сетях, увеличение коммуникативных актов не опосредованной коммуникации, а также лёгкость при знакомстве с новыми людьми.

Таким образом, проведённые исследования позволяют сделать вывод о наличии обратной взаимосвязи между выраженностью коммуникативных навыков и склонностью к зависимости от социальных сетей.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г. М. Андреева. — 5 е изд., испр. и доп. — М.: Аспект. Пресс, 2009. — 363с.
2. Войскунский А.Е. Психология и Интернет. – М.: Акрополь, 2010.
3. Гулевич О.А. Психология коммуникации. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. - 384 с.
4. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.
5. Свенцицкий А. Л. Краткий психологический словарь. – М.: Проспект, 2017. - 512 с.

6. Тончева А.В. Диагностика киберкоммуникативной зависимости // НАУКОВЕДЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛ. - №4 (13) - 2012. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_18822565_26903512.pdf. (Дата обращения: 18.10.2018).
7. Шумаков А.Ю. Совладающее поведение в системе психогигиенических компетенций, направленных на профилактику зависимого поведения у студентов // В сборнике: Научная инициатива в психологии Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под ред. Ткаченко П.В. - Курск, 2018. С. 427-435.
8. Шумаков А.Ю. Взаимосвязь медиативной деятельности и уровня эмпатии студентов медицинского вуза // В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. - Курск, 2017. - С. 329-337.
9. Mcquail's D. Mass Communication Theory.- London. – 2010. – 621 pp.

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:

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

E-mail: kurskmed@mail.ru

<http://www.kurskmed.com/>

Электронный научный журнал "Коллекция гуманитарных исследований" официально зарегистрирован как электронное издание (свидетельство о регистрации ЭЛ No ФС 77-65806) Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

**КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА КГМУ** +7(4712)50-00-96

Комплексные стоматологические услуги.
От профилактической гигиены до имплантации. Работаем в системе ОМС.



МЕДИКОНТА
Informational Technologies



ООО «Многопрофильный Центр Реабилитации»

305001 г.Курск , ул. Дружининская 4 Тел.8-910-311-26-14 <http://kursk-rehab.ru>

ЦЕНТР ЗАНИМАЕТСЯ:

Комплексным лечением, социально-психологической адаптацией, реабилитацией, социализацией лиц с алкогольной, наркотической и другими видами зависимостей



Научный сетевой журнал

"Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика" www.medpsy.ru