



ЧАСТЬ II

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД



КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩЕНА 85-Й ГОДОВЩИНЕ
СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА



КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩЕНА 20-ЛЕТИЮ
ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 159.9:61(063)

ББК 88.7я43

Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием. 21-22 ноября 2019 г. Часть II / Под ред. Ткаченко П.В. –Текстовое (сингольное) электронное издание (2,28 Мб). – Курск: КГМУ, 2019. – 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.

ISBN 978-5-7487-2523-1 (ч. II)

ISBN 978-5-7487-2519-4

ББК 88.7я43

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдулгалимова У.К.</i> Особенности правополушарных гностических функций в младшем школьном возрасте при умственной отсталости	6
<i>Алфимова К.А.</i> Клинико-психологические особенности совладающего поведения больных с ИБС	9
<i>Бакина Ю.А.</i> Особенности внутренней картины болезни при соматизированных расстройствах	14
<i>Белюсова М.А.</i> Предпосылки возникновения метода экстракорпорального оплодотворения	20
<i>Бондарева Е.Ю.</i> Особенности невербального интеллекта у слабослышащих младших школьников	23
<i>Боярская А.Ю., Шлянина Д.В.</i> Оценка физического развития и уровня соматического здоровья студентов в процессе адаптации к учебной деятельности	27
<i>Брежнева Д.С., Солодова Д.А.</i> Структурно-содержательный анализ межличностного взаимодействия у пациентов онкологического профиля	32
<i>Булычёв М. А., Прокофьева А.А.</i> Взаимосвязи защитно-совладающего и пищевого поведения у студентов медицинского вуза	35
<i>Гаврильченко К.Э.</i> Опыт использования «смысло-слухового» метода при восстановительном обучении пациентки с афферентной моторной афазией (описание клинического случая)	42
<i>Голубченко А.И., Черкашина Е.А.</i> Проблема профессионального выгорания у представителей «помогающих» профессий	47
<i>Григорьева И.А.</i> Нейропсихологическое обследование гностических функций лиц с алкогольной зависимостью	50
<i>Григорьева И.А.</i> Дифференциальная диагностика подростков с суицидальным поведением с использованием проективных методик: клинический случай	54
<i>Гончарова О.П.</i> Эмоциональное состояние студентов с разным уровнем самооценки	59
<i>Гусякова А. А.</i> Психологические особенности межличностных отношений в системе отношений «врач-пациент» (на примере оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи)	63
<i>Должанская О. А.</i> Рефлексивность и эмпатийные тенденции студентов лечебного факультета	67
<i>Евтушенко А.С.</i> Проблема девиантного поведения подростков (библиометрический анализ)	72
<i>Елисеева А.В., Уварова А.В.</i> Образ здоровья и болезни в представлениях студентов медицинского вуза	77
<i>Еремина К.С.</i> Особенности совладающего поведения детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой	82

<i>Захарченко Д.В., Щербаченко К.И.</i> Когнитивные расстройства у больных, перенесших алкогольные психозы	86
<i>Зеленко М.В.</i> Граффити как социально-экономическое и психологическое явление в обществе	91
<i>Зубкова Д.В.</i> Клинико-психологические аспекты сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями гинекологического профиля	95
<i>Иванова Л.Р.</i> Концептуальное моделирование особенностей моторных функций у детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости	99
<i>Ислами А.И.</i> Благополучие членов семьи и качество семейных отношений как личностные ресурсы семьи	103
<i>Кайдалова Д.А.</i> Клинико-психологические аспекты нормального старения. Клинический случай	108
<i>Колеватова А.С.</i> Особенности нарушения внимания у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью (клинический случай)	113
<i>Колеватова А.С.</i> Особенности нарушения зрительно-пространственного гнозиса у больных с алкогольной зависимостью	116
<i>Конева П.А.</i> Особенности зрительно-пространственного гнозиса и кратковременной памяти у лиц с наркотической зависимостью: клинический случай	120
<i>Константинова Ю.О.</i> Взаимосвязь особенностей пищевого поведения и саморегуляции среди подростков	123
<i>Коробкин Н.Э.</i> Концептуальное моделирование и методологический анализ проблемы фактора локализации очага поражения в нарушении обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК	130
<i>Краснов В.С.</i> Теоретический анализ исследований по проблеме морфофункционального основания антиципационно-прогностической функции	136
<i>Кретова Я.В.</i> Влияние профессионально-личностных особенностей врача на формирование комплаенса (на примере онкологических больных)	147
<i>Кузминчук Д.Е.</i> Библиометрический анализ публикационной активности по проблеме особенности схемы тела младших подростков с нарушениями опорно - двигательного аппарата	151
<i>Марченков М. Н.</i> Классические и современные мифы о здоровье и болезни	154
<i>Марыгина А.Г.</i> Нарушение пространственных представлений у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью: клинический случай	156
<i>Мастренко Д.А.</i> Патопсихологическая диагностика состояния внимания и памяти у больных шизоаффективными расстройствами	160
<i>Николаенко Р.В.</i> Особенности праксиса у больных, страдающих алкоголизмом на III стадии	166

<i>Пономарева М.Ю.</i>	
Особенности копинг – стратегии подростков, склонных к агрессивному поведению	171
<i>Протопопова М.А.</i>	
Механизмы психологической защиты и копинг-поведение больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами	175
<i>Рачок В.В.</i>	
Особенности межличностных отношений в семье больных алкогольной аддикцией	179
<i>Селиванова Н.П.</i>	
Особенности самооценки у подростков, склонных к суицидальному поведению	185
<i>Сибилева А.А.</i>	
Особенности нарушений мелкомоторных функций у пациентов, перенесших инсульт, в зависимости от профиля латеральной организации	188
<i>Сивик О.А.</i>	
Межполушарная асимметрия при изучении двигательных нарушений на разных уровнях построения движений при ишемическом инсульте	192
<i>Симочкина Ю.И.</i>	
Зрительно- пространственный гнозис у детей младшего подросткового возраста с легкой умственной отсталостью	196
<i>Сирош Д.С.</i>	
Клинико-психологическое исследование качества жизни у больных рекуррентным депрессивным расстройством	200
<i>Стулова А.В.</i>	
Взаимосвязи стратегии семейного воспитания и психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха	204
<i>Ткачева Е.В.</i>	
Связь уровня тревожности со склонностью к депрессивным состояниям у старших школьников	208
<i>Усачева Д.Н.</i>	
Жизнестойкость и отношение к болезни	212
<i>Федотова А.В.</i>	
Оценка эффективности метода сенсорной интеграции на активизацию речи у детей с РАС 3-4 лет	216
<i>Федяева Т.В.</i>	
Особенности внутренней картины болезни соматически больных детей (на примере больных с острыми респираторными заболеваниями)	220
<i>Фомина А.В.</i>	
Феномен буллинга в образовательной среде	223
<i>Чуйкова Ж.В.</i>	
Влияние метадона на проспективное запоминание: анализ клинического случая	227
<i>Швец Д.В.</i>	
Стилевые особенности саморегуляции поведения студентов-первокурсников при различных уровнях рефлексии	231
<i>Ягина Е.Н.</i>	
Особенности графомоторных навыков у младших школьников с РАС	237
<i>Языков А.И.</i>	
Ценностные ориентации студентов медицинского вуза	245

**ОСОБЕННОСТИ ПРАВОПОЛУШАРНЫХ ГНОСТИЧЕСКИХ
ФУНКЦИЙ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

Абдулгалимова У.К.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: д.психол.н. доцент Запесоцкая И.В.

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ особенностей правополушарных гностических функций у умственно отсталых детей в младшем школьном возрасте. Представлена концептуальная модель исследования.

Ключевые слова: гностические функции, умственная отсталость, младший школьный возраст.

**FEATURES HEMISPHERIC GNOSTIC FUNCTIONS IN PRIMARY
SCHOOL AGE IN MENTAL RETARDATION**

Abdulgalimova U.K.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences Associate Professor
Zapesotskaya I.V.**

Abstract. The article presents a theoretical analysis of the features of right-hemisphere Gnostic functions in mentally retarded children at primary school age. A conceptual model of the study is presented.

Keywords: gnostic functions, mental retardation, primary school age.

Актуальность. В настоящее время наблюдается увеличение числа инвалидов детства, среди которых группа умственно отсталых самая многочисленная. Распространенность умственной отсталости по материалам ВОЗ составляет 1-3% [2].

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) определяет умственную отсталость как состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей [2].

Различают степени выраженности дефекта при умственной отсталости. МКБ-10 определяет F70 – умственная отсталость легкой степени, F71 – умеренная степень, F72 – тяжелая степень, F73 – глубокая степень [3].

При легкой степени умственной отсталости наблюдаются нарушения практически всех психических функций. Детям с умственной отсталостью характерна узость зрительного восприятия, недостаточная дифференцированность, инактивность восприятия, нарушение константности восприятия. Также у умственно отсталых детей замедленно происходит развитие различения звуков. Мыслительные процессы протекают своеобразно. [5] Так, например воспринимаемый предмет или изображение отличается бедностью и непоследовательностью. Глядя на объект, ребенок называет не все составляющие части [3; 4; 6].

Гнозис (от греч. *gnosis*- познание, знание) – способность узнавать предметы по чувственным восприятиям) [7].

Различают виды гнозиса, которые соответствуют имеющимся у человека рецепторам: слуховой, зрительный и тактильный. Слуховой гнозис характеризуется способностью воспринимать и различать различные стимулы. Зоной локализации слухового гнозиса является височная доля мозга, 22-е поля обоих полушарий. Зрительный гнозис является наиболее важным для ориентации в окружающей среде и для различения предметов. Зрительный гнозис имеет локализацию преимущественно в височно-затылочных, теменно-затылочных и затылочных зонах обоих полушарий мозга или одного из них. Тактильный гнозис характеризуется способностью распознавать на ощупь и предмет и принимать болевые сигналы. Зоной тактильного гнозиса является область задней центральной извилины [1; 8].

Полушария головного мозга имеют различную функциональную специализацию. Правое полушарие отвечает за определенные виды симультанного гнозиса, музыкальные функции, т.е. отвечает за чувственное и целостное отражение окружающей действительности. Левое полушарие отвечает за различные виды праксиса, зрительные обобщения, логическое мышление. Слуховой гнозис делится на речевой и неречевой. За вербальный слуховой гнозис отвечает левое полушарие, правое полушарие отвечает за невербальные звуки. При несформированности левого полушария слуховой гнозис проявляется трудностями звуко различения и понимания речи, воспринимаемой на слух. Нарушается письменная речь т.к. зависит от сформированности фонематического слуха. Слуховой гнозис в правом полушарии определяется в воспроизведении заданного порядка элементов. При функциональной несформированности правого полушария наблюдается нарушения порядка воспроизведения слухоречевых эталонов. Таким образом, несформированность слухового гнозиса является основной причиной нарушений речи прежде всего это выражается в непонимании обращенной речи. Тактильный гнозис осуществляется постцентрными (теменными) зонами коры обоих полушарий мозга и при этом тактильная способность левой

руки связана преимущественно с правым полушарием, а правой руки – с обоими полушариями мозга. Нарушения тактильного гнозиса выражаются в трудностях воспринимать предметы на ощупь, узнавать части тела т.е. расположение по отношению друг другу. В правом полушарии зрительный гнозис определяется способностью цветоразличения, способностью узнавать предметы и знакомые лица, воспринимать целиком изображения и выделять существенные признаки предметов и т.д. В левом полушарии зрительный гнозис реализуется посредством узнавания наложенных, перечеркнутых изображений, способностью различать буквы. В основном нарушения зрительного гнозиса наблюдаются в неспособности выделения фигуры из фона, узнавания отдельных предметов и изображений, нарушением целостности восприятия предмета или изображения [1;8; 9].

Модель



Выводы. Таким образом, на основе проведенного теоретического анализа предлагается концептуальная модель исследования особенностей правополушарных гностических функций младших школьников. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что несформированность высших познавательных функций задерживает развитие и других психических функций. Сфера гнозиса характеризуется недостаточным объемом и

целостностью, трудностями анализа воспринимаемого предмета, нарушениями зрительно-пространственного восприятия. Межполушарное взаимодействие представляется выраженными изменениями передачи информации из левого полушария в правое и выражается в замедленном восприятии, поступающей информации т.е. требуется больше времени для восприятия чем в норме. На основании этого можно сделать вывод, что во всех видах восприятия (зрительное, слуховое, осязательное) существенную роль играют речь и двигательные ощущения т.к. способствуют осмысливанию воспринимаемого.

Список литературы

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: "АСТ", 2009. – 384 с.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
3. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. Основы специальной психологии. М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.
4. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И.Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И.Солнцева и др. М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 2-е изд., испр. – 464 с.
5. Никишина В.Б. Соотношение биологического и социального в генезе задержки психического развития // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 18
6. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников. Учебное пособие. М.: Академия, 2002. – 160 с.
7. Петрухин А.С. Детская неврология: учебник (в двух томах), 2009. – Т. 1. – 272 с.
8. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – СПб.: Питер, 2005. – 4е издание. – 496 с.
9. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение: учеб. пособие / Л.С. Цветкова. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2005. – 2-е изд., испр. – 184 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИБС

Алфимова К.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В статье представлены наиболее примечательные клинико-психологические особенности совладающего поведения пациентов, страдающих ИБС. Акцентируется внимание на рассмотрении личностных аспектов больных и их специфики поведения. Особое внимание уделено характеристике актуальности данной проблематики в современном мире.

Ключевые слова: совладающее поведение, копинг-стратегия, клинико-психологические особенности, больные, ИБС.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF COPING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Alfimova K. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. The article presents the most remarkable clinical and psychological features of coping behavior of patients suffering from coronary heart disease. Attention is focused on the consideration of personal aspects of patients and their specific behavior. Special attention is paid to the characteristics of the relevance of this problem in the modern world.

Keyword: coping behavior, coping strategy, clinical and psychological characteristics of patients, coronary artery disease.

На сегодняшний день патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) – важнейшая проблема медицины XXI века. Весомую роль в структуре смертности и инвалидности от заболеваний ССС играет именно ишемическая болезнь сердца (ИБС). В России смертность при ИБС ежегодно составляет 49,3 % от общего числа смертей, связанных с патологией системы кровообращения. Следует отметить, что показатель частоты встречаемости заболевания среди мужчин и женщин неутешительный. Так, у женщин с 0,1—1% в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-74 лет, а у мужчин с 2-5% до 10-20% соответственно. Все это говорит об актуальности изучения течения данной болезни не только с медицинской точки зрения, но и клинико-психологической [6].

В современном аспекте изучения психологических показателей больных сердечными патологиями особое внимание занимает так называемое совладающее поведение (от англ. «coping» – преодоление) – тип осознанного

поведения личности, направленный на преодоление стрессовой ситуации в определенных обстоятельствах [4].

Ишемическая болезнь сердца (коронарная болезнь сердца) – комплекс сердечно-сосудистых заболеваний, основу которых составляют нарушение кровообращения в коронарных сосудах, вследствие недостатка поступления кислорода в миокард из-за наличия атеросклеротических бляшек кровеносных сосудов. В результате запускается каскад тяжелых клинических последствий: хроническая сердечная недостаточность, стенокардия, спазм и тромбоз артерий, инфаркт миокарда. Выделяют и ряд других причин, в частности: наследственная предрасположенность, ожирение, наличие вредных привычек, высокое артериальное давление, а также возраст (более 55 лет). Симптоматически заболевание проявляется либо приступами стенокардии (при хронической форме), либо инфарктом миокарда (при острой форме). Кроме того, может наблюдаться: тошнота (иногда рвота), одышка, повышенное артериальное давление, головокружение, тахикардия, отечность, ощущение недостатка воздуха [3].

Но одним из самых часто встречающихся фактором риска является психогенный. Хроническая усталость, неврозы, стресс, депрессия – вот самые распространенные причины сердечно-сосудистых патологий современного человечества.

Безусловно, любое заболевание, настигшее человека, моментально влияет на его прежнюю жизнь. Болезнь приносит как физические, так и психологические трудности. У больного меняются цели и желания, сбивается прежний ритм и образ жизни. Центральной проблемой является вопрос о том, чем является болезнь для пациента. Любой человек по-разному будет воспринимать свой диагноз. Это будет зависеть от черт характера, от внутренних установок, но и от тяжести заболевания и возможных последствий [2].

Впервые некоторые особенности больных стенокардией и инфарктом миокарда описал W. Osler, охарактеризовавший таких людей как сильных, уверенных в себе и энергичных [4].

Важной клинико-психологической характеристикой личности больного является его «поведенческий синдром». Фридманом и Розенманом было выделено поведение «типа А». Для таких пациентов характерны: быстрый темп жизни, постановка труднодостижимых целей, стремление к сравнительному и конкуренции; активное участие в разных видах деятельности; дефицит времени; высокая готовность к действиям; нетерпеливость и спешка; отсутствие ощущения безопасности; ускорение многих физических и психических функций; неспособность к релаксации. Кроме того, свойственны раздражительность; быстрая, громкая и отрывистая речь; энергичная жестикуляция. Наряду с враждебностью и агрессивностью, такие люди весьма общительны и производят впечатление приятных и веселых собеседников. Такое противоречие вызывает постоянное хроническое

эмоциональное напряжение. Для таких людей характерна высокая мотивационная активность, которая при неудачах еще более усиливается. (особенно когда цель ошибочно оценивается как достижимая) [1, 5].

Для характеристики клинико-психологических особенностей совладающего поведения больных с ИБС следует проанализировать исследования, проводимые врачами - клиницистами и психологами.

Иранские исследователи к пациентам с ИБС применяют термин «стратегия выживания». По мнению зарубежных коллег, особенности совладающего поведения сводятся к следующему: стремление к комфорту и контролю ситуации; поиск информации для объяснения ситуации; стремление к отдыху и избегание различных ответственных дел. Больные чувствуют себя в особом положении и требуют к себе повышенного внимания. Они обращаются к религии и духовности, ожидают получить помощь и поддержку от окружающих, но в то же время основная цель этих пациентов – это вернуться к тому социальному и физическому состоянию, которое было до болезни [7].

Согласно российским исследованиям, проведенным А.А.Овчинниковым и А.Н. Султановой, были получены следующие данные. Группа респондентов из 20 человек с ИБС была протестирована с помощью опросника «Индекс жизненного стиля», теста на диагностику копинг-стратегий Хайма и опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса [5].

Результаты по методике Хайма показали, что наиболее часто встречающимися (65%) копинг-стратегиями являются относительно продуктивные копинги когнитивного типа: относительность, т.е. когда человек относится к ситуации как к положительному исходу; задача смысла, когда человек переосмысливает реальное положение вещей; религиозность – копинг-стратегия, когда человек при преодолении трудностей обращается к Богу, усиливается стойкость веры при столкновении с трудными ситуациями. По результатам опросника Лазаруса было выявлено, что больные с ИБС осознанно относятся к своей болезни и знают об ограничениях, связанных с ней. Также исследователи утверждают о немалой роли социальной поддержки больных. Для таких пациентов очень важны близкие люди, способные создать для них комфортные условия, а также готовые помочь адаптироваться в тяжелой ситуации. Еще одной из примечательных черт совладающего поведения является копинг-стратегия «бегство-избегание». Она характеризует то, что пациенты стремятся всячески не соприкасаться с трудной ситуацией и отстраняться от нее [5].

В результате проведенного анализа был сделан вывод, что для больных ИБС характерны такие копинг-стратегии: поиск социальной поддержки, бегство-избегание и принятие ответственности [5].

Особое внимание хотелось бы уделить степени актуализации изучения клинико-психологических особенностей совладающего поведения пациентов с ИБС. Для этого был проведен поиск и сравнительный анализ выпущенных

научных публикаций по данной тематике, опубликованных в российской научной электронной библиотеке – «eLIBRARY.ru».

Глубина поиска научных публикаций составила период с 2013 по 2019 года. Были полученные следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Частотный анализ публикационной активности на базе информационной системы «eLIBRARY» в период 2013-2019 гг., рубрика («Психология») по феномену совладающего поведения пациентов с ИБС

Год публикации	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Количество	1	3	1	1	2	2	2

Из полученных показателей видно, что изучению совладающего поведения больных с ИБС выделено недолжное внимание. Данный факт обуславливается: во-первых, прежде всего новизной механизмов копинг-стратегии в аспекте российской клинической психологии; во-вторых, присутствие множества иностранных и отечественных теорий, которые очень разнообразно классифицируют виды копинга и его основные характеристики; в-третьих, возможными трудностями при выборе эмпирического метода исследования респондентов. Последний факт характеризуется затруднениями в диагностике поведения больных и непосредственно выбор опросника из огромного их числа для подведения результатов.

Резюмируя вышесказанное следует вывод, что совладающее поведение человека при заболевании – уникальный внутренний личностный многогранный механизм, помогающий ему преодолеть тяжелую стрессовую ситуацию, связанную с особенностями течения болезни. Процесс зависит как от факторов внешней среды, так и от требований, ресурсов и личностных возможностей, которые влияют на оценку стресса и адаптацию. Клинико-психологические формы копинг-поведения больных с ИБС отличаются высокой степенью варибельности форм поведенческих реакций, разнообразием отражаемых чувств и эмоций в общении с окружающими. Поэтому на сегодняшний день вопрос об особенностях копинг-стратегий пациентов с ИБС остается открытым для новых исследований.

Список литературы

1. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносок, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал, 1998. – №2. – С.43-49.
2. Запесоцкая И.В., Запесоцкая С.Я., Рюмшин М.А. Латеральный фактор нарушения зрительно-пространственного гнозиса у пациентов, перенесших ишемический инсульт в раннем восстановительном периоде // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке, 2019. – Т. 21. – № 5. – С. 83-86.

3. Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы). / Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский, В.П.Поляков. – Самара, 2010. – 651 с.
4. Мещяреков Б.Г. Большой психологический словарь / Б.Г. Мещяреков, В.П. Зинченко. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2004. – 857 с.
5. Овчинников А.А. Особенности механизмов психологической защиты и копинг-стратегий у пациентов с ишемической болезнью сердца / А.А. Овчинников, А.Н. Султанова. // Journal of Siberian Medical Sciences, 2015. – №3. – С. 36.
6. Статистические материалы [Электронный ресурс] // Сайт Министерства здравоохранения РФ. Режим доступа: URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskie-materialy> (дата обращения 14.11.2019).
7. Najafi Ghazaleh T. Strategies for recreating normal life: Iranian coronary heart disease patients' perspectives on coping strategies / T. Najafi Ghazaleh, A. Emami // J. Clin. Nurs, 2014. – Vol. 23 (15–16) – P. 215–260.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Бакина Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Богусhevская Ю.В.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности эмоционального уровня внутренней картины болезни при соматизированных расстройствах у женщин на разных этапах заболевания. Полученные результаты являются ценным теоретическим и практическим материалом, который может быть использован для достижения успешного лечебного взаимодействия между специалистами вторичной медицинской сети и пациентами. Изменение «дисгармоничного» отношения к болезни является одним из факторов, способствующих выздоровлению больного.

Ключевые слова: соматизированное расстройство, внутренняя картина болезни, длительность заболевания, социальная дезадаптация, чувствительность

FEATURES OF INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN SOMATISED DISORDERS

Bakina Y.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of medical sciences, associate professor
Bogushevskaya Yu.V.**

Abstract. . The article discusses the features of the emotional level of the internal picture of the disease in somatised disorders in women at different stages of the disease. The findings are valuable theoretical and practical material that can be used to achieve successful therapeutic interaction between secondary medical network professionals and patients. Changing the "disharmonic" attitude towards the disease is one of the factors contributing to the recovery of the patient.

Key words: somatised disorder, internal picture of the disease, duration of disease, social disadaptation, sensitivity

Соматизированные расстройства (СР) остаются проблемой для специалистов первичной медицинской сети. Несмотря на многочисленные безрезультатные обследования и длительное малоэффективное лечение, они не следуют рекомендациям врачей – интернистов обратиться за специализированной психиатрической помощью [4].

МКБ-10 относит СР к числу соматоформных расстройств. СР проявляется многочисленными, часто видоизменяющимися физическими симптомами, которые сопровождают больного на протяжении 2 лет и более.

При СР наблюдаются требования медицинских обследований, которые не подтверждают какое-либо заболевание [4; 6]. В МКБ-11 соматоформные расстройства называются *расстройством телесного дистресса (дискомфорта)* (РТД). Важно отметить, что в данной классификации предлагается решение проблемы диагностики РТД не на основе отсутствия физических или медицинских причин (как при СФР в МКБ–10), а посредством выделения компонентов, которые присутствуют – обеспокоенность, чрезмерные мысли и поведение [8]. В связи с этим, выявление психологических особенностей реагирования на заболевание будет являться ценным практическим материалом в работе специалистов медицинской сети (клинических психологов, психиатров, неврологов).

Совокупность телесных ощущений, эмоциональные переживания, оценка своего состояния и информация о заболевании формируют *внутреннюю картину болезни (ВКБ)*. При СР она часто бывает «дисгармоничной», что может способствовать хронизации заболевания, привести к социальной дезадаптации больного, препятствовать комплаенсу с медицинскими службами.

На формирование ВКБ при СР оказывают влияние различные факторы. Одним из них являются типологические особенности личности, которые отмечаются во многих исследованиях [2]. Ранее, большое значение в развитии СР придавалось наличию истерических черт. В настоящее время получены результаты о роли преморбидного склада личности других типов (с преобладанием тревожных, сенситивных, шизоидных, пограничных и других черт), что не позволяет рассматривать истерические черты личности, как единственные характерные для больных СР [6].

Рациональная составляющая ВКБ при СР, согласно Martin A., Rief W., характеризуется когнитивным стилем с катастрофизацией телесных ощущений, что выступает феноменом, способствующим развитию и поддержанию функциональных симптомов при СР. Такая когнитивная оценка больными СР своего состояния определяет настороженность и тревогу относительно телесной перцепции и способствует развитию ипохондрического фабулирования и поведения [8].

Излишнее беспокойство по поводу имеющихся нарушений тесно взаимосвязано не только с когнитивными особенностями пациентов, но и наличием внутренних невротических конфликтов и нарушением осознания имеющихся эмоциональных нарушений (алекситимией), что является характеристикой эмоционального уровня ВКБ при СР [5]. Своеобразный феномен «бегства в болезнь», по мнению В.Д. Менделевича, характерный для СР и других невротических расстройств, с одной стороны, является уклонением от трезвой оценки реальности и неспособностью разрешить конфликт, с другой, проявляется как нежелание или неумение спрогнозировать варианты исходов неосознанно выбранного стереотипа собственных действий [3].

Цель нашего исследования заключалась в том, чтобы выявить динамические изменения в типе реагирования на болезнь (как характеристике эмоционального уровня ВКБ) у женщин при СР с разными сроками заболевания.

Клинико-психологическое исследование осуществлялось на базе ОБУЗ «ОКНБ» в психосоматическом отделении. Контрольную группу составили женщины, страдающие СР в течение года (n=18), госпитализированные впервые; экспериментальную – женщины, страдающие СР более года (n=18), с повторным обращением. Средний возраст в обеих выборках приблизительно равен 44,5 годам. Работающих пациенток больше в контрольной группе (88,8% и 55,5 % соответственно). В этой же группе количество незамужних женщин и женщин, имеющих высшее образование, также оказалось выше (77,7% и 33,3%), (44,4 % и 11,1% соответственно). В обеих выборках большинство женщин имеют детей (88,8% и 77,7%). Длительность заболевания в контрольной группе составила 1 год (дата первого обращения 2018–2019), в экспериментальной – от 1 года до 5 лет (дата первого обращения 2012–2017).

Для психологической диагностики эмоционального уровня ВКБ при СР была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассермана с соавт. – клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни. При создании ТОБОЛ была использована клиничко-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году, в которой выделяется 12 типов реагирования, диагностируемые тестом [1].

Для статистической обработки данных использовался критерий U Манна–Уитни, так как выборки не являются связанными. Для проведения сравнительного анализа частоты встречаемости типов отношения к болезни был использован критерий χ^2 Пирсона. Расчеты проводились в программе STATISTICA 8.0. За статистически значимые результаты принимали $\leq 0,05$.

В ходе экспериментального исследования мы рассмотрели различия в типах отношения к болезни при СР, чтобы осуществить анализ того, каким образом изменяется выраженность типов при разной длительности заболевания.

Так, нами были выявлены различия на достоверном уровне статистической значимости по типу отношения к болезни – «сенситивный» ($p=0,028$). Таким образом, у пациенток с длительностью заболевания СР более года преобладает «сенситивный» тип отношения к болезни, свидетельствующий о выраженной социальной дезадаптации, в отличие от пациенток, страдающих СР менее года.

В отличие от женщин контрольной группы, для данных пациенток характерна интерпсихическая направленность эмоционального реагирования на болезнь. Так, они склонны обвинять в развитии заболевания других людей, нежели себя. На фоне повышения «чувствительности» по отношению к своему заболеванию, они испытывают больше беспокойства и озабоченности возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация об их болезни, по сравнению с женщинами из контрольной группы.

При проведении сравнительного анализа частоты встречаемости типов отношения к болезни в «чистом», «смешанном» и «диффузном» вариантах с помощью критерия χ^2 Пирсона, нами были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости ($p=0,00113$). В контрольной группе большинство типов отношения к болезни распределены равномерно. В экспериментальной группе (с длительностью более года) частота встречаемости «сенситивного» типа отношения к болезни выражена больше (21,4%), чем в контрольной группе (3,57%), в особенности в «чистом» и «смешанном» вариантах. В последнем варианте преобладает «сенситивно-тревожный» тип (17,8%). Полученные данные подтверждают результаты, полученные нами при сравнении выраженности типов отношения к болезни при СР.

Исходя из полученных данных, при анализе распределения пациенток по превалирующим вариантам отношения к болезни, в контрольной группе преобладает «смешанный» вариант реагирования на болезнь (50%). В экспериментальной группе наиболее часто встречается «чистый» вариант реагирования (58%) по «сенситивному» типу. Соответственно, чем больше длительность заболевания, тем заметнее выражены динамические сдвиги «сенситивного» типа из «смешанного» варианта реагирования в «чистый сенситивный».

«Смешанный» вариант отношения к болезни при СР у пациенток с длительностью заболевания до года включает в себя сенситивный радикал в сочетании с неврастеническим, ипохондрическим, эргопатическим, тревожным и эгоцентрическим. Также представлены «чистые» варианты: гармоничный, ипохондрический, анозогностический, но единично. «Диффузные» варианты включают в себя неврастенический радикал в сочетании с ипохондрическим, меланхолическим, апатическим, дисфорическим.

Таким образом, в среднегрупповом профиле выраженности значений по типам отношения к болезни у женщин контрольной группы в наибольшей мере выражены радикалы – неврастенический, ипохондрический, встречающийся преимущественно в «смешанном» и «диффузном» вариантах, в отличие от пациенток экспериментальной группы, где неврастенический, апатический, эгоцентрический, меланхолический, анозогностический радикалы почти не встречаются.

Стоит отметить, что анализ типов отношения к болезни по показателю «сохранность/нарушенность психической и социальной адаптации», показал, что 83,3% общей выборки характеризуется нарушением психической и социальной адаптации (преимущественно по интерпсихическому и интрапсихическому вариантам).

У женщин экспериментальной группы преобладает интерпсихический вариант реагирования на болезнь (3 блок), связанный с трудностями социальной и межличностной адаптации. Для интрапсихического варианта характерен «уход» в болезнь, что отражается, в большей степени, на эмоциональной сфере больных (наличии тревожности, подавленности, реакций «по типу раздражительной слабости»).

Наблюдается только 33,3% выборки с ненарушенной психической и социальной адаптацией (типы отношения к болезни из условно-адаптивного блока). При увеличении длительности заболевания количество типов отношения к болезни 1 блока имеет тенденцию к снижению.

В целом, полученные данные свидетельствуют о наличии «дисгармонии» на эмоциональном уровне ВКБ у женщин, страдающих СР. С увеличением длительности болезни тип отношения к болезни изменяется в динамике («сенситивность» к болезни повышается и ведет к еще большей социальной дезадаптации женщин).

Нами получены различия на достоверном уровне статистической значимости между экспериментальной и контрольной группами при исследовании выраженности каждого типа отношения к болезни в структуре эмоционального компонента ВКБ при СР. Также нами были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости при частотном анализе их встречаемости. У пациенток при СР длительностью более года выражен тип отношения к болезни – «сенситивный», характеризующийся интерпсихической направленностью, в отличие от пациенток, страдающих СР не более года. Полученные результаты у женщин экспериментальной группы могут быть связаны с результатом длительного лечения в первичной медицинской сети, преморбидными особенностями личности, феноменом «самостигматизации», что нуждается в дальнейшем рассмотрении вопроса.

Таким образом, дисгармоничное эмоциональное реагирование на болезнь ведет к хронизации СР, и в связи с этим, у личности всё меньше остается ресурсов для избавления от недуга.

На данный момент, практическая ценность настоящего исследования состоит в том, что выявленные нами особенности эмоционального уровня ВКБ, позволили обосновать направление психологической коррекционной работы, целью которой является формирование «гармоничной» внутренней картины здоровья, повышение способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций, и сопровождающих их когнитивных процессов при СР.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей. – СПб., 2005. – 33 с.
2. Глазырина Т.М. Особенности вклада внутренней картины болезни и класса заболевания на уровень нервно-психической адаптации пациентов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта, 2016. – №6. – С. 218–221.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина // Монография. – М., 2002. – 603 с.
4. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2019. – №3. – С.64–72.
5. Рассказова Е.И. Роль нарушений когнитивной и эмоциональной регуляции в возникновении соматических симптомов // Вопросы психологии, 2013. – № 6. – С. 87–97.
6. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. – Иркутск, 2014. – 304 с.
7. Martin A., Rief W. Relevance of cognitive and behavioral factors in medically unexplained syndromes and somatoform disorders // Psychiatr. Clin. North Am, 2011. – Vol. 34. Issue 3. – P. 565–578.

8. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // World Psychiatry, 2019. –Vol. 18(1). – P 3–19.

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Белоусова М.А.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол. н., ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Глушкова В.П.

Аннотация. На протяжении вот уже нескольких десятилетий в психологии и общественности горячо ведутся дискуссии по вопросам биоэтики. В частности, все чаще поднимается вопрос об искусственном осеменении и экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) – современном методе репродуктивных технологий, с помощью которого преодолевается бесплодие. Эти споры рождают множество мнений относительно новых вспомогательных репродуктивных технологий, в результате чего возникает необходимость оценивать эти технологии с точки зрения медицины и психологии.

Психология не может и не должна оставаться в стороне, следует взвешенно и аргументированно давать оценку этим процессам, так как они напрямую касаются нашего общества.

Ключевые слова: ЭКО, методы, репродуктивные технологии, бесплодие, анализ, психология.

PREREQUISITES FOR THE EMERGENCE OF THE METHOD OF IN VITRO FERTILIZATION

Belousova M. A.

Kursk state medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences, assistant of the Department of Psychiatry and Psychosomatics Glushkova V. P.

Abstract: for several decades, there has been a heated debate in psychology and the public about bioethics. In particular, the question of artificial insemination and in vitro fertilization (IVF) — a modern method of reproductive technologies, with the help of which infertility is overcome, is increasingly raised. These disputes give rise to many opinions about new assisted reproductive technologies, resulting in the need to evaluate these technologies from the point of view of medicine and psychology.

Psychology cannot and should not stand aside, it is necessary to give a balanced and reasoned assessment of these processes, as they directly affect our society.

Keyword: IVF, method, reproductive technologies, infertility, analysis, psychology.

Методика экстракорпорального оплодотворения начала развиваться в XIX и XX веках, получив свое обоснование благодаря распространившейся в научных кругах теории эволюции [2].

Первые же попытки искусственного оплодотворения начинают применяться еще в XVIII веке. Так, аббат Спалланцани впервые произвел искусственное оплодотворение на собаке, после чего та родила трех здоровых щенков. В 1844 году этот метод начинают успешно применять в ветеринарии – для осеменения сельскохозяйственных животных. В конце XIX века идея искусственного оплодотворения как средства избавления от бесплодия находит применение и в медицине [2].

В 1885 году французский ученый Ж. Жерар публикует свою скандальную диссертацию «Вклад в историю искусственного оплодотворения (600 случаев внутрисемейного осеменения)». Эта работа возымела широкий общественный резонанс [2].

Как видно из названия данного научного труда, Ж. Жераром было проведено 600 опытов искусственного оплодотворения человека.

В 90-х годах XIX столетия Вальтер Хип произвел перенос эмбрионов одной крольчихи в полость матки другой, что привело к успешно завершившейся беременности. «А в 1893 году русский ученый Груздев В.С. сделал принципиально важное сообщение о том, что полноценность оплодотворения напрямую зависит от степени зрелости яйцеклетки».

В начале XX века идея искусственного оплодотворения начинает активно распространяться в умах ученых, которые применяли искусственное осеменение (IA) с дальнейшим успешным оплодотворением сельскохозяйственных животных. После этого некоторые из естествоведов начали экспериментировать над людьми.

В 1917 году в своей статье «Искусственное оплодотворение в борьбе с бесплодием женщины» доктор Ф. Ильин говорит о том, что может производиться искусственное осеменение женщины половыми клетками мужа и что науке уже известны 69 описываемых случаев [2].

Далее, на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, который прошел в Ташкенте в 1925 году, доктор А. А. Шорохова в своем докладе говорит о том, что метод экстракорпорального оплодотворения может быть применен не только для борьбы с бесплодием как болезнью, но как «нежелание женщин сходиться с мужчиной» или как «право иметь ребенка не половым путем».

На этом основании можно полагать, что все 88 женщин, которым доктор А. А. Шорохова сделала операции, держались этой позиции.

В 1944 году впервые успешно было произведено экстракорпоральное оплодотворение на человеческом материале, которое привело к зарождению эмбриона, состоящего из двух клеток.

Далее в историческом развитии этого вопроса можно наблюдать более мощный прогресс. В 1978 году подобный оплодотворенный материал имплантировали в полость матки бесплодной женщины. Через девять месяцев на свет появился первый ребенок, рожденный методом экстракорпорального оплодотворения, Луиза Браун.

В России исследования подобного рода начинают проводиться в группе с 1965 года. После чего в 1973 году группа перерастает в целую лабораторию.

Первый ребенок «из пробирки» в России появляется в 1986 году. В следующем году в Советском Союзе Министерством здравоохранения было разрешено применение метода экстракорпорального оплодотворения 11 ведущим клиникам акушерско-гинекологической направленности. Через два года, «вплоть до 1993 года применение этого метода лечения бесплодия имело в СССР, а затем в России юридический статус расширенного эксперимента».

Задачей же эксперимента было решение вопросов, касающихся правовой значимости в сфере этой деятельности, а также основание службы доноров исходного материала (спермы) [1; 3].

Пересматривая статистику плодотворной деятельности репродуктивной медицины, можно увидеть следующие цифры. В 1982 году в мире было рождено 74 ребенка путем искусственной инсеминации. На 1990 год на свет появилось свыше 20 тыс. «пробирочных» детей. «А с 2008 по 2018 год только в Московском перинатальном центре родилось 13 тыс. детей». В настоящий момент в одной только России существует более 100 перинатальных центров репродуктивной медицины.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования мы пришли к заключению о важности и значимости осмысления проблемы экстракорпорального оплодотворения. В числе прочего, об этом говорит статистика использования этой операции, а также количество перинатальных центров репродуктивной медицины. По данным на 2018 год, в одной только России их существует более 100.

Список литературы

1. Биоэтические и правовые проблемы бесплодия и вспомогательных репродуктивных технологий / М. Л. Чернышева и др. – Тамбов: СП-Принт, 2018. – 216 с
2. История ЭКО [Электронный ресурс] / Медицинский портал «Eurolab». Режим доступа: URL: <http://www.eurolab.ua/in-vitrofertilization/3868/35000/> (дата обращения: 08.11.2019.).
3. Федина Л.П. Психологическое бесплодие и социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий // Молодой ученый, 2019. – № 11. – С. 257–260.

ОСОБЕННОСТИ НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Бондарева Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

**Научный руководитель: зав. кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доктор психологических наук, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье представлены анализ методик диагностики уровня интеллектуального развития и результаты сравнения уровня развития невербального интеллекта здоровых и слабослышащих детей.

Ключевые слова: интеллект, невербальный интеллект, особенности интеллекта, слабослышащие, здоровые дети.

PECULIARITIES OF NON-VERBAL INTELLIGENCE IN HUMAN HEARING YOUNGER SCHOOLCHILDREN.

Bondareva E.Yu.

Kursk state medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and
Neuropsychology, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor
Zapesotskaya I.V.**

Abstract. Diagnostics methods analysis of the level of intellectual development and the results of comparing the level of nonverbal intelligence healthy and hearing impaired children are presented in the article.

Key words: intelligence, non-verbal intelligence, features of intelligence, hearing impaired, healthy children.

В современном мире изучение невербального интеллекта слабослышащих детей особенно актуально. Т.Г. Богданова выдвигает две причины изучения данной темы: во-первых, совершенствуются процессы обучения слабослышащих детей, в результате чего выявляются особенности их интеллектуального развития. При своевременном обнаружении патологий в развитии происходит формирование путей коррекции выявленных проблем. Во-вторых, от степени развития интеллекта зависит социальное взаимодействие лиц с нарушением слуха, адаптационные возможности и их процесс обучения [1].

На начальных этапах развития различия в психической деятельности между слышащим и глухим ребенком – незначительные. Они возрастают с увеличением возраста индивида. Это происходит до определённого момента, когда вследствие сурдопедагогических воздействий данные различия начинают существенно нарастать или, наоборот, снижаться. Чем благоприятнее среда, в которой развивается ребенок, тем быстрее сглаживается разрыв в развитии интеллекта между здоровым и слабослышащим индивидом [1].

Вербальный интеллект основывается на простых понятиях: речь, счёт, письмо, чтение и т.д. [3]. Он позволяет проводить анализ, систематизацию новой информации и её воспроизведение в виде речевых сигналов. Также, он предполагает оперирование знаниями и выражение их в словесно-логической форме. Следовательно, слабослышащему ребёнку крайне тяжело выразить свои мысли, так как для формирования речи необходимо развитие речедвигательного и речеслухового анализаторов. А поражение слуха нарушает нормальное развитие речевого аппарата (возникают дефекты произношения), что влечёт за собой затруднение в восприятии речи у детей, уменьшает объем обрабатываемой информации и оказывает отрицательное влияние на мышление детей [2].

В свою очередь, невербальный интеллект представляет собой тип наглядно-действенного мышления и опирается на визуализацию. С ним связано умение оперировать пространственными образами, способность строить объёмные схемы [3]. Слабослышащие дети долгое время находятся на стадии наглядно-образного мышления, поэтому они лучше работают на уроках, где не используются слова, а применяются, например, цифры, карточки, рисунки. [4]

Таким образом, гипотеза заключается в том, что показатели невербального интеллекта слабослышащих и здоровых детей максимально приближены.

Целью данного исследования является компаративный анализ невербального интеллекта у здоровых детей и детей с нарушением слуха. Балакирева Н.А., Т.Г. Богданова, И.С. Депутат для проведения исследования среди лиц младшего школьного возраста применяли шкалы действия и

невербальные тесты (например, прогрессивные матрицы Дж. Равена, субтесты Векслера). Эти методики помогают избежать проблем в понимании речи и формулировании решений интеллектуальных задач. Тем самым, методики на невербальный интеллект в наибольшей мере отражают уровень интеллектуального развития ребёнка.

Использовались следующие методики:

1. Субтест 9 «Кубики Кооса». Он наиболее информативен в сфере изучения невербального интеллекта. Задания направлены на выявление аналитико-синтетических способностей и интеллектуальных потенциалов исследуемого. Успешное выполнение позволяет сделать вывод о способности к пространственному воображению [4]. Для успешного выполнения заданий субтеста необходимо сложить кубики по образцу (карточка) за определённый промежуток времени.
2. Субтест 12 «Лабиринты». Определяет способность ребёнка последовательно решать перцептивные задачи, удерживать свои действия в заданных экспериментатором условиях, показывает эффективность работы оперативной памяти [5]. Чтобы выполнить субтест необходимо на время указать путь от начала лабиринта до конца.
3. Прогрессивные матрицы Дж. Равена. Методика позволяет исследовать интеллект в «чистом виде» (без опоры на специальные знания и язык). Оценивает способность к логичности мышления индивида [6]. Максимальное время выполнения – 20 минут. Следует сопоставить нужные части в целостный рисунок.

Исследование было проведено на ОКОУ «Школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» г. Курска. В нём принимали участие 2 слабослышающих школьника в возрасте 9 и 9,5 лет. Форма проведения – индивидуальная.

Оба слабослышающих ребёнка выполнили прогрессивные матрицы Дж.Равена до 20 минут. Наташа, 9,5 лет, внимательно рассматривала каждую картинку и хорошо справлялась с заданиями. Наиболее успешная серия у неё – серия В. Здесь она не допустила ни одной ошибки. Уровень интеллекта, соответствующий её возрасту равен 95 баллам. Что касается второго ребёнка (Дима, 9 лет), он выполнял задания сначала вдумчиво, отвечал правильно на задания теста. В серии В была заметна усталость ребёнка, что повлекло за собой рассеянное внимание и ошибки. Уровень интеллекта составил 91 балл. Субтест «Кубики Кооса» обоими детьми выполнен практически одинаково: Дима – 14баллов, Наташа – 15 баллов. Оба ребёнка с интересом составляли фигуры и не отвлекались на окружающую обстановку. Девочке удалось выполнить на одно задание (5 карточка) больше, чем её однокласснику.

Результаты субтеста 12 оказались следующими: Наташа – 16 баллов, Дима – 17 баллов из 20. Время выполнения различается на 2-3 секунды. В лабиринтах дети делали ошибки только в последнем задании и получили за него 0 баллов.

Среди здоровых детей были исследованы 2 ребёнка 9,5 лет. Методику Дж.Равена младшие школьники выполнили менее, чем за 20 минут. Андрей показал результат 91 балл, Полина – 102 балла. Во время выполнения заданий мальчик часто отвлекался, смотрел по сторонам, обращал внимание на рядом лежащие игрушки. Девочка же спокойно отвечала на задания, была сосредоточена на правильном выполнении.

Субтест 9 «Кубики Кооса»: Полина выполнила все задания, только 10 карточку первый раз она составила за 5 мин. 11 с., а при повторном её предъявлении за 1 мин. 15 с. В сумме она получила 19 баллов из 20. При складывании кубиков девочка вела себя сдержанно и неторопливо их перебирала. Андрею удалось выполнить задания только семи карточек из десяти, при этом 5 и 6 задания он смог сделать вовремя только со второго раза. В сумме мальчик получил 12 баллов. Он нервничал из-за неудач, делал много резких движений и отвлекался.

Субтест «Лабиринт» успешно выполнен школьниками. Полина получила 16 баллов, Андрей – 15 баллов. До 6 лабиринта время выполнения заданий различалось на 1-2 секунды. Начиная с 7 карточки, девочка проходила лабиринт в пределах 1-2 минуты, мальчик – 20-30 секунд. Полина сделала все задания без единой ошибки, Андрей прошёл последний лабиринт, оторвав ручку от карточки.

При сравнении результатов младших школьников слабослышащих и здоровых мы пришли к следующему выводу: прогрессивные матрицы Дж.Равена выполнены среди мальчиков одинаково, а среди девочек + у слабослышащей показатели меньше на 7 баллов. Анализ субтеста «Лабиринты» показал, что темп выполнения заданий разнится приблизительно на 5 секунд. Баллы девочек одинаковые, среди мальчиков – у слабослышащего ребёнка больше на 2 балла, чем у мальчика без нарушений слуха. Результаты субтеста «Кубики Кооса»: среди девочек: у здоровой на 4 балла больше, а среди мальчиков – на 2 балла больше у слабослышащего.

Таким образом, опираясь на данные исследования, мы можем заметить, что баллы, действительно, имеют небольшую разницу, причём большее количество баллов в данных выборках получили девочки. Следовательно, гипотеза подтвердилась.

Результаты проведённого исследования предполагают дальнейшее изучение невербального интеллекта среди младших школьников в половом различии, так как в данной выборке показатели интеллекта девочек оказались больше, чем у мальчиков.

Список литературы

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – С. 3–203.
2. Влияние нарушений слуха на развитие речи ребенка [Электронный ресурс] / diplomba.ru. Режим доступа: URL: <http://diplomba.ru/work/104135> (дата обращения 08.11.19).

3. Всё о активности и развитии мозга [Электронный ресурс] / Тонус мозга. Режим доступа: URL: <https://tonusmozga.ru/intellekt-i-eruditsiya/intellektualnyye-sposobnosti/verbalnyj-i-neverbalnyj.html> (дата обращения 15.11.19).
4. Никишина В.Б. Соотношение биологического и социального в генезе задержки психического развития // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 18.
5. Теоретические основы теста «Кубики Коса» [Электронный ресурс] / Лекции. Режим доступа: URL: <https://lektsii.org/16-66440.html> (дата обращения 11.11.19).
6. Тест Равена. Шкала прогрессивных матриц. Raven Progressiv Matrices. Методики для диагностики интеллекта [Электронный ресурс] / psycabi.net. Режим доступа: URL: <https://psycabi.net/testy/717-test-ravena-progressivnyye-matritsy-raven-progressiv-matrices-metodiki-dlya-diagnostiki-intellekta-vzroslykh> (дата обращения 03.11.19).

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И УРОВНЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Боярская А.Ю., Шлянина Д.В.

**Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мамчиц Л.П.

Аннотация. Учебная деятельность студентов сопровождается снижением уровня здоровья. Удельный вес студентов с неудовлетворительной адаптацией и напряжением адаптации значительно выше у студентов медицинского университета. Самокоррекция образа жизни и физической подготовленности студентов может способствовать улучшению их субъективного здоровья, оптимизации учебного процесса и качественной подготовки к будущей профессии.

Ключевые слова: студенты, физическое развитие, соматическое здоровье, учебная деятельность адаптация.

EVALUATION OF PHYSICAL DEVELOPMENT AND THE LEVEL OF SOMATIC HEALTH OF STUDENTS IN THE PROCESS OF ADAPTATION TO EDUCATIONAL ACTIVITY

Boyarskaya A.Yu., Shlyanina D.V.

**Gomel State Medical University,
Gomel, Belarus**

**Scientific adviser: candidate of medical sciences, associate professor
Mamchits L.P.**

Abstract. The educational activities of students are accompanied by a decline in health. The proportion of students with unsatisfactory adaptation and adaptation tension is much higher among students of a medical university. Self-correction of students' lifestyles and physical fitness can help improve their subjective health, optimize the educational process and provide quality training for their future profession.

Keywords: students, physical development, somatic health, learning activities, adaptation.

Актуальность. Исследование заболеваемости, условий и образа жизни студентов чрезвычайно важно для совершенствования мероприятий по поддержанию высокого функционального состояния организма учащейся молодежи и профилактике заболеваний.

В структуре молодого поколения студенты представляют собой особую социальную группу, которая характеризуется определенными специфическими условиями труда и жизни, напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма, высокой психоэмоциональной и умственной нагрузкой, вынужденным частым нарушением труда, питания и отдыха [1; 3; 5].

Современное состояние заболеваемости отражает проявление нарастающей экологической нагрузки на население при снижении социально-экономических и психологических параметров благополучия, при этом именно студенчество является той возрастной группой, экосенситивность которой велика. Чем продолжительнее процесс учебы, тем больше учащихся подвергаются психоэмоциональным стрессам, что приводит к ослаблению резистентности организма, усилению стрессорных реакций и созданию благоприятных условий для возникновения различных нарушений адаптации, напряжением различных функциональных систем организма. Студенчество входит в одну из социальных групп населения, наиболее подверженных воздействию факторов дезадаптации [4].

Гиподинамия в сочетании с высоким уровнем нагрузок интеллектуального характера при обучении в ВУЗе повышает напряженность в функционировании всех систем организма и ведет к снижению успеваемости и уровня здоровья. Исходя из этого, одной из главных причин учащения и утяжеления ряда заболеваний является сердечно-сосудистая патология.

Одним из основных факторов, влияющих на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у студентов является недостаточная двигательная активность, сочетающаяся с эмоциональной и информационной перегрузкой. При напряженной умственной деятельности, характерной для студентов, происходят определенные сдвиги: увеличивается частота сердечных сокращений и дыхания, минутный объем работы сердца и дыхания. Изменяется активность и других вегетативных функций.

Необходимо внедрение в практику современных тестов для углубленной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, физического состояния человека в целом. Поэтому контроль состояния здоровья студентов должен быть направлен на выявление функциональных состояний, которые предшествуют заболеваниям [1; 2; 3; 4; 5]. Отсутствие систематизированных сведений о динамике уровня здоровья у студентов в процессе обучения обусловило проведение настоящей работы.

Цель работы: изучение и оценка физического развития студентов и состояния здоровья в процессе адаптации к учебной деятельности.

Материалы и методы исследования. Для оценки здоровья и донозологической диагностики студентов использован комплексный анкетный опросник «Оценка энергopotенциала биосистемы по Г.Л. Апанасенко», включающий 5 основных показателей: индекс массы тела, жизненный индекс, индекс Робинсона, время восстановления пульса после дозированной нагрузки, мышечная сила рук. Каждый показатель рассчитывали на основе проведенных соматометрических и физиометрических исследований и оценивали в баллах, уровень соматического здоровья оценивали по сумме баллов

Рассчитаны индексы массы тела (ИМТ) по формуле M/P^2 , где

M – масса тела, кг,

P – рост стоя, м.

Основным показателем послужил индекс функциональных изменений сердечно-сосудистой системы (ИФИ) (по методике, предложенной Р.М. Баевским, А.П. Берсеновой, В.К. Вакулиным и др., 1987).

$ИФИ = 0,011ЧП + 0,014САД + 0,008ДАД + 0,014В + 0,005МТ - 0,009Р - 0,27$, где

ЧП—частота пульса в минуту,

САД и ДАД – соответственно систолическое и диастолическое давление (мм. рт. ст.),

МТ – масса тела (в кг),

P – рост (в см),

В – возраст (в годах).

Статистическую обработку проводили по стандартным методикам с использованием пакета прикладных программ по общепринятым показателям

(средние величины, ошибка измерения, сигмальные отклонения, процентное распределение).

Результаты. Показатели физического развития являются одним из наиболее значимых показателей состояния здоровья, информативными критериями соответствия энергетической и биологической ценности рациона питания потребностям организма.

Оценка гармоничности физического развития студентов показала, что среднее физическое развитие в соответствии с возрастом и полом имеют $71,9 \pm 2,9\%$ студентов, выше среднего – $7,2 \pm 1,6\%$, ниже среднего – $21,9 \pm 2,7\%$. Удельный вес девушек и юношей из общего числа обследованных и имеющих гармоничное среднее физическое развитие составил соответственно $76,9 \pm 2,9\%$ и $93,4 \pm 3,2\%$, Дисгармоничное физическое развитие имели $18,8 \pm 2,7\%$ студентов (за счет дефицита массы тела), из них 39% девушек и 4% юношей. Группа лиц с избытком массы тела составила 6,2%.

Результаты оценки массо-ростового показателя (ИМТ) у студентов обследованных вузов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение респондентов по показателям массо-ростового индекса Кетле (%).

Индекс Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$)	ГомГМУ	ГГУ имени Ф.Скорины	БелГУТ
<20	38,5	41,4	20
20-25	53,8	55,9	66,7
>25	7,7	2,7	13,3

Большинство студентов имеют обычный пищевой статус. При *обычном пищевом статусе* структура и функции организма не нарушены, адаптационные резервы организма достаточны для обычных условий жизнедеятельности. Достоверных различий в количестве студентов разных вузов с избыточным и недостаточным пищевым статусом не выявлено.

Ранее проведенные исследования уровня соматического здоровья студентов медицинского университета показали, что каждый пятый студент 2 курса имел средний уровень соматического здоровья (21%). У юношей чаще отмечался средний уровень здоровья, чем у девушек (38,9% и 29,7% соответственно). У девушек здоровье находится на уровне среднего и ниже среднего. Среди всех изучаемых показателей наиболее низкие результаты были по показателям, характеризующим функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также развитие силы мышц (ЖЕЛ и динамометрия).

Каждый третий студент 6 курса имел средний или ниже среднего уровень соматического здоровья (68%). У юношей чаще отмечался средний уровень здоровья, чем у девушек (38,7% и 33,3% соответственно). У девушек здоровье находится на уровне среднего и ниже среднего, преобладает уровень здоровья ниже среднего. Студентов с высоким уровнем здоровья не было выявлено.

Таким образом, здоровье студентов медицинского университета находится на среднем или же ниже среднего уровне здоровья. Среди студентов старших курсов наблюдается тенденция к снижению уровня соматического здоровья, что может повлечь за собой ряд последствий. Это говорит о том, что состояние здоровья студентов находится вне «безопасного уровня здоровья». При выходе индивида из «безопасной зоны» здоровья проявляется феномен «саморазвития» патологического процесса без изменения силы действующих факторов вначале формируются эндогенные факторы риска, развивается патологический процесс и происходит его манифестация в виде конкретной нозологической формы.

Учебная деятельность студентов медицинского университета отличается значительной умственной напряженностью, связанной с повышенной ответственностью за конечный результат получения качественных знаний, усвоением большого объема материала в условиях дефицита времени.

Нами установлено, что уже в течение первого семестра у студентов достоверно снижаются показатели самочувствия, активности и настроения. Появляются жалобы на нарушения сна, аппетита, ухудшение памяти, внимания. Происходит поляризация социометрических выборов, определяется группа лиц с низким социометрическим статусом, которая испытывает трудности в социальной адаптации к новым условиям, налаживании межличностных контактов. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Уровни адаптационного потенциала по значениям ИФИ
(индекса функциональных изменений) у студентов (в %)**

Уровень адаптации	ГомГМУ	ГГУ имени Ф.Скорины	БелГУТ
Удовлетворительная адаптация	85,4	95,6	92,9
Напряжение механизмов адаптации	5,9	3,1	4,3
Неудовлетворительная адаптация	8,7	1,3	2,8

Наиболее выражены изменения у студентов медицинского университета, соответственно удельный вес студентов с неудовлетворительной адаптацией и напряжением адаптации значительно выше (8,7%, 1,3% и 2,8%).

Выводы. Учебная деятельность студентов сопровождается снижением уровня здоровья. Наиболее значимые факторы риска развития донозологических состояний и патологии различных органов и систем для студентов, такие как значительные учебные нагрузки, недостаточное пребывание на свежем воздухе, отсутствие оптимального двигательного режима. Удельный вес студентов с неудовлетворительной адаптацией и напряжением адаптации значительно выше у студентов медицинского университета.

Самокоррекция образа жизни и физической подготовленности студентов может способствовать улучшению их субъективного здоровья, оптимизации учебного процесса и качественной подготовки к будущей профессии. Оценку образа жизни и уровня физической подготовленности во взаимосвязи с показателями самооценки здоровья можно также рассматривать как фактор положительной мотивации формирования здорового образа жизни.

Список литературы

1. Дорошевич В.И. Статус питания и здоровье человека // В.И. Дорошкевич/Медицинские новости. – Мн. «УП ЮПОКОМ», 2003. – №4. – С. 18-25.
2. Карташева, Н.В., Мамчиц, Л.П., Фомченко, О.Ф. Методический подход в определении здоровья детей по соматометрическим показателям / Н.В. Карташева, Л.П. Мамчиц // Материалы XV Конгресса педиатров России – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2011. – 379 с.
3. Мамчиц, Л.П. Метод анкетирования в гигиенической диагностике и коррекции статуса студенток /Л.П. Мамчиц, Н.В. Карташева //Материалы шестой научной международной конференции «Донозология-2010» – СПб.: Крисмас, 2010.
4. Мамчиц, Л.П. Оценка морфофункционального состояния студентов и ее роль в первичной профилактике / Л.П. Мамчиц, С.В. Климович // Проблемы гигиенической донозологической диагностики и первичной профилактики заболеваний в современных условиях: сборник статей 13-ой ЕНК». – СПб.: Донозология, 2017. – С. 316–318.
5. Формирование здорового образа жизни студентов // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XIX студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. – М.: «МЦНО». – 2014 – № 12(18).

СТРУКТУРНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Брежнева Д.С., Солодова Д.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности межличностного взаимодействия людей в ситуации тяжелого онкологического заболевания.

Ключевые слова: онкология, общение, межличностное взаимодействие.

STRUCTURAL-CONTENT ANALYSIS OF INTERPERSONAL INTERACTION IN ONCOLOGICAL PROFILE PATIENTS

Brezhneva D.S., Solodova D.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T. V.**

Abstract. The article discusses features of interpersonal interaction of people in a situation of severe cancer.

Key words: oncology; communication; interpersonal interaction.

Во всем мире наблюдается положительная тенденция распространённости онкологических заболеваний. Согласно данным, в России за 10 лет число раковых больных увеличилось на 23% и к 2018 году составило 3,76 миллионов онкобольных [6].

Злокачественные опухоли особый вид патологий, характеризующийся наличием клеток, модифицированных мутацией, которые в результате гиперплазии поражают ближайшие ткани. Для них характерно инфильтративный рост и способность метастазировать [5].

Но на данный момент не существует единого мнения о генезе злокачественных новообразований. Одни авторы придерживаются психосоматической теории образования опухолей. Согласно этой теории, причина возникновения всех новообразований кроется «исключительно в области психики», тогда как остальные возможные факторы являются излишними [3]. Мнение других автор рознится с психосоматической. К основным причинам формирования рака они относят химические канцерогены, зависящие от генетических, метаболических, иммунологических факторов, а также профессиональной деятельности и индивидуальной чувствительности от канцерогенов [1]. Причинами и механизмами возникновения в том числе называют: нарушения энергетического метаболизма [9], влияние крупных артериовенозных анастомозов [24], ошибки в ходе удвоения молекул ДНК [8] и т.д.

По причине неимения единого мнения об этиологии злокачественных опухолей и на 100% успешного лечения, онкология воспринимается пациентами как смертный приговор. Именно поэтому возникает необходимость осмысления проблем, связанных с качеством субъективных переживаний онкобольных.

Онкологические заболевания обладают высокой травматичностью, которая изменяет устоявшуюся систему социальных ролей, нарушая внутреннюю целостность идентичности. Последняя, в свою очередь, связана с мотивационной сферой, влияет на оценку происходящего, обуславливает способность индивида к ассимиляции личностного и социального опыта [7].

Работы, посвященные изучению онкобольных, показывают, что травматичность связана с угрозой жизни, с возможными калечащими операциями и последствиями в виде утраты органов, на этом фоне потеря женственности/мужественности. Травматическая ситуация оказывает влияние на все сферы жизни больного: духовная, сексуальная, психоэмоциональная, социальная, семейная и т.д. [4].

Особенностью переживаний онкобольных является смещение акцента с болезни на межличностные отношения. Злокачественные новообразования заставляют людей чувствовать себя неполноценными, непривлекательными, "опасными для общества". Появляется страх быть отвергнутыми и брошенными. Происходит утрата эмоциональных отношений, ангедония, которые в конечном счете приводят к социальной изоляции.

Гипотеза исследования заключалась в том, что пациенты в ситуации онкологического заболевания действительно стремятся отдалиться от общения с родными и друзьями, отдав предпочтение лицам, имеющих схожий диагноз.

Мы провели анонимное анкетирование на 36 пациентах онкологического профиля с целью изучения особенностей межличностного взаимодействия. 50% опрошенных находились в состоянии ремиссии, 33% имели статус заболевания «до года» и 16% – «больше года».

По результатам исследования мы подтвердили нашу гипотезу – 66,7 % опрошенных говорят о своих чувствах и переживаниях именно с борющимися или уже поборовшими злокачественные новообразования. Можно предположить, что при онкологическом заболевании доминирующей стороной общения является перцептивная. Понимание твоих чувств, желаний и мотивов, вот что является главным для онкобольных на данном этапе их жизни. И именно это они смогут получить от таких же пациентов.

Лишь 33,3% ответили, что в трудную минуту обращаются за помощью к семье. Интересным здесь является тот факт, что все 100% были в состоянии ремиссии, что может означать обратимый характер стремления к одиночеству при болезни.

Полученные данные необходимо учитывать при психокоррекционных работах с лицами онкологического профиля. Очевидно, что для восстановления гармоничной личности, для формирования целостной идентичности необходимо делать упор на групповые тренинги, где пациенты смогут говорить о своих субъективных переживаниях и делиться опытом преодоления и совладания с болезнью.

Список литературы

1. Белицкий Г.А. Химический канцерогенез / Г.А. Белицкий // Проблемы клинической медицины, 2006. – №1. – С.10–15.
2. Ермошкин В.И. Новое исследование причины возникновения рака / В.И. Ермошкин. – М.: РосНОУ, 2018. – № 3-2 (37). – С.96–99.
3. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти. – М.: Изд-во ННБФ «Онкопсихология», 2005. – 592 с.
4. Орлова М.М. Идентичность больного в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / М.М.Орлова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие, 2014. – № 3 (6). – С. 84–96.
5. Петерсон С.Б. Онкология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 2-е изд., перераб. и доп. – 288с.
6. Рак (онкологические заболевания) [Электронный ресурс] / Здрав эксперт. Режим доступа: URL: <http://zdrav.expert/index.php/> (дата обращения 10.11.2019)
7. Lazarenko V.A., Nikishina V.B., Molchanova L.N., Nedurueva T.V. Structural-phenomenological features of the internal picture of doctors' illnesses // Psychology in Russia: State of the Art, 2016. –Т. 9. – № 2.– С. 4–14
8. Tomasetti C. Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention / C. Tomasetti, Lu Li, B. Vogelstein // Science, 2017. – № 355. – С. 130–134.
9. Warburg O. On the origin of cancer cells / O. Warburg // Science, 1956. – №123. – С. 309–314.

ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Булычёв М. А., Прокофьева А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

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

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи защитно-совладающего и пищевого поведения у студентов медицинского вуза. Эмпирически доказано, что преодоление негативных проявлений пищевого поведения возможно за счет конструктивных стратегий совладающего поведения, среди которых поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Ключевые слова: защитно-совладающее поведение, пищевое поведение, студенты, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблемы, положительная переоценка

RELATIONSHIP OF PROTECTIVE-CO-OPERATING AND FOOD BEHAVIOR AT STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

Bulychev M.A., Prokofieva A.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences, professor of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology Molchanova L.N.

Abstract. The results of a study of the relationship of protective-coping and eating behavior among students of a medical university are presented in the article. It has been empirically proven that overcoming negative manifestations of eating behavior is possible due to constructive strategies of coping behavior, among which the search for social support, acceptance of responsibility, planning of a solution to a problem, positive re-evaluation.

Keywords: protective-coping behavior, eating behavior, students, search for social support, acceptance of responsibility, planning a solution to a problem, positive reevaluation

Здоровью населения уделяется все больше и больше внимания. С каждым годом увеличиваются расходы государства на раннее выявление и лечение как физических, так и психических дисфункций. Существенный вклад в структуру заболеваемости населения мира и Российской Федерации в том числе вносят заболевания, связанные с нарушением обменных процессов в организме, которые могут быть следствием нерационального питания. Соответственно, необходима ранняя диагностика болезней, возникающих в результате неправильного питания. У студенческой молодежи эта проблема стоит очень остро. Это связано с постоянной стрессовой нагрузкой, нерациональным питанием и нарушением режима сна и отдыха. Профилактика заболеваний данной возрастной группы необходима, так как студенты занимают ключевое место в структуре трудоспособного населения.

Из всех аддикций пищевая зависимость населения занимает особое место, лишь только при ней в качестве способа бегства от проблем используется то, без чего жить нельзя – еда. Согласно теории Абрахама Маслоу, без удовлетворения базисных физиологических потребностей, важных для выживания, таких как питание, воздух, вода, экскреция, человек не может

перейти к удовлетворению потребностей более высокого уровня — потребностей социальных. Культ еды, диетомания, обостренное внимание людей, к своему телу и внешности, следование завышенным эталонам физической привлекательности представляют собой различные виды пищевых девиаций [4; 5].

Проблема переедания существует в обществе на протяжении многих лет. Людям кажется, что переедание возникает, потому что пища вкусная, или потому что человек очень голоден, но на самом деле, люди не могут остановиться по более уважительным причинам, например своего психологического состояния или эмоционального. Так, часто люди переедают с целью разрядки психоэмоционального напряжения, самоутверждения, компенсации неудовлетворенных подробностей в любви, заботе и ласке, эстетического переживания [7].

Есть мнение, которое определяет распространенность пищевых нарушений принятыми в обществе ролями и стандартами, в частности распространением эталона худобы, популяризацией всевозможных диет и излишне завышенным интересом людей к наружному облику. Ряд изыскателей разъясняет пищевые девиации личными причинами и актуальной историей [5; 7].

В психологической литературе уделено достаточно много внимания особенностям личностных нарушений при предпосылках возникновения, формировании и протекании алкогольной и наркотической зависимостей. Актуальность проблемы пищевой зависимости характеризуется тем, что она приводит к различным медицинским и психологическим проблемам, в первую очередь, к лишнему весу. Кроме того, проблемой является то, что современный социум не воспринимает пищевую зависимость как проблему [2].

Совладание личности со средовыми процессами и взаимодействие с ними, согласно транзактной модели стресса, предложенной Р.Лазарусом и С.Фолкман, в качестве результата имеет стресс и переживаемые эмоции. Р.Лазарусом для описания особенностей переживания личностью обыденных ситуаций, а также ситуаций, воспринимаемых ею как стрессовые, было введено понятие «копинг-стратегии», под которыми понимаются личностные стили совладания со стрессом. Лазарус предположил, что адаптация к среде происходит с помощью эмоций, соответственно личность переживает глубокий эмоциональный стресс с помощью пищи [1].

В связи с тем, что студенты медицинского вуза составляют группу риска нарушений пищевого поведения, проблема их ранней диагностики и поиска ресурсов преодоления является актуальной.

Пищевое поведение студентов медицинского вуза является объектом исследования, а предметом — взаимосвязи защитно-совладающего и пищевого поведения у студентов медицинского вуза.

Эмпирическое исследование взаимосвязи защитно-совладающего и пищевого поведения у студентов медицинского вуза осуществлялось в 2019 г. на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. В нем приняли участие 22 студента лечебного факультета в возрасте 20-21 года: из них 7 юношей и 15 девушек. Сбор данных осуществлялся с помощью наблюдения и беседы, а также таких стандартизированных методик, как «Способы совладающего поведения» Лазаруса (адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [6] и Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) (адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского) [3]. Для обработки полученных результатов использовали компьютерные методы математико-статистического анализа: описательную статистику и корреляционный анализ r-Спирмена (“Statistica 11.0”).

Диагностическое оценивание совладающего поведения студентов медицинского вуза осуществлялось с использованием опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [6] (адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [6] (см. таблицу 1) и засвидетельствовало средний уровень выраженности преимущественно по всем по шкалам, за исключением высокого значения шкалы «Самоконтроль» ($\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 12,27 \pm 4,67$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокий контроль поведения и стремление к самообладанию предполагают попытки студентов к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения.

Таблица 1

Средние значения показателей копинг- стратегий совладающего поведения студентов медицинского вуза

Наименование показателя	$\bar{X}_{cp} \pm \sigma_x$	качественный
Конфронтационный копинг	8,55±3,36	средний
Дистанционирование	8,86±3,94	средний
Самоконтроль	12,27±4,67	высокий
Поиск социальной поддержки	10,23±3,25	средний
Принятие ответственности	7,09±2,62	средний
Бегство-избегание	11,23±5,02	средний
Планирование решения проблемы	11,64±3,40	средний

Положительная переоценка	11,64±4,16	средний
--------------------------	------------	---------

В соответствии с результатами исследования пищевого поведения студентов медицинского вуза, полученными с помощью Шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП) (адаптации О.А. Ильчика, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского) [3] (см. таблицу 2), среднеарифметические значения всех показателей (за исключением «Стремление к худобе»: $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 2,95 \pm 3,87$, «Неудовлетворённость телом»: $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 6,68 \pm 6,70$ и «Недоверие в межличностных отношениях»: $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 4,23 \pm 2,65$) соответствуют диапазону средневыраженных значений.

Таблица 2

**Средние значения показателей пищевого поведения студентов
медицинского вуза**

Наименование показателя	$\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	$X_{\text{порог.}} \pm \sigma_x$	качественный
Стремление к худобе	2,95±3,87	3,00±3,67	низкий
Булимия	2,86±5,83	2,00±3,92	средний
Неудовлетворённость телом	6,68±6,70	4,7±5,60	высокий
Неэффективность	3,55±4,23	2,6±3,36	средний
Перфекционизм	5,45±4,35	5,3±3,83	средний
Недоверие в межличностных отношениях	4,23±2,65	2,8±3,11	высокий
Интероцептивная некомпетентность	3,91±5,21	2,6±3,69	средний

Таким образом, студенты медицинского вуза не удовлетворены телом: определенные части тела воспринимаются как чрезмерно толстые и испытывают дефицит доверия в межличностных отношениях.

Изучение взаимосвязи защитно-совладающего и пищевого поведения у студентов медицинского вуза осуществлялось с помощью метода корреляционного анализа r-Спирмена (см. таблицу 3).

Таблица 3

**Корреляционные взаимосвязи показателей совладающего и
пищевого поведения студентов медицинского вуза (r- Спирмен)**

Наименование показателя	Стремление к худобе	Булимия	Неудовлетворённость телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в межличностных отношениях	Интероцептивная некомпетентность

Конфронтационный копинг	-0,54*	-0,67**	-0,34	-0,49*	-0,40	-0,23	-0,58**
Дистанцирование	-0,22	-0,39	-0,01	-0,00	-0,17	-0,13	-0,26
Самоконтроль	-0,28	-0,41	0,01	0,02	-0,39	-0,25	-0,35
Поиск социальной поддержки	-0,53*	-0,68**	-0,49*	-0,59**	-0,64*	-0,50*	-0,73**
Принятие ответственности	-0,17	-0,53*	0,08	0,03	-0,18	-0,36	-0,36
Бегство-избегание	-0,42	-0,48*	-0,29	-0,17	-0,21	-0,17	-0,43*
Планирование решения проблемы	-0,63**	-0,71**	-0,33	-0,52*	-0,59*	-0,31	-0,71**
Положительная переоценка	-0,51*	-0,67**	-0,35	-0,48*	-0,55*	-0,29	-0,62**

Между показателями пищевого и совладающего поведения выявлены отрицательно направленные значимые и высоко значимые корреляции от умеренной до сильной степени выраженности. Показатель шкалы «Поиск социальной поддержки» отрицательно взаимосвязан со всеми показателями шкал пищевого поведения: со шкалой «Стремление к худобе» ($r=-0,53^*$), «Булимия» ($r=-0,68^{**}$), «Неудовлетворённость телом» ($r=-0,49^*$), «Неэффективность» ($r=-0,59^{**}$), «Перфекционизм» ($r=-0,64^*$), «Недоверие в межличностных отношениях» ($r=-0,50^*$), «Интероцептивная некомпетентность» ($r=-0,73^{**}$). Полученные результаты позволяют выдвинуть предположение о том, что неудовлетворённость телом и недоверие в межличностных отношениях компенсируется поиском социальной поддержки, который предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних ресурсов. Недостаток социальной поддержки студентов провоцируют стремление к худобе (чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть), наличие эпизодов переедания и очищения, перфекционизм, дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

Стремление к худобе, булимия, дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения преодолеваются за счет способности к сопротивлению трудностям, энергичности и предприимчивости

при разрешении проблемных ситуаций, целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов, а также за счет положительного переосмысления проблемной ситуации, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Об этом свидетельствуют отрицательно направленные корреляционные взаимосвязи показателя шкалы «Конфронтационный копинг» с показателями шкал «Стремление к худобе» ($r=-0,54^*$), «Булимия» ($r=-0,67^*$), «Неэффективность» ($r=-0,49^*$), «Интероцептивная некомпетентность» ($r=-0,58^{**}$); показателя шкалы «Планирование решения проблемы» с показателями шкал «Стремление к худобе» ($r=-0,63^{**}$), «Булимия» ($r=-0,71^{**}$), «Неэффективность» ($r=-0,52^*$), «Перфекционизм» ($r=-0,59^{**}$), «Интероцептивная некомпетентность» ($r=-0,71^{**}$); показателя шкалы «Положительная переоценка» с показателями шкал «Стремление к худобе» ($r=-0,51^{**}$), «Булимия» ($r=-0,67^{**}$), «Неэффективность» ($r=-0,48^*$), «Перфекционизм» ($r=-0,55^{**}$), «Интероцептивная некомпетентность» ($r=-0,62^{**}$).

Побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения могут быть преодолены за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п., а также признания зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках, на что указывают отрицательные корреляционные взаимосвязи показателя шкалы «Булимия» с показателями шкал «Принятие ответственности» ($r=-0,53^*$) и «Бегство-избегание» ($r=-0,48^*$). Таким образом, негативные проявления пищевого поведения возможно преодолеть за счет использования конструктивных стратегий совладающего поведения, среди которых поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Список литературы

1. Гилек Ю.Н. Изучение копинг-стратегий лиц, страдающих пищевой зависимостью / Ю.Н. Гилек // Инновационная наука, 2016. – № 6-3. – С. 212–215.
2. Деньгина Л.А. Анализ проблематики качественных исследований личностей с пищевой зависимостью / Л.А. Деньгина // Акмеология, 2014. – № 2 (50). – С. 187–191.
3. Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://docplayer.ru/55985291-O-a-ilchik-s-v-sivuha-o-a-skugarevskiy-s-suihi-russkoyazychnaya-adaptaciya-metodiki-shkala-ocenki-pishchevogo-povedeniya.html> (дата обращения: 01.10.2019).

4. Коноплева И.Н. Копинг-стратегии у людей с пищевой зависимостью / И.Н. Коноплева, К.С. Королёва // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке ООО "Экспо-Медиа", 2018. – С. 109–112.
5. Маслова Е.С. Пищевая зависимость как форма аддиктивного поведения / Е.С. Маслова // Вестник донского государственного аграрного университета. – Издательство: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Донской государственной аграрный университет" (пос. Персиановский), 2019. – № 1-2 (31). – С. 48–51.
6. Опросник «Способы совладающего поведения» (адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой). » [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://psyttests.org/coping/lazarus.html> (дата обращения: 01.10.2019).
7. Федина Е.А. Пищевая зависимость и психология переедания / Е.А. Федина, Ю.Н. Тимофеева // Живая психология. – М.: ООО "РАДОМИР-М+", 2018. – №3. – С. 267–274.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «СМЫСЛО-СЛУХОВОГО» МЕТОДА ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Гаврильченко К.Э.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Акуленкова М. В.

Аннотация. Статья посвящена описанию опыта комплексного восстановительного обучения пациентки с афферентной моторной афазией, центральным методом при котором выступил «смысло-слуховой» метод. Представлены диагностические данные нейропсихологического исследования, на основании которых были предложены задачи восстановительного обучения. В заключении проанализирована динамика восстановления речевой функции.

Ключевые слова: афазия, афферентная моторная, восстановительное обучение, смысло-слуховой, речевая функция, кинестетический фактор.

EXPERIENCE OF USING THE “SENSE AND HEARING” METHOD IN REHABILITATIVE TRAINING OF A PATIENT WITH AFFECT MOTOR APHASIA (CLINICAL CASE DESCRIPTION)

Gavrilchenko K.E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Assistant of the Department of Psychology of Health
and Neuropsychology Akulenkova M.V.**

Abstract. The article is devoted to the description of the experience of comprehensive rehabilitation training of a patient with afferent motor aphasia, the central method of which was the "sense-auditory" method. Diagnostic data of a neuropsychological study are presented, on the basis of which the tasks of rehabilitation training have been proposed. In conclusion, the dynamics of the restoration of speech function is analyzed.

Keywords: aphasia, afferent motor, rehabilitation training, sense-auditory, speech function, kinesthetic factor.

Цереброваскулярные заболевания занимают обширный сегмент в структуре заболеваемости, как во всем мире, так и в Российской Федерации. Одной из нозологических единиц в рубрике цереброваскулярные заболевания согласно МКБ-10, является инсульт. По официальным данным Всемирной организации здравоохранения, второй по счету причиной смертности в мире является инсульт. Более трети от всех причин смертности, связанных с сердечно-сосудистой системой, в Российской Федерации занимают цереброваскулярные заболевания. В общей структуре смертности острые нарушения мозгового кровообращения занимают пятую часть (21,4%). Последствия инсульта чаще всего являются тяжелыми для пациентов перенесших его, нередко происходит инвалидизация или летальный исход. Вследствие этого проблема диагностики, лечения и реабилитации пациентов, имеющих в своем анамнезе перенесенный инсульт, является актуальной и требует более глубокого и детального рассмотрения. [3] Развитие данного направления позволяет создавать и внедрять более эффективный медицинский и психологический инструментарий, позволяющий оказывать квалифицированную помощь пациентам [2; 4].

Мозг как субстрат психических процессов представляет собой единую суперсистему, единое целое, состоящее, однако, из дифференцированных отделов, которые выполняют различную роль в реализации психических функций [5].

Формирование патологического очага в головном мозге вследствие инсульта, приводит к нарушениям высших психических функций. В

зависимости от локализации очага в субстрате мозга, можно наблюдать различные нарушения: гностические, нарушения праксиса, речевые нарушения, нарушения когнитивной и эмоционально-личностной сферы. Так как высшие психические функции по своему строению и происхождению опосредованы речью, именно речевые нарушения являются объектом внимания при диагностике и реабилитации последствий инсульта.

В данной статье будет рассмотрено речевое нарушение, носящее название афазия. Под афазией в современной нейропсихологии понимают нарушение сформировавшейся речи, при локальных поражениях головного мозга, а именно его коры, левого полушария (у правшей) и представляющее системные расстройства различных форм речевой деятельности. Далее будет рассмотрена моторная афферентная афазия.

Возникновение афферентной моторной афазии связано с нарушением работы кинестетического нейропсихологического фактора, отвечающего за обеспечение кинестетического афферентного звена речевой системы. Кортикым представительством является нижний отдел теменной извилины. Опираясь на цитоархитектонические поля Бродмана, можно указать такие зоны как: 40-е поле, примыкающее к 42-му и 22-му. Центральным дефектом при данном нарушении является затруднение или полная невозможность нормальной, соответствующей норме артикуляции, вследствие отсутствия или дефицита афферентации, необходимой для подбора позы речевого аппарата. В речи наблюдаются трудности различения близких по произношению артикулем, замена одних звуков речи другими (литеральные парафазии). Сочетание подобных нарушений является признаком афферентной моторной афазии [1].

Основной задачей при восстановлении речи у больных с афферентной моторной афазией является восстановление нарушенной речевой артикуляции. Даже при грубых расстройствах речевой функции подобного вида, восстановление идет не через работу с отдельным артикулированием звуков, а через отдельные слова и далее предложения. Инструментом, посредством которого осуществляется восстановление произношения отдельных слов, является «смысло - слуховой» метод, разработанный Цветковой Л.С. на основе работ В.М. Когана. У больных с нарушением артикуляторной стороны речи, произношение слова облегчается в том случае, если слово включено в смысловые взаимосвязи с другими словами. Данный метод способен обеспечивать это включение [6; 7]. Фактически, обеспечивается сосредоточение внимания больного на слуховой и семантической стороне речи, взамен утраченной кинестетической. Использование «смысло - слухового» метода в реабилитации больного с афферентной моторной афазией будет продемонстрировано на следующем примере в описании клинического случая.

Пациентка В., 1948 года рождения, 71 год.

В ходе клинической беседы было отмечено, что пациентка находится в ясном состоянии сознания; в месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Самостоятельно предъявляет жалобы на нарушения речи: «Речь потеряла, первый раз». При расспросе дополнительные жалобы не уточняются. Из анамнеза известно, что пациентка наблюдается у врача с диагнозом артериальная гипертензия. В беседе контакту доступна, на вопросы отвечает по факту, критика к своей болезни сохранна. Фон настроения повышенный, наблюдается дурашливость. В динамике протекания психических процессов наблюдается истощаемость. При общении на первый план выходят нарушения экспрессивной речи по типу литеральных парафазий, невнятность произношения, наблюдается подбор артикуляционной позы. Произвольное и произвольное внимание у пациентки сохранно (по результатам наблюдения в процессе выполнения исследования). В ходе исследования зрительных гностических функций была использована методика «Узнавание реалистичных изображений», предметный гнозис сохранен. При исследовании соматосенсорного гнозиса было выявлено нарушение названия пальцев рук с закрытыми глазами, при зрительном контроле количество ошибок существенно снижалось. Исследование двигательных функций позволило выявить сохранность простых движений (сжатие руки); пробы на динамический праксис выполняются со значительными нарушениями (проба кулак-кольцо, кулак-ребро-ладонь), наблюдается упрощение программы действий, подбор позы руки, реципрокная координация также со значительными нарушениями. Во время выполнения серийных программ (рисование серий геометрических фигур), была выявлена истощаемость и трудности в подборе положения пальцев рук, движения недифференцированные, плохо управляемые. Импрессивная сторона речи сохранна, речевая инициатива у пациентки сохранна. Номинативная функция речи сохранна. Экспрессивная сторона речи имеет выраженные нарушения, по типу литеральных парафазий. Для исследования были использованы пробы на повторение звуков, повторение серий звуков, повторение простых слов и слов с оппозиционными фонемами, а также сложнопроизносимых и малочастотных слов. Во всех вышеперечисленных пробах наблюдаются сложности в тонкой дифференцировке звуков и фонем. Повторение фраз нарушено. Пробы на исследование орального праксиса по инструкции выполняются с нарушениями. При исследовании письменной речи наблюдается нарушение письма фраз (литеральные параграфии, истощаемость), автоматизированное письмо сохранно. При чтении рассказов наблюдаются паралексии по афферентному типу, темп выполнения замедлен. Пересказ прочитанного доступен, с парафазиями. Исключение лишнего осуществляет на основании ситуативных признаков предметов, уровень процессов обобщения снижен. Трактовка пословиц и метафор буквальная.

По результатам нейропсихологического исследования наблюдается афферентная моторная афазия, кинестетическая апраксия и общая

истощаемость психических процессов. На момент проведения исследования, на первый план у пациентки выступают нарушения кинестетического нейropsychологического фактора, а именно нарушения соматосенсорного гнозиса, праксиса, экспрессивной стороны речи. Мышление конкретно-ситуативное, снижение уровня обобщения. Патологический очаг локализован в теменной области левого полушария головного мозга.

В целях восстановления нарушенной речевой функции были установлены следующие задачи и соответствующие им методы:

Задача №1: преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи; Метод: классификация слов по темам с опорой на зрительную картинку;

Задача №2: растормаживание произносительной стороны речи; Метод: самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов (порядковый счет, дни недели, месяцы по порядку);

Задача №3: стимулирование глобального чтения и письма; Метод: раскладывание подписей под картинками с последующим написанием слова;

Задача №4: восстановление и коррекция фразовой речи; Метод: составление фраз по сюжетной картинке;

Задача №5: выделение звуко - буквенного состава слова; Метод: Составление слов из букв разрезной азбуки с опорой на картинку с последующим написанием слова;

Задача №6: развитие пространственного мышления и моторики рук; Метод: работа с кубиками Коса.

Программа реабилитации была рассчитана на 5 дней работы с пациенткой. Рабочее время составляло 40 минут каждый день, в течение которых решались все указанные выше задачи, и оценивалось качество выполнения отдельных методик, а также динамика результатов в сравнении с предыдущим днем. К моменту завершения программы, количество литеральных парафазий и параграфий уменьшилось по сравнению с теми результатами, которые показывала пациентка в начале реабилитации. Увеличилась речевая инициатива, подбор позы в артикуляторном праксисе стал занимать меньше времени.

Использование «смысло - слухового» метода позволяет актуализировать те афферентации в общем афферентном поле, которые в процессе онтогенеза заняли вторичное место в организации речевой деятельности. В данном случае участие их в работе, позволяет перестраивать функциональную систему и реабилитировать нарушенную функцию.

Список литературы

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов / Визель Т.Г. – М.: В. Секачев, 2018. – 264 с.
2. Гусев Е.И. Нервные болезни / Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. – М.: Медицина, 1988. – 640 с.

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. Пирадов М.А. Инсульт: пошаговая инструкция / Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология / Хомская Е.Д. – СПб.: Питер, 2018. – 496 с.
6. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение / Цветкова Л.С. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.
7. Шкловский В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / Шкловский В.М., Визель Т.Г. – М.: В. Секачев, 2017. – 96 с.

ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ «ПОМОГАЮЩИХ» ПРОФЕССИЙ

Голубченко А.И., Черкашина Е.А.

Курский государственный университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол. н., доцент Силаков А.С.

Аннотация. Статья посвящена теоретическому исследованию проблемы профессионального выгорания, представлений о его причинах, особенностях его протекания у представителей профессий типа «человек-человек», а также оценке состояния данной проблемы в современной науке.

Ключевые слова: исследование, профессиональное выгорание, симптомы выгорания, деперсонализация

THE PROBLEM OF BURNOUT AMONG REPRESENTATIVES OF "HELPING" PROFESSIONS

Golubchenko A.I., Cherkashina E. A.

Kursk State University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate
professor Silakov A.S.**

Abstract. The article is devoted to a theoretical study of the problem of professional burnout, ideas about its causes, the features of its course in

representatives of professions such as "man-man", as well as an assessment of the state of this problem in modern science.

Keywords: research, burnout, burnout symptoms, depersonalization

На современном рынке труда «помогающие» профессии имеют особое значение и поэтому, к специалистам профессий типа «человек-человек» предъявляются специальные требования к их физической и психической выносливости. Это связано с тем, что представители помогающих профессий имеют длительное напряженное общение с другими людьми и основным функциональным инструментом в таких профессиях является личность субъекта труда. В связи с этим, неограниченное использование своих ресурсов подвергает к дополнительным стрессам и может приводить к так называемому «профессиональному выгоранию», которое проявляется как «состояние физического и психического истощения» [4]. Несмотря на отсутствие единого, общепринятого определения профессионального выгорания и его причин, анализ теоретической литературы и эмпирических исследований показал, что данный синдром следует понимать, как конструкт негативных переживаний, связанных с длительными межличностными взаимодействиями. Также следует сказать, что данный синдром имеет свойство прогрессировать и влечет за собой развитие дисфункциональных установок, потерю мотивации. На данный момент выделено три главных признака эмоционального выгорания: истощение физических, эмоциональных ресурсов, постоянное чувство усталости, которое не исчезает даже после длительного сна. Вышеописанные признаки после отдыха уменьшаются, но после возвращения в рабочую ситуацию они возобновляются. Так же Личная отстраненность — данный признак характеризуется как изменение эмоционального отклика на ситуации клиентов, он может как понижаться, так и вообще отсутствовать. Ощущение утраты собственной эффективности – человек перестаёт «видеть» себя в своей профессии, так же снижается удовлетворённость своей работой.

Стоит отметить, что в отечественной литературе понятие «профессионального выгорания» стало исследоваться относительно недавно, в то время как за рубежом данный феномен изучается более сорока лет [1; 2].

Впервые термин «профессионального выгорания» был предложен в 1974 американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером, который описал данный феномен и предложил новый термин «burnout» – «выгорание», подразумевающий истощение внутренних ресурсов личности на фоне постоянного стресса. К 80-м годам XX века по проблеме профессионального выгорания сотрудников было опубликовано более тысячи работ в зарубежной литературе.

К. Кондо считает, что профессиональное выгорание постепенно приводит к эмоциональному истощению, которое находит выражение в заниженной самооценки, тревоге, раздражении, нарушении сна [3].

Социальный психолог К. Маслач и её коллеги определили феномен «профессионального выгорания» как «синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам» [3]. По её мнению, главной причиной выгорания остаётся конфликт между ресурсами личности и требованиями, предъявляемыми к человеку им самим и обществом.

Одним из первых в России, кто вплотную занялся исследованием эмоционального выгорания, был В.В. Бойко. Он рассматривает эмоциональное выгорание в качестве механизма психологической защиты личности, проявляющийся в частичном или полном отключении эмоций в ответ на воздействие психотравмирующих факторов. В.В. Бойко отметил, что синдром эмоционального выгорания носит не только негативный характер. Само по себе «выгорание» конструктивно, дезорганизуя являются его последствия, мешающие выполнению профессиональных задач и построению взаимоотношений с окружающими. В этом случае выгорание становится причиной профессиональной деформации личности [4; 5]. Также изучением профессионального выгорания занимались такие ученые как: Ананьев Б.Г., Орел В.Е, Водопьянова Н.Е и др.

Обобщая вышесказанное, мы можем сказать, что профессиональное выгорание в современной литературе рассматривается как патопсихологический процесс, который развивается у психически здоровых людей на фоне хронических психических перегрузок вследствие длительного профессионального общения. Не смотря на длительную историю исследования профессионального выгорания, всё же не было выявлено единого подхода к методологиям коррекции выгорания, которые бы полностью учитывали индивидуально-личностные особенности каждого специалиста и его представлений о сложности данной профессии. С каждым годом появляется всё больше исследований, статей, диссертаций, а также монографий, посвященных исследованиям данной проблемы, но со временем, она не теряет своей актуальности и «слепые» пятна в этой области, как бы активно не заполнялись различными исследованиями, все же будут оставлять место для нового научно-обоснованного материала в виде исследований прикладного и теоретического характера.

Список литературы

1. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания. –СПб.: Питер, 2009. – 440 с.
2. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 339 с.
3. Синюкова Е.М. Антропологический подход в профилактике психосоматических расстройств: учебное пособие. – Ставрополь: Ставропольский государственный педагогический институт, 2011. – 152 с.
4. Синюкова Е.М. Синдром эмоционального выгорания личности: его сущность и детерминанты // Парадигма познания, 2014. – № 2. – С. 150-155.

5. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии, 1994. – № 6. – С. 57–64.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ГНОСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Григорьева И.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.псих.н. Кузнецова А.А.

Аннотация. Реализовано нейропсихологическое исследование группы больных алкоголизмом второй стадии с целью установления особенностей гностических функций. В меньшей степени страдает зрительный гнозис, отмечается фрагментарное нарушение слухового гнозиса и зрительно-пространственного гнозиса, что может свидетельствовать о частичном нарушении соответственно затылочной, височной и теменно-затылочной долей мозга. В большей степени страдает тактильный гнозис, у больных снижается тактильная чувствительность на руках, проявляются элементы тактильной алексии, что может свидетельствовать о нарушении соматосенсорных афферентных синтезов, возможно, как и левого, так и правого полушария.

Ключевые слова: алкоголизм, гностические функции, нейропсихологическая диагностика

NEUROPSYCHOLOGICAL EXAMINATION OF GNOSTIC FUNCTIONS OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Grigorieva I. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences Kuznetsova A.A.

Abstract. A neuropsychological study of a group of patients with alcoholism of the second stage in order to establish the features of Gnostic functions was carried out. To a lesser extent, visual gnosis suffers, there is a fragmentary violation of auditory gnosis and visual-spatial gnosis, which may indicate a partial violation of the occipital, temporal and parietal-occipital lobes of the brain, respectively. To a

greater extent, tactile gnosis suffers, tactile sensitivity on the hands decreases in patients, elements of tactile Alexia appear, which may indicate a violation of somatosensory afferent syntheses, perhaps both the left and right hemispheres.

Keywords: alcoholism, Gnostic functions, neuropsychological diagnosis

По данным РИА Новости около 2,6% смертей в России в 2018 году было вызвано употреблением алкоголя. По данным Росстата, за первые семь месяцев 2019 года от отравлений алкоголем умерли 5,5 тыс. россиян. Это на 17% больше, чем годом ранее. Минздрав заявляет о сокращении потребления алкоголя в России, опираясь на данные продажи легального алкоголя. Тем не менее увеличилось потребление суррогата и контрафакта, проще говоря поддельных алкогольных напитков, которые в официальной статистике, к сожалению, не учитывают [10].

Алкогольная смертность делится на внешние и внутренние причины. РИА Новости так же выделили долю смертности населения россиян в 2018 году, из них: болезни системы кровообращения 46,3%, новообразования 15,9%, болезни нервной системы 6,2%. А вот доля смерти от отравления алкоголем составляет 0,4% [7].

Установлено, что алкоголь негативно влияет на когнитивные функции человека [9]. Проведены исследования, где изучали параметры вызванных потенциалов после интоксикации. Так, в алкогольной интоксикации регистрируются снижение амплитуды ряда компонентов слуховых и зрительных вызванных потенциалов, снижение амплитуды и увеличение латентности P300. [4]

Таким образом, результаты исследований с использованием батарей нейропсихологических проб подтверждают распространенность когнитивных нарушений у лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем [Максименко С.Д., Максименко К.С., Никишина В.Б., Петраш Е.А.]. Но в чем именно преимущество нейропсихологических проб и как они могут помочь?

Нейропсихология – наука, которая изучает нарушения ВПФ в следствии поражения головного мозга. Интоксикация алкоголем приводит к разрушению нейронов головного мозга, из-за чего и страдает психика человека и его когнитивные функции. Исследуя ВПФ, мы можем найти тот нейропсихологический фактор, который лежит в основе нарушения и понять, какие зоны были поражены. Нейропсихологические данные о статусе больных алкоголизмом представляют особый интерес для прогноза и определения исходов заболевания, а также в целях установления особенностей реабилитационного потенциала больных [1]. В исследованиях больных хроническим алкоголизмом сообщается о нарушениях способности к абстрагированию, вербального мышления, узнавания лиц, разрешения проблем, тактильных и пространственных представлений, зрительного обучения и памяти, внимания, моторного анализа, простой моторной способности [5]. При длительном отказе от алкоголя данные функции

обратимы. Применение нейропсихологических проб достаточно просто в отсутствие дорогостоящей аппаратуры, они обладают высокой чувствительностью [3].

Среди публикаций на сайте eLIBRARY много работ посвящено значимости нейропсихологического исследования для больных алкоголизмом, исследование ВПФ и когнитивных функций в целом, а так же роль профиля латеральной организации при алкоголизме. Тем не менее, особый интерес представляет то, каким образом при алкогольной зависимости перестраиваются нейропсихологические факторы гнозиса [6], поскольку они представляют собой комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик. А количество работ, посвященных данной теме единичны (Scott J. Moeller, Jean Honorio, 2014 и др.).

В 2018 году проведено нейропсихологическое исследование гностических функций на примере клинического случая больного с алкогольной зависимостью второй стадии [2]. Необходимо расширить экспериментальную группу, для более детального изучения гностических функций.

Целью исследования является нейропсихологическая диагностика группы больных алкоголизмом второй стадии и установления особенностей гностических функций.

Нейропсихологические пробы: зрительный гнозис – «Узнавание предметов» – 1, «Наложенные изображения» – 2, «Зашумленные изображения» – 3; слуховой гнозис – «Оценка ритмических структур» – 4; зрительно-пространственный гнозис – «Часы» – 5, «Географические карты» – 6, «Бочка и ящик» – 7, «Буквы» – 8; тактильный гнозис – «Проба Ферстера» – 9, «Локализация прикосновений» – 10, «Схема тела» – 11; лицевой гнозис – «Узнавание известных личностей по фотографиям» – 12, «Узнавание поэтов и писателей» – 13, «Узнавание незнакомых лиц» – 14.

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.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная наркологическая больница» г. Курск в октябре 2019 года. В экспериментальную группу вошли 10 мужчин с алкогольной зависимостью второй стадии.

При исследовании зрительного гнозиса все больные безошибочно справились с узнаванием предметов и узнаванием зашумленных изображений, однако 4 из 10 совершали одну, две ошибки в узнавании наложенных изображений;

При оценке ритмических структур у 5 из 10 больных наблюдаются ошибки умеренной тяжести. Они спешат при повторении ритмов по

слуховому образцу, ошибки возникают при выполнении сенсibilизированных проб (|| ||| | || ||| ударов), допускают одну ошибку при словесной инструкции.

При исследовании зрительно-пространственного гнозиса 3 больных совершали 1, 2 ошибки в узнавании времени по часам, задание «Географическая карта» все выполнили правильно, 4 больных совершали незначительные ошибки в пробе «Бочка и ящик».

При исследовании тактильного гнозиса в пробе «Ферстера» 5 человек совершили незначительные ошибки, 3 человека совершили ошибки умеренной тяжести, что говорит о наличии тактильной алексии у данных больных. В пробе «Локализация прикосновения» 5 человек совершили незначительные ошибки, 1 больной – ошибку умеренной тяжести и 1 больной не имел правильных ответов. Однако все больные правильно указали части тела.

При исследовании зрительного гнозиса только 1 больной совершил незначительную ошибку в «Узнавании известных личностей», в пробе «Поэты и писатели» 2 человека совершили незначительные ошибки, 1 больной – ошибку умеренной тяжести. В пробе «Узнавание незнакомых лиц» 3 человека допускали одну, две ошибки, 4 человека – не смогли узнать половину лиц. Что так же говорит о нарушении зрительной памяти.

Таким образом, у больных алкоголизмом 2-ой стадии в меньшей степени страдает зрительный гнозис, отмечается фрагментарное нарушение слухового гнозиса и зрительно-пространственного гнозиса. Это говорит о частичном нарушении соответственно затылочной, височной и теменно-затылочной долей мозга. В большей степени страдает тактильный гнозис, у больных снижается тактильная чувствительность на руках, проявляются элементы тактильной алексии. Так же возникают ошибки в установлении локализации прикосновения, у некоторых больных отсутствует чувствительность в определенных участках (например, один больной полностью не чувствовал левый и правый мизинцы). Это говорит о нарушении соматосенсорных афферентных синтезов, возможно, как и левого, так и правого полушария. Не узнавание «Поэтов и писателей» в основном зависит от уровня образования больных, а вот не узнавание незнакомых лиц, так же свидетельствует о нарушении памяти и произвольного внимания. Поэтому алкоголь оказывает прямое влияние на клетки головного мозга, данные нарушения могут ухудшать течение заболевания и в дальнейшем привести к более серьезным когнитивным нарушениям. Именно поэтому нужна своевременная нейропсихологическая диагностика, а в дальнейшем проведение коррекционных мероприятий.

Список литературы

1. Беребин М.А., Новохацки А.В. Моделирование структуры нарушений высших психических функций у больных хроническим алкоголизмом на основе данных нейропсихологического исследования // Вестник Южно-

- Уральского государственного университета. Серия: Психология, 2017. – Т. 10. – № 3. – С. 54-62.
2. Григорьева И.А. Нейропсихологическое исследование гностических функций больного с алкогольной зависимостью: клинический случай // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко, 2018. – С. 470-475.
 3. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб.: Издательство «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 192 с.
 4. Запесоцкая И.В. Нарушение смысловой регуляции как иммерсионный механизм состояния зависимости // Психолого-педагогический поиск. 2012. № 23. С. 150-156.
 5. Иванов В.П., Никишина В.Б., Кущёва Н.С., Кущёв Д.В. Некоторые особенности социально-биологического статуса и психологического портрета пациентов с алкогольной зависимостью I-II стадии // Наркология. 2011. Т. 10. № 7 (115). С. 68-73.
 6. Корсакова Н. К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. – Издательство Московского университета, 1988. – 54 с.
 7. Линделл Д. Где и как умирают в России от пьянства. – 2019г. [Электронный ресурс]. РИА Новости. Режим доступа: URL: <https://www.rbc.ru/society/08/10/2019/5d920ff29a79472fec0ff4bc>. (дата обращения 15.11.19).
 8. Максименко С.Д., Максименко К.С., Никишина В.Б., Петраш Е.А., Кузнецова А.А. Ассоциативно-диссоциативные механизмы временной перспективы личности при алкогольной зависимости // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье, 2014. – № 1. – С. 85-91.
 9. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. / Нейропсихологические исследования когнитивных нарушений при алкоголизме и наркоманиях // Психологический журнал – 2004. – № 5.– С. 70-76.
 10. Тимкив В. Доля контрафактного алкоголя [Электронный ресурс] / РИА Новости. Режим доступа: URL: <https://www.rbc.ru/society/08/10/2019/5d920ff29a79472fec0ff4bc> (дата обращения 15.11.19).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВ С
СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Григорьева И.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.псих.н. Кузнецова А.А.

Аннотация. В статье представлено описание клинического случая. Проективные методики нельзя считать основным диагностическим инструментом, проводится в сочетании с другими патопсихологическими методиками и пробами, все зависит так же от экспертного заключения врача-психиатра. Однако клинические психологи могут заранее выделить диагностические критерии, а проективные методики дают обширную картину внутреннего мира пациентов, что может помочь в установлении диагноза и разработки мишеней воздействия при психокоррекции.

Ключевые слова: суицидальное поведение, проективная методика, клинический случай

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR USING PROJECTIVE TECHNIQUES: CLINICAL CASE

Grigorieva I. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences Kuznetsova A.A.

Abstract. The article presents a description of the clinical case. Projective techniques can not be considered the main diagnostic tool, it is carried out in combination with other pathopsychological techniques and tests, it all depends on the expert opinion of a psychiatrist. However, clinical psychologists can identify diagnostic criteria in advance, and projective techniques give an extensive picture of the inner world of patients, which can help in diagnosis and development of targets for psychocorrection.

Keywords: suicidal behavior, projective technique, clinical case

Согласно статистическим данным в России за 2018 год число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психические расстройства непсихотического характера, взятых под диспансерное наблюдение психоневрологическими организациями составляет 17022 человека, а число тех, которых обратились за консультативно-лечебной помощью составляет 300458 человек [1]. В число этих больных так же входят дети и подростки, которые имеют акцентуации характера или различного рода психопатии, эта возрастная группа требует особого внимания со стороны психиатров и

клинических психологов как при диагностике, так и при дальнейшей коррекции личности [5].

Психопатия – стойкие, врожденные или приобретенные характерологические расстройства, проявляющиеся дисгармоничностью психического склада личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и социальной адаптации [2].

Личко А.Е. говорил о том, подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются. В подростковом возрасте так же происходят закономерные трансформации психопатий, особенно с наступлением полового созревания [3].

Нередко на фоне психопатий у подростков проявляется «суицидальное поведение». Согласно данным зарубежной литературы посвященной развитию суицидального поведения среди подростков и молодежи, выделяют две группы факторов риска: потенциальные («создающие почву») и актуальные (клинические). К наиболее часто встречающимся потенциальным факторам, «создающим почву» суицидального поведения, относятся дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности. К актуальным факторам, влияющим на развитие суицидального поведения и входящим в его структуру, относится депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева [4].

Суицидальное поведение у подростков – это в основном проблема «пограничной психиатрии», т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Лишь 5 % суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии – 20-30 %, а все остальное – на так называемые «подростковые кризы» [3].

Часто «суицидальное поведение» бывает проявлением не только клинической депрессии, но и психопатии истероидного типа, как способ привлечения внимания с помощью демонстративных суицидальных попыток. И в этом случае частота завершенных суицидов по сравнению с попытками в подростковом возрасте относительно невелика. Поэтому со стороны психиатра и клинического психолога необходима точность диагностики, дифференцировки текущего состояния для того, что бы назначить грамотное лечение, а так же проводить коррекционные работы в нужном направлении.

Для того чтобы более эффективно выявить структуру личности подростка, узнать об их интересах, взаимоотношениях с семьей и сверстниками, собрать анамнез психологи часто используют именно проективные методики. Поскольку они представляют собой не прямой способ обращения к личностным особенностям и не приводит в действие

психологические механизмы защиты. Так же поведенческие реакции могут быть разнообразными, не испытывая на себе давления со стороны.

Цель исследования: проведение дифференциальной диагностики подростка с суицидальным поведением с помощью проективных методик «Рисунок семьи», «Несуществующее животное».

Исследование проводилось на базе ОБУЗ Курская клиническая психиатрическая больница им. святого великомученика и целителя Пантелеимона, отделение детской психиатрии.

Пациентка Н., 15 лет поступила в отделение детской психиатрии на лечение в дневном стационаре по настоянию родителей. Внешний вид опрятен, короткие волосы, одежда не яркая, мужского стиля. Речь четкая, отвечает односложно, проявляет негативизм к вопросам психолога, отмечает что все ее рисунки не имеют никакого подтекста и проявления ее внутреннего мира. С 5 класса позиционирует себя в мужском роде, сейчас позиционирует себя как никто.

Из анамнеза: живет с родителями, есть младшая сестра 7 лет. Проблемы психического характера начались с момента рождения сестры, когда мама стала уделять больше внимания младшей дочери. Так же Н. стала жить с отцом в одной комнате, и живут так до сих пор. Отец военный, авторитарного характера. Часто конфликтуют с Н., словесно ее унижает, иногда доходит до рукоприкладства. С 13 л. Н. стала предпринимать суицидальные попытки, резала себе руки, шею, живот в основном тупыми предметами: ручкой, пилкой для ногтей и т.д. После окончания 9 класса поступила в медико - фармакологический колледж, проучилась там один месяц и перестала ходить на занятия, затем ее отчислили. В настоящий момент нигде не обучается, хочет пойти в вечернюю школу, потому что государство к этому обязывает. Интересуется компьютерными играми, любит общаться в интернете, есть подруга из другого города, с которой переписывается в сети и все ей рассказывает о себе и своей жизни.

В методике «Рисунок семьи» первым нарисовала отца, портрет более крупный, чем остальные. По ее словам, он для нее ничего не значит. Поскольку сильно конфликтуют, а именно, отцу не нравится образ жизни дочери, ее увлечения интернетом. Н. не комфортно проживать с отцом в одной комнате, однако она никому об этом не говорит. Тем не менее, мы можем сказать, что отец занимает большую часть в подсознании Н., возможно, эта часть несет отрицательный характер, но и уважение тоже присутствует. Мать нарисовала на втором месте, взгляд пустой, уставший. Отношения с мамой описывает тоже как натянутые, обижается на нее за то, что мать больше времени и внимания уделяет воспитанию младшей сестры, дает ей то, что не давала в свое время Н. Так же описывает мать как эмоционально холодной, у нее нет чувства наполненности жизни. Третьей в рисунке была младшая сестра. Н. характеризует ее как еще один раздражающий фактор, которому уделяют больше времени. Без сестры не было бы финансовым проблем. Однако

подчеркивает, что и отношения с родителями в таком случае тоже не изменились бы. В конце рисунка нарисовала себя, портрет самый маленький и внизу подпись: «Я задолбалась».

В методике «Несуществующее животное» нарисовала кота, вокруг него много описаний из его жизни и увлечений. Носят они негативный характер, кот – это демон, который питается душами людей. По ее словам, нарисовала его просто потому, что в квартире живет много котов, никакого смысла рисунок не несет. Кот имеет несколько глаз, что говорит о том, что по жизни Н. наблюдатель, как в жизни, так и в интернете. Любит обсуждать людей, может оскорбить, следить. Одна из лап кота в виде кости, что говорит о психотравме, которая связана с рождением младшей сестры. Хвост не имеет четких очертаний, нарисован в виде дыма, который рассеивается. Н. видит свое будущее туманно. Говорит, что когда наступил 18 лет, то уйдет из дома. Неважно, где она будет жить и как справляться, может умрет и это хорошо. На вопрос, а что ей мешает умереть сейчас, отвечает, что родители дома не позволят и сразу спасут ее. В настоящий момент тоже хочет умереть, однако не хочет прыгать с крыши или бросаться под машину, потому что это принесет проблемы другим людям (водителю автомобиля или очевидцев возле дома). Тем не менее, родителям угрожает своей смертью.

Таким образом, Н. имела в анамнезе суицидальные попытки, по сей день есть суицидальные мысли – это говорит о склонности к самоповреждающему поведению. Мы не можем с точностью сказать, что больше таких попыток в дальнейшем не будет. Однако, у Н. есть особенность – она не доводит их до конца. Порезы говорят об аутоагрессии, пациентка не видит другого способа, как вылить накопившийся негатив внутри, но делает она это тупыми предметами. Суицидальные мысли так же не воплощаются в жизнь, Н. озвучивает их, угрожает родителям. Все это говорит о том, что Н. таким образом хочет неосознанно привлечь к себе внимание родителей, семейные отношения в данном случае стали триггером для развития психопатии истероидного типа с момента рождения сестры, а с наступлением полового созревания черты усиливаются. Так же за пациенткой наблюдали в стационаре. В первый же день она начала общаться с другими подростками, фотографировалась с ними на телефон. Все вышеперечисленное говорит о том, что суицидальное поведение не является проявлением клинической депрессии.

Проективные методики нельзя считать основным диагностическим инструментом, по которым можно точно провести дифференциальную диагностику. Она проводится в сочетании с другими патопсихологическими методиками и пробами, все зависит так же от экспертного заключения врача-психиатра. Однако клинические психологи могут заранее выделить диагностические критерии, а проективные методики дают обширную картину внутреннего мира пациентов, что так же может помочь в установлении диагноза и разработки мишеней воздействия при психокоррекции.

Список литературы

1. Александрова Г.А, Голубев Н.А. и др. Социально значимые заболевания населения в 2018 г. – М., 2019. – 73 с.
2. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2002. – 544 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е доп. и перераб. – Л., 1983.
4. Мзикян С.А., Новикова Д.И., Савченко А.А. Суицидальное поведение у подростков. Факторы риска и профилактика/ Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2016. – № 54. – С. 22-27.
5. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Дихотомическая модель доверия-зависимости: детерминация, феноменология, генез // Социальная политика и социология. 2010. № 4 (58). С. 154-163.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМООЦЕНКИ

Гончарова О.П.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г.Белгород, Россия

Научный руководитель: к.психол.наук, доцент кафедры общей и
клинической психологии Гут Ю.Н.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования уровня эмоционального интеллекта и смысложизненных ориентаций подростков, которые были изъяты из неблагополучной семьи и в настоящее время проживают в социально-реабилитационном центре.

Ключевые слова: неблагополучная семья, личностный потенциал, эмоциональный интеллект, смысложизненные ориентации.

EMOTIONAL STATE OF STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF SELF-ESTEEM

Goncharova O.P.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate
professor of the Department of General and Clinical Psychology Gut Yu.N.

Abstract. The article presents the results of a study of the emotional state of students with different levels of self-esteem. As a result, it was revealed that most students had a high level of self-esteem, which indicates confidence in themselves and their abilities. The features of the relationship between the level of students' self-esteem and their mood and overall activity are revealed.

Keywords: emotional state, self-esteem, activity, students 'well-being, "closeness to experience", "emotional exhaustion".

Самооценка, рассматриваемая в психологии как важнейшее личностное образование, принимающее участие в регуляции человеком своего поведения и деятельности, к тому же является автономной характеристикой личности, ее центральным компонентом, который формируется при активном участии самой личности и отражает качественное своеобразие ее внутреннего мира [3; 5; 6]. В научной литературе отечественными и зарубежными авторами (Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, Л.И. Божович, М.С. Неймарк, Л.С. Славина, Е.А. Серебрякова, К. Роджерс, К. Левин, К. Хорни, Э. Фромм) описаны эмпирические исследования самооценки и ее связи с удовлетворенностью и успехами в учебе, характеристиками интеллектуальной деятельности, особенностями мотивационной и эмоциональной сфер, ощущением счастья, аномальным развитием личности, девиантным поведением и т. д.

Исследования самооценки и эмоциональных состояний продолжают оставаться актуальными. Адекватная самооценка позволяет быстро наладить контакты не только с друзьями, но и с родителями. Неадекватная самооценка создает устойчивую тревожность и изоляцию, вследствие, возникают трудности в общении с окружающими [1; 2; 4].

Цель исследования – изучить связь эмоциональных состояний студентов с разным уровнем самооценки.

Методики исследования: методика «САН» В.А. Доскина, Тест-опросник «Определение уровня самооценки» С.В. Ковалёва,

В исследовании приняли участи 25 студентов 1-2 курсов факультета психологии в возрасте от 18 до 20 лет.

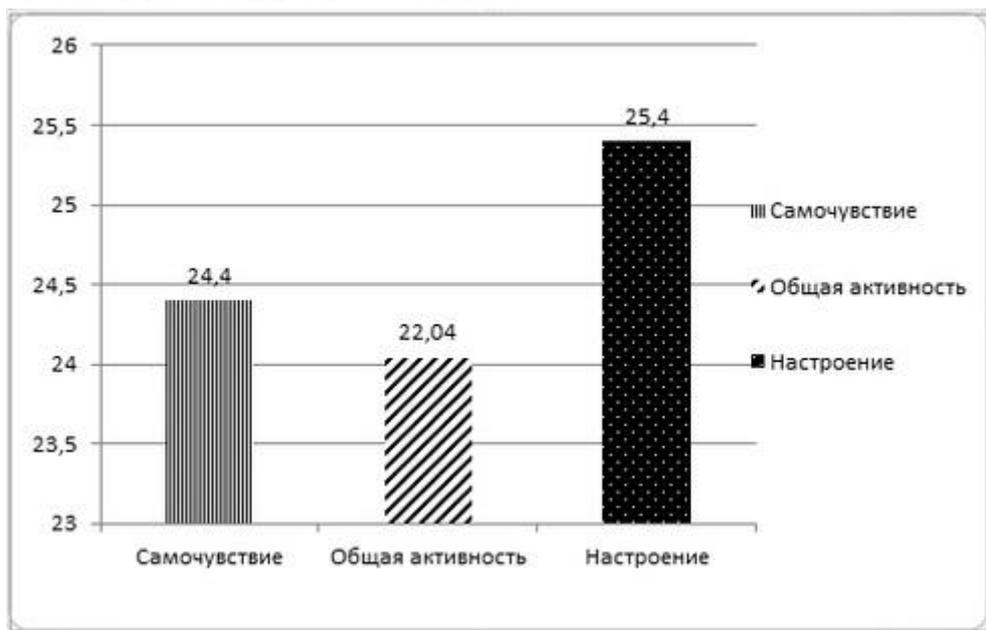


Рис.1. Выраженность показателей эмоционального состояния студентов в целом по выборке, ср.б, (max=40)

Обсуждение результатов. На рисунке 1 наглядно представлены показатели эмоционального состояния студентов. В ходе анализа выявлено, что значение показателей шкалы «Настроение» ($M_x=25,4$) доминирует над другими шкалами. Следовательно, большинство студентов имеют хорошее настроение и приходят на занятия отдохнувшими, с желанием учиться. У них в большей степени выражено ощущение психологического комфорта, адекватность психологического отражения. Показатели «Самочувствие» юношей на уровне средних значений ($M_x=24,4$), что свидетельствует о том, что самочувствие студентов находится в норме. Из этого следует, что большинство студентов факультета – люди творческие, жизнерадостные, которые открыты для всего нового. Такие студенты часто познают себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Данные по шкале «Общая активность» также на уровне средних значений ($M_x=22,04$), это указывает на средний уровень способности длительное время заниматься одной деятельностью, коммуникабельности, склонности к физической активности.

На основании индивидуальных ответов испытуемых по опроснику С.В. Ковалева «Определение уровня самооценки» был создан средний профиль, характеризующий уровень самооценки в целом по выборке. Данные, полученные в ходе исследования по выборке, представлены на рис.2.

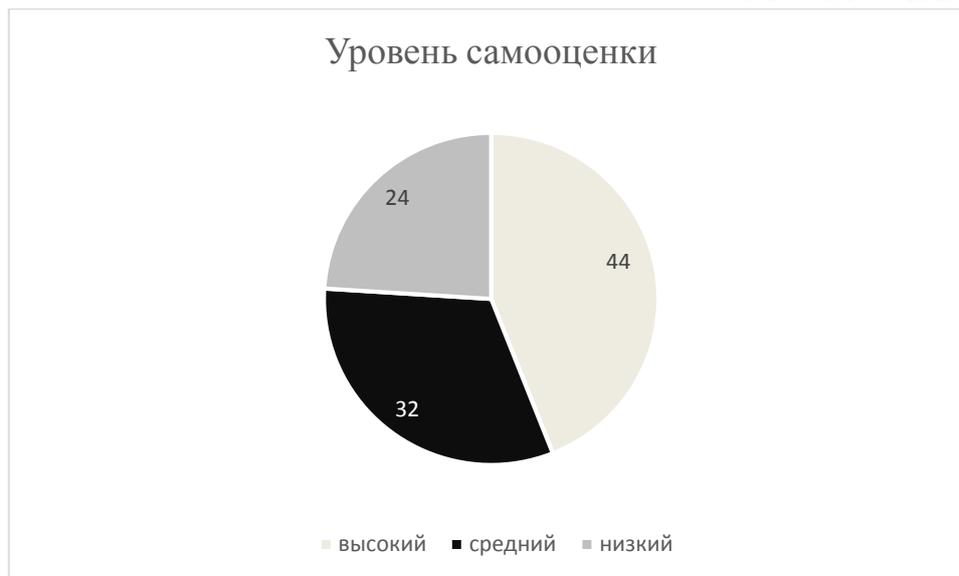


Рис. 2. Выраженность показателей самооценки студентов в целом по выборке (%)

На рисунке 2 мы видим, что у большей части студентов наблюдается высокий уровень (44%). Высокий уровень самооценки может говорить о том, что человек способен адекватно реагировать на замечания в свой адрес, правильно оценивать свои действия, не поддаваясь сомнениям.

Средний уровень самооценки выявлен у 32% испытуемых. Такие студенты временами могут ощущать некоторую неловкость в межличностных отношениях, недооценивать свои возможности, способности и себя самого.

Заниженный уровень самооценки (24%), имеют меньшее число испытуемых исследования. Эти студенты болезненно переносят критические замечания в свой адрес, стараются всегда считаться с мнениями других и часто страдают от «комплекса неполноценности».

Выявленные различия в специфике эмоционального состояния при разных уровнях самооценки студентов были проверены с помощью непараметрического критерия «Н» Краскела-Уоллиса. Были выявлены статистически достоверные различия эмоционального состояния личности с разными уровнями самооценки студентов, а именно эмоциональное состояние «Общая активность» ($N= 5,593$; $p<0,05$) при среднем уровне самооценки.

В ходе корреляционного анализа было выявлено наличие прямой связи между высоким уровнем самооценки студентов и шкалой «Настроение» ($r_s= 0,405$; $p<0,05$). Следовательно, чем выше самооценка, тем более уверенно чувствуют себя студенты, тем выше вероятность справиться с трудными задачами.

Выявлена прямая связь между низкой самооценкой и шкалой «Настроение» ($r_s= 0,405$; $p<0,05$). Т.о. чем ниже уверенность в себе и своих способностях, тем больше студенты преувеличивают значение неудач, тем менее значительные ставят для себя цели. Таких студентов отличает пассивность, безучастность в какой-либо деятельности, рассеянность, унылость.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у студентов с высокой самооценкой эмоциональное состояние носит уверенный характер, а именно такие испытуемые чувствуют себя сильными, то есть справляются с трудными задачами, не отступают и верят в лучшее их преодоление. Студенты же с низкой самооценкой ставят перед собой более низкие цели, чем те, которые могут достигнуть, преувеличивая значение неудач. Поэтому можно дать следующие рекомендации при формировании адекватной самооценки студентов: стараться общаться с позитивными и уверенными в себе людьми, сделать список прошлых достижений, сформировать список положительных своих качеств, прекратить сравнивать себя с другими людьми.

Список литературы

1. Болортуая, Б.В. Самооценка студента: ключ к обучению студентов // Журнал: Современные тенденции в обучении иностранным языкам. –2017. –№3. – С. 43.
2. Воротилина, А.А. Методы саморегуляции эмоций и мышления в позитивной психологии // Журнал: Актуальные проблемы современной науки. 2013.– №3. – С. 43.
3. Волкодав, Т.В. Формирование эмоций в юношеском возрасте // Журнал: Историческая и социально-образовательная мысль. 2016.– №5. – С. 66.
4. Дегтярева, И.И. Эмоции и личность студента // Журнал: Образование. Наука. Научные кадры. 2014 – №3. – С. 88.
5. Камалова, С.В. Формирование эмоций в юношеском возрасте // Журнал: Психология обучения. 2016. – №5. – С. 66.
6. Овсянникова В.В. Влияние эмоционального состояния на распознавание эмоций // Журнал. Психология. Журнал Высшей школы экономики. –2014 – №6. – С. 33.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» (НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ)

Гусякова А. А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. Несмотря на общие особенности межличностных отношений в системе «врач-пациент», в отдельных отраслях медицины также

есть отличительные черты. В данной статье рассматриваются отличия профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога и психологические особенности его взаимодействий с пациентками, а также возможные стратегии по повышению эффективности в системе «врач акушер-гинеколог – пациент».

Ключевые слова: медицинская психология, межличностные отношения, врач-пациент, акушерство, гинекология.

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INTERPERSONAL
RELATIONSHIPS IN THE RELATIONSHIP SYSTEM «DOCTOR-
PATIENT» (WITH THE EXAMPLE OF PROVIDING OUTPATIENT
OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE)**

Guslyakova A. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. Peculiarities of common interpersonal relationships in the relationship system «doctor-patient» aside, every field of medicine has its own special characteristics. In this article, the peculiarities of professional activity of the obstetrician and gynecologist and psychological characteristics of communication between a gynecologist and a patient are discussed, along with possible strategies for increasing the efficiency in the system «obstetrician-gynecologist – patient».

Key words: medical psychology, interpersonal relationships, doctor-patient, obstetrics, gynecology.

В современном мире все больше внимания обращается на взаимоотношения врача и пациента. Возникает множество научных работ, которые доказывают, что на результаты лечения влияют не только верно назначенные лекарства, но и психологическое состояние самого пациента, а также врача. Проблема коммуникации между врачом и пациентом вызывает интерес не только медицинских работников, но и психологов, социологов, психотерапевтов. Можно утверждать, что данный вопрос относится к смежной области знаний, а именно к психологии здоровья. Однако нельзя сказать, что тема достаточно изучена, несмотря на то, что ею занимается множество специалистов из разных областей знаний [5].

Результаты лечения во многом зависят от взаимоотношений пациента с врачом, а также от правильно выстроенного сотрудничества между ними. Очень часто встречаются случаи, когда пациенты не испытывают доверия к лечащим врачам. Медицинские работники нередко забывают о когнитивной

неподготовленности пациентов, используют непонятные термины, аббревиатуры [4]. Больных может также угнетать необходимость делиться какими-либо частными деталями заболевания, что заставляет их испытывать стыд, и, как следствие, стресс.

Помимо непосредственного и прямого участия психологических факторов в межличностных отношениях врача и пациента, на данном этапе развития общества также важны модели взаимоотношений. В современном мире значительно меняется содержание отношений в системе «врач-пациент». Если ранее медицинский работник считался авторитетной личностью, которой больной доверял свое лечение, и в большинстве случаев выполнял данные ему предписания неукоснительно, то теперь современный врач считается скорее советчиком пациента, тем, кто может просто предложить варианты лечения [3].

Классификацией моделей отношений в системе «врач-пациент» занимались как зарубежные, так и отечественные ученые. Среди них – Роберт Витч [1]. Он выделял четыре модели взаимоотношений между доктором и пациентом. Модель технического типа подразумевает безэмоциональное, беспристрастное поведение врача. Он должен опираться исключительно на факты, не обращать внимания на какие-либо моральные вопросы и стороны заболевания. Модель сакрального типа является полной противоположностью технической модели, деятельностью врача является забота о душе, а не о теле. Модель коллегиального типа предполагает, что врач и пациент являются равными, видят друг друга, как коллег, чья общая цель – устранение заболевания. Это модель основана на доверии пациента медицинскому работнику. Модель контактного типа основана на взаимном соглашении, подразумевает наличие информированного согласия пациента и его свободы в принятии решений относительно своей жизни и здоровья.

В отечественной медицинской деонтологии также существует определенная классификация моделей отношений. Среди них – две основные модели: патерналистская и автономная [1]. Патерналистская, или традиционная, модель подразумевает полную власть доктора над пациентом, когда врач берет на себя все решения относительно лечения, а пациент неукоснительно их выполняет. Более современная автономная модель основывается на признании независимости пациента, его свободе выбора относительно своей жизни и здоровья. Доктор является советчиком, который подводит пациента к решению и предлагает различные варианты и стратегии лечения.

Взаимоотношения акушера-гинеколога и пациенток являются очень интересными, и их изучение и рассмотрение являются необходимыми для синтеза новых практик, решений по созданию наиболее приятных условий при коммуникации женщин и врачей данной практики. Акушер-гинеколог должен иметь устойчивые стратегии своего общения с пациентками, но и при этом

обладать гибкостью, способностью создать менее травмирующую для психики атмосферу при взаимодействии с больной.

В первую очередь, как и в любой другой отрасли медицины, врач-гинеколог должен быть спокоен, уважителен к пациентке, участлив, деликатен. Для наиболее эффективных взаимоотношений акушера-гинеколога и больной между ними должно быть установлено доверие, которое возможно достигнуть не только благодаря высокому профессионализму. Для завоевания врачом доверительного отношения со стороны пациентки, ему необходимо проявлять умение сочувствовать и понимать психологические состояния больных или беременных женщин.

Кроме лечения заболеваний отдельных женских половых органов гинекологу также приходится заниматься вопросами брака, любви, половой жизни, регулирования рождаемости [6]. В связи с этим ему приходится сталкиваться со множеством психологических проблем, связанных с беременностью, менструальным циклом и т.д.

Нужно понимать, что женщины, обращающиеся за медицинской помощью, могут не иметь высшего образования в области медицины. Поэтому во время приема врачу необходимо всегда пояснять характер заболевания и стратегию лечения таким образом, чтобы пациентка могла понять. Это позволяет исключить стресс, возникающий в результате недостатка у пациенток сведений.

Сотрудничество врача и пациентки состоит из четырех неотъемлемых компонентов: поддержки, понимания, уважения и сочувствия [2].

Поддержка в данном случае подразумевает стремление врача быть полезным и необходимым, активизировать роль пациентки в лечебном процессе, ее вовлеченность в него. Понимание основывается на поведении доктора: вербальном и невербальном. Пациентка должна ощущать, что ее жалобы были выслушаны и зафиксированы, и на этом основании у больной будет возникать доверие к лечащему врачу. Уважение предполагает признание ценности пациентки и важности ее проблем. Так же, как и понимание, оно должно быть показано в поведении медицинского работника. Сочувствие – это способность в определенной степени поставить себя на место пациентки. Однако при этом врач должен соблюдать определенную дистанцию между собой и пациенткой.

Таким образом, врач, а в частности, акушер-гинеколог, должен уметь правильно смоделировать психологическую ситуацию при общении с больными. Это должно выражаться в психологическом состоянии комфорта пациенток на приеме, отсутствии у них излишних отрицательных эмоций. Врачу необходимо иметь определенные стратегии общения с больными для достижения наиболее эффективного результата в системе «врач-пациент».

Список литературы

1. Биомедицинская этика: слов.-справ. / Т. В. Мишаткина, Я. С. Яскевич, С. Д. Денисов. – Минск: БГЭУ, 2007. – 90 с.

2. Жилка Н.Я. Особенности деонтологической психологии в акушерстве и гинекологии / Н. Я. Жилка // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2018. – Т.9, №1. – С. 89-98.
3. Зотова Р.И. Взаимоотношения «врач-пациент» в свете современных технологий / Р. И. Зотова // Актуальные вопросы современной медицины и гериатрии. Материалы VII межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа, I межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения: сб. материалов конф. – Симферополь, 2016. – С. 17-18.
4. Маджаева С.И. Особенности общения «врач-пациент» / С.И. Маджаева // VIII международная научная конференция «Слово, высказывание, текст в когнитивном, прагматическом и культурологическом аспектах»: сб. материалов конф. – Челябинск, 2016. – С. 171-173.
5. Недуруева Т.В., Павлова Л.Е. Влияние иррациональных установок врача-педиатра на формировании комплаенса в педиатрии // Региональный вестник, 2019. – № 18 (33). – С. 7-8.
6. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. 1988. – 340 с.

РЕФЛЕКСИВНОСТЬ И ЭМПАТИЙНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Должанская О. А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.псих.н. Кузнецова А.А.

Аннотация. Статья посвящена изучению динамики рефлексивности и эмпатийных тенденций у студентов лечебного факультета. Уровень эмпатийных тенденций у девушек и юношей по самооценке находится на среднем и высоком уровне выраженности. Как у девушек, так и у юношей преобладает средний уровень рефлексивности.

Ключевые слова: рефлексивность, эмпатичность, профессия помогающего типа.

REFLEXIVITY AND EMPATHIC TENDENCIES OF STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

Dolzhanskaya O. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences Kuznetsova A.A.

Abstract. The article is devoted to the study of the dynamics of reflexivity and empathic tendencies in students of the faculty of medicine. The level of empathic tendencies in girls and boys in self-esteem is at an average and high level of severity. Both girls and boys have an average level of reflexivity.

Key words: reflexivity, empathy, professions of helping type.

Слово «эмпатия» не имеет коннотаций с какими-то конкретными эмоциями (как, например, в случае со словом «сострадание») и в равной мере применяется для обозначения сопереживания любым эмоциональным состоянием [1, с. 82].

Значение термина может несколько различаться в зависимости от контекста. Так в медицине эмпатией часто называют то, что в психологии называется «эмпатичным слушанием» – понимание эмоционального состояния другого человека и демонстрацию этого понимания. Например, при опросе пациента врачом, проявление эмпатии означает, во-первых, понимание слов, чувств и жестов пациента, а во-вторых, такое проявление этого понимания, что пациенту становится ясно, что врач осознает его переживания. Таким образом, акцент делается на объективной стороне процесса, а обладание навыком эмпатии означает способность собрать информацию о мыслях и чувствах пациента. Цель такого эмпатичного слушания - дать понять пациенту, что его слушают, и поощрить его к более полному выражению чувств, позволив врачу, в свою очередь, составить более полное представление по теме рассказа [2, с. 87].

Рефлексия означает дословно «обращение назад», обращение внимания субъекта на самого себя и на своё сознание, на продукты собственной активности, какое-либо их переосмысление. Субъективно, то есть с точки зрения самого человека, рефлексия ощущается как сложный комплекс переживаний, в которых можно выделить два уровня:

- когнитивный или познавательный-оценочный, он проявляется в осознании процессов и явлений своего внутреннего мира и соотнесение их с общепринятыми нормами, стандартами, требованиями;
- эмоциональный уровень выражается в переживании определенного отношения к себе, содержанию своего сознания и своим действиям.

В исследовании приняли участие 64 студента (11 юношей, 53 девушки). В пакет методик вошли: опросник на выявление уровня эмпатийных

тенденций А. Мехрабиена и Н. Эпштейна, опросника уровня рефлексивности А.В.Карпова.

В результате первичной обработки данных с учетом пола по уровню эмпатийности у юношей высокий уровень выявлен у 4 студентов, что составляет 36,4%, средний – у 5 студентов (45,4%), низкий уровень – у 2 студентов (18,2 %), очень низкого уровня не выявлено ни у одного юноши (см.рис. 1).

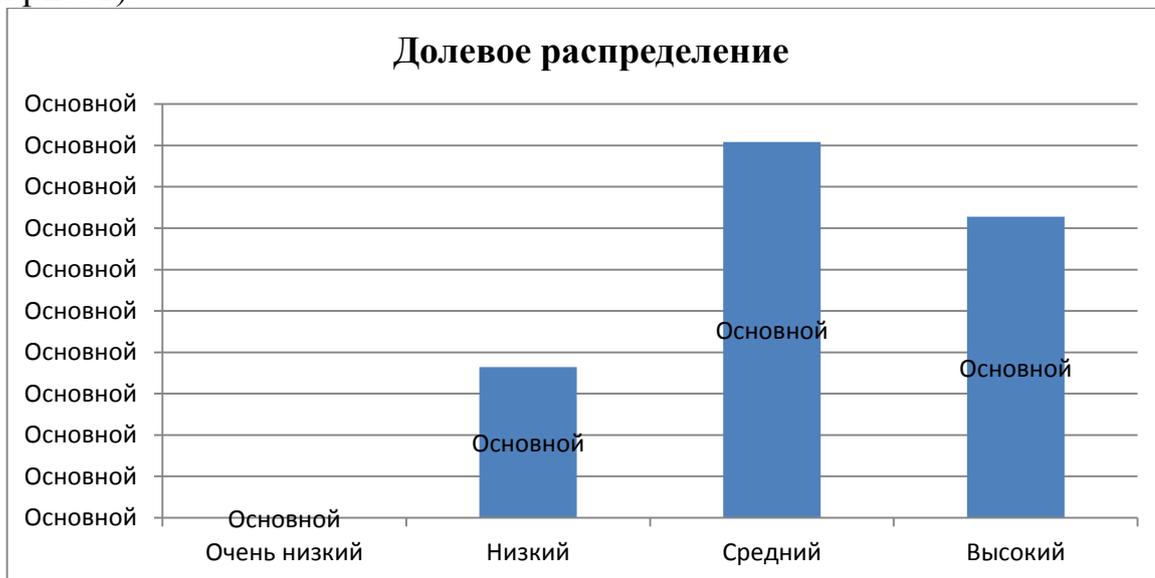


Рис.1. Долевое распределение уровней эмпатийных тенденций у юношей

Уровень эмпатийных тенденций у юношей по самооценке находится на среднем и высоком уровне выраженности.

У девушек высокий уровень выявлен у 17 студентов, что составляет 32,1%, средний – у 14 студентов (30,0%), низкий уровень – у 11 студентов (20,1 %), очень низкий уровень – у 10 студентов (18,2 %) (см.рис. 2).

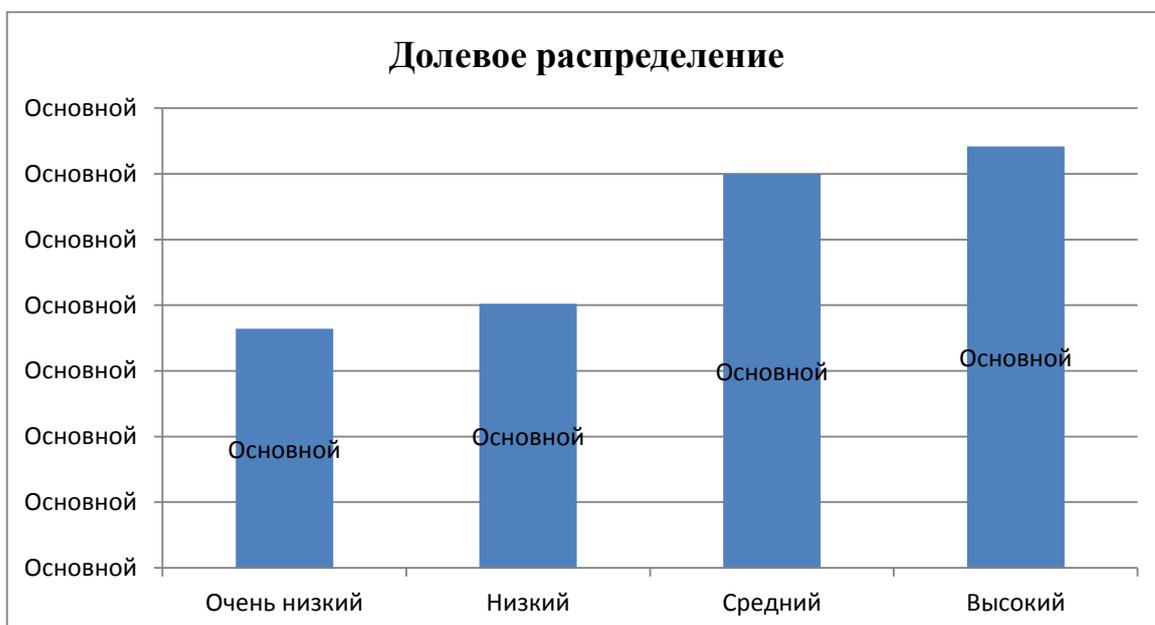


Рис.2. Долевоераспределение уровней эмпатийных тенденций у девушек

Уровень эмпатийных тенденций у девушек по самооценке также находится на среднем и высоком уровне выраженности, однако низкий и очень низкий уровень выявлен у третьей части испытуемых.

Изучение динамики рефлексивности было изучено с помощью опросника А. В. Карпова. Опросник состоит из 27 предложений-утверждений. В нем выявляется субъективный показатель уровня развития рефлексии у испытуемого, основанный на его самооценке.

У юношей высокий уровень выявлен у 2 студентов, что составляет 18,18%, средний – у 6 студентов (54,6%), низкий уровень – у 3 студентов (27,29%), (см.рис.3).

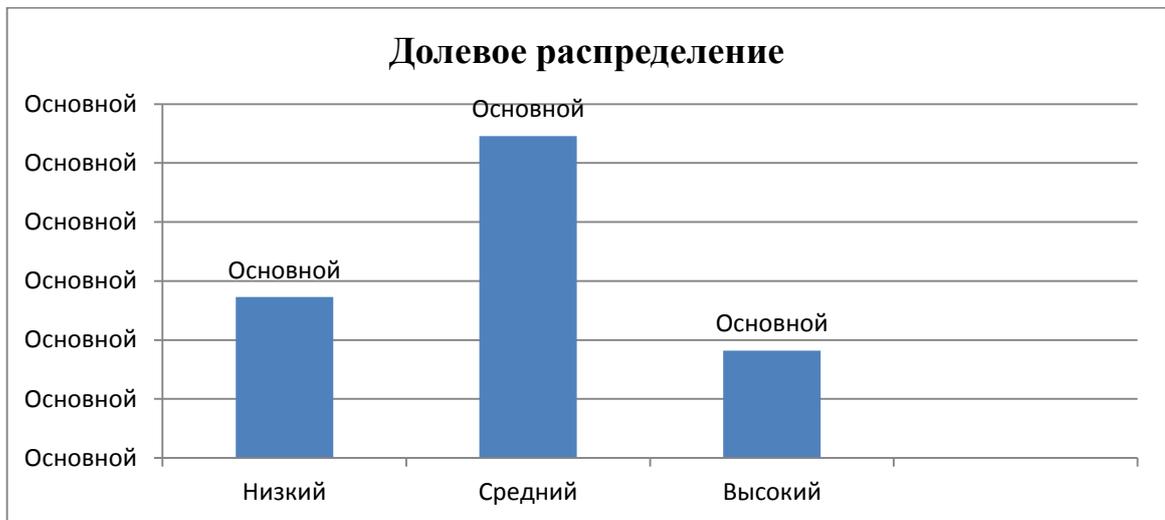


Рис.3. Долевое распределение уровней рефлексии у юношей

Уровень рефлексивности у юношей по самооценке находится на среднем уровне выраженности, который считается оптимальным для профессий помогающего типа [3; 4], к которым относится профессия врача. Для врача это может выступать как ресурс саморегуляции [5]. Низкий и высокий уровни представлены практически в равных долях.

У девушек высокий уровень выявлен у 9 студентов, что составляет 20,58%, средний – у 29 студентов (45,95%), низкий уровень – у 21 студента (33,33%), (см.рис. 4).

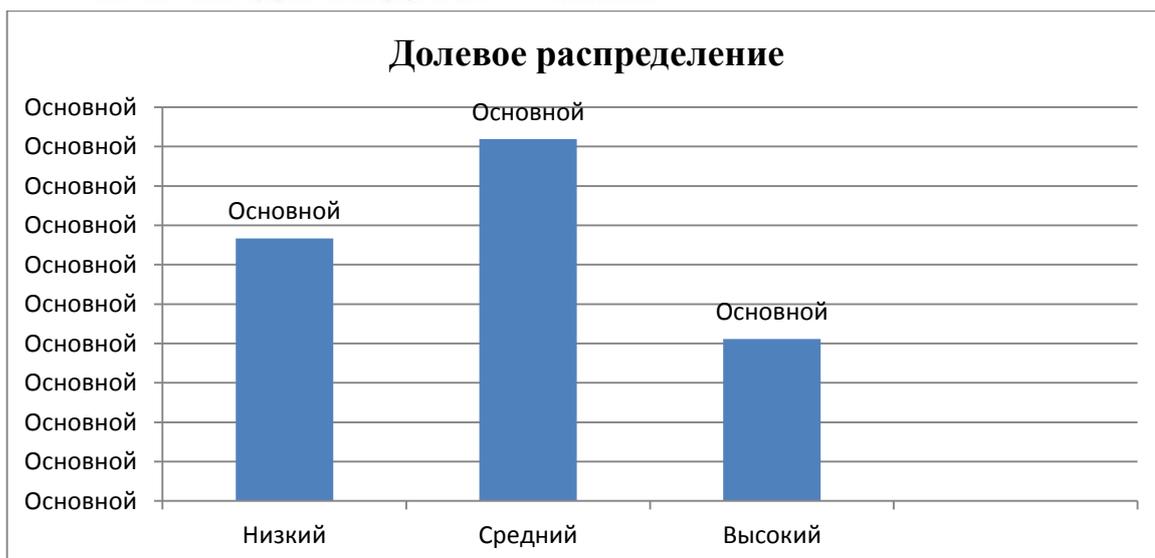


Рис.4. Долевое распределение уровней рефлексии у девушек

Уровень рефлексивности у девушек по самооценке находится на среднем уровне выраженности, который считается оптимальным для профессий помогающего типа, однако низкий уровень выявлен у трети испытуемых.

Таким образом, высокий уровень эмпатийных тенденций преобладает у девушек. Это можно объяснить тем, что девушки более эмоциональны, так же, вероятно, это связано с влиянием культурных особенностей, ожиданий и стереотипов. У юношей же больше проявляется сдержанность и невозмутимость. Как у девушек, так и у юношей преобладает средний уровень рефлексивности. Это может свидетельствовать о том, что и девушки, и юноши иногда могут испытывать затруднения при представлении себя на месте другого., но, в среднем, они могут представить себя на месте собеседника и понять его чувства. Именно для этих студентов целесообразна организация тренингов для развития рефлексивности.

Список литературы

1. Ануфриев А. Ф. Психологические методики изучения личности: Практикум / А. Ф. Ануфриев, Т. А. Барабанщикова, А. Н. Рыжикова, 2009. –304 с.
2. Бондаренко И. В. Формирование эмпатии у специалистов в условиях высшего профессионального образования / И. В. Бондаренко // Социально-экономические и технические системы: Исследование, проектирование, оптимизация, 2007. –№4. – С.23-29.
3. Кузнецова А.А. Структурно-феноменологические проявления состояния выгорания у преподавателей высшей школы // Известия Юго-Западного государственного университета, 2012. –№ 3-2 (42). – С. 145-152.
4. Кузнецова А.А. Факторный анализ рефлексивно-смысловых механизмов регуляции состояния выгорания в условиях педагогической деятельности//Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского

- государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. –2012. –№ 3 (155). – С. 56-61.
5. Недуруева Т.В., Кузнецова А.А. Отношение к здоровью врачей-терапевтов как внутренний механизм саморегуляции их профессиональной деятельности // Известия Юго-Западного государственного университета, 2012. – № 5-1 (44). – С. 306-310.

ПРОБЛЕМА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ (БИБЛИМОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Евтушенко А.С.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: к. м. н, доцент Пастух И.А.

Аннотация: в статье представлены результаты библиометрического анализа публикаций по тематике девиантного поведения подростков за последние пять лет, а так же актуальность изучения данного вопроса на сегодняшний день.

Ключевые слова: девиантное поведение подростков, девиации, подростковый возраст.

THE PROBLEM OF DEVIANT BEHAVIOR OF TEENAGERS (BIBLIMOMETRIC ANALYSIS)

Evtushenko A.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Pastukh I.A.**

Abstract. The article presents the results of a bibliometric analysis of publications on the topic of deviant behavior of adolescents over the past five years, as well as the relevance of studying this issue to date.

Key words: adolescent deviant behavior, deviation, adolescence.

Девиантное (или отклоняющееся) поведение – это устойчивое поведение личности, которое отклоняется от общепринятых, распространенных, а также устоявшихся в данный период времени на данной территории общественных

норм. В научной литературе есть множество понятий, которые отражают девиантное поведение: делинквентное, криминальное, асоциальное, отклоняющееся, аддиктивное и др. Применительно к подростковому возрасту часто используются следующую терминологию: подростки, находящиеся в «группе риска», «трудные подростки», «социально запущенные подростки», «трудновоспитуемые» [1; 4; 7].

Актуальность изучения данной темы связана с подростковой преступностью, которая приводит к ряду деструктивных социальных последствий, имеющих выраженный криминогенный характер. Подростковая преступность является мощным источником самодетерминации преступности как таковой. Негативный опыт преступности нынешних подростков, как правило, передается будущему поколению. Кроме того преступность несовершеннолетних способствует распространению криминального образа мыслей и способа поведения в «здоровой» подростковой среде, ведет к ее «криминальному заражению». Подростковая преступность, несомненно, вредит и личностному развитию самого подростка [2; 3]. На сегодняшний день является актуальным анализ литературных источников, посвященных проблеме девиантного поведения подростков для поиска способов минимизации ущерба, как для самих подростков, так и для общества в целом [5; 6].

По данным электронной научной библиотеки eLibrary.ru за 2014-2018 гг., всего было опубликовано 2348 научных работ по изучению данной проблемы. На рис.1 и рис.2 отражен систематический ежегодный рост количества научных работ по данной проблематике, что подтверждает неугасающий интерес исследователей к данной проблеме.

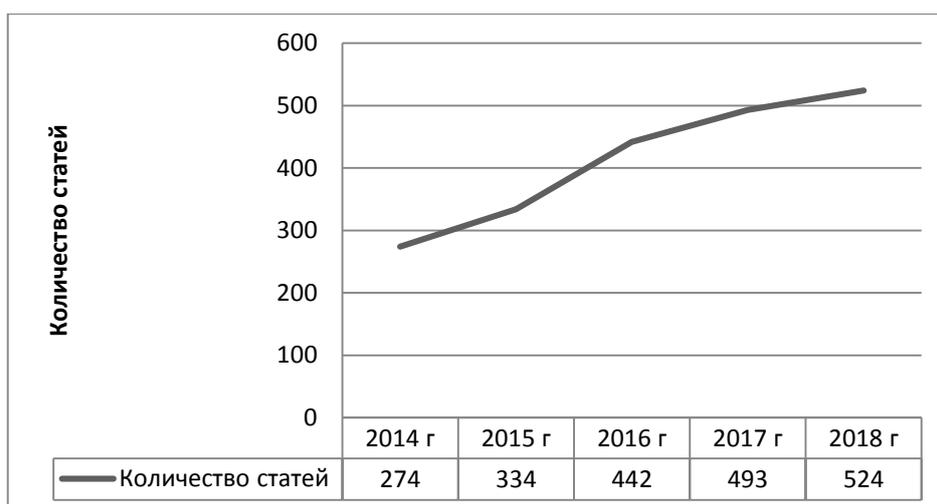


Рис. 1. Распределение активности научных исследователей по данной проблеме за период 2014-2018гг.

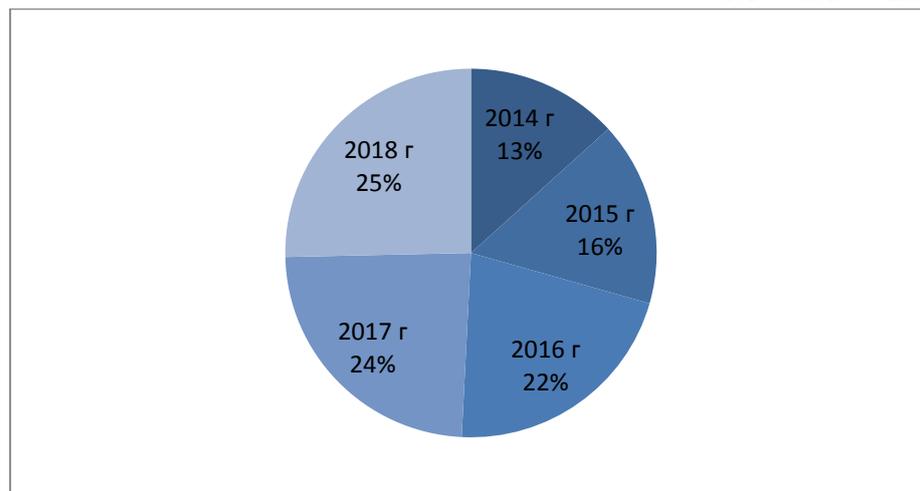


Рис.2. Удельный вес научных исследований по данной проблеме за 2014-2018 гг.

Так же важным является вопрос о том, есть ли интерес исследователей не только к самой проблеме девиантного поведения подростков, сколько к его профилактике. Ведь важно не только установить наличие той или иной проблемы, но и продумать варианты решения и предупреждения ее в будущем. В электронной научной библиотеке elibrary.ru с каждым годом количество статей по профилактике увеличивается, а это значит, что исследователи занимаются поиском решения проблемы предупреждения девиантного поведения (рис.3 и рис.4)

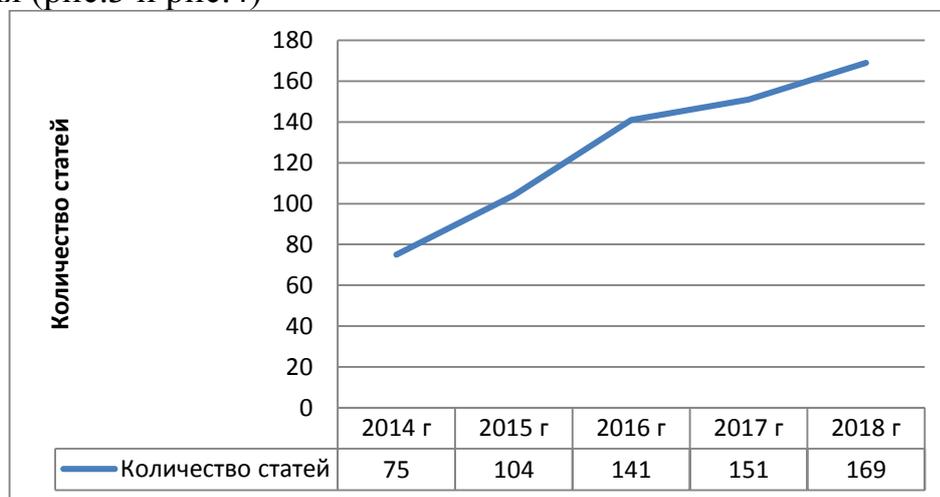


Рис.3. Распределения активности исследователей по проблеме профилактики девиантного поведения за период 2014-2018 гг.

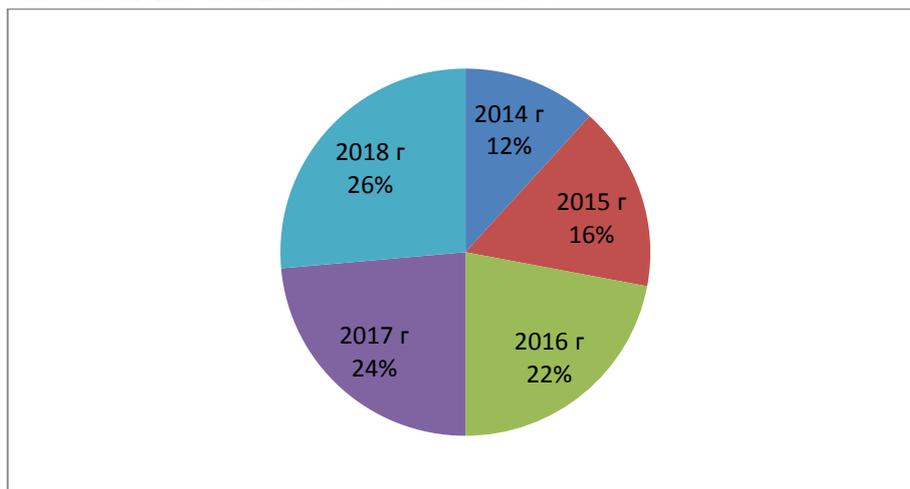


Рис. 4. Удельный вес научных исследований по профилактике девиантного поведения за период 2014-2018 гг.

Выделяются различные виды девиаций: агрессивное, делинквентное, аддиктивное и самоповреждающее поведение. По данным eLibrary.ru за период 2014-2018 гг. наибольшее внимание уделялось изучению агрессивного поведению (46% статей посвящены данному вопросу). На втором месте – аддиктивное (32%), затем делинквентное (19%) и самоповреждающее (3%) (рис.5, 6).

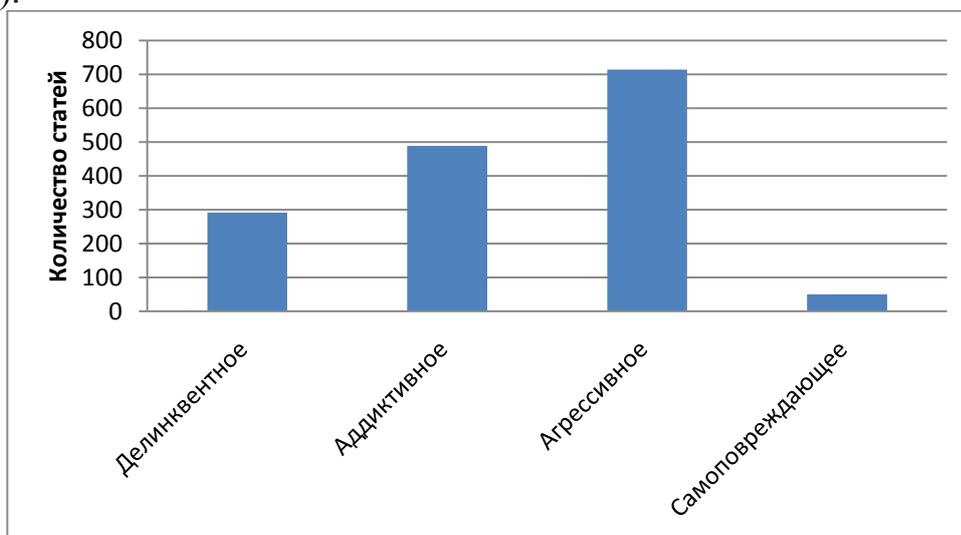


Рис. 5. Распределение активности исследователей по изучению разных видов девиантного поведения за период 2014-2018гг.

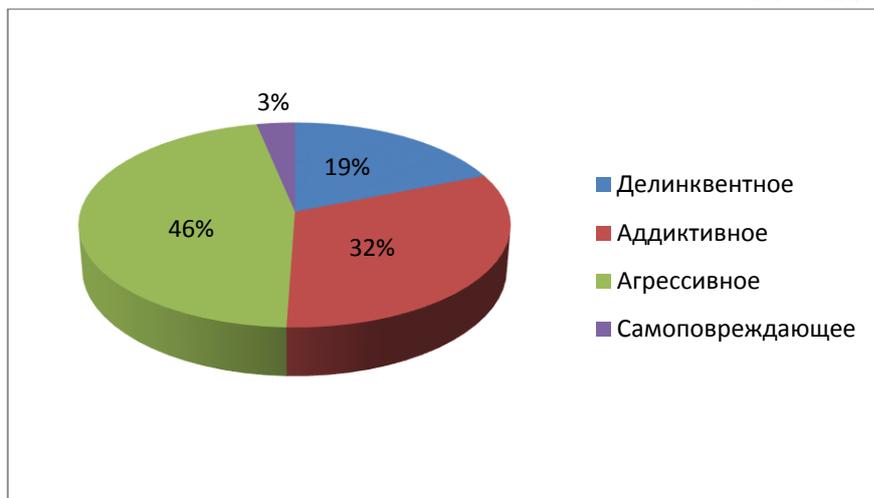


Рис. 6. Удельный вес научных работ по изучению разных видов девиантного поведения за период 2014-2018 гг.

Исходя из имеющихся данных, можно сделать вывод, что проблема девиантности подростков с каждым годом интересует исследователей больше и больше (это видно, исходя из увеличения количества научных работ по данной проблематике, за последние пять лет). Уделяется внимание не только констатации наличия проблемы и описания особенностей, но и активный поиск ее решения (об этом говорит увеличение количества научных работ, связанных с профилактикой девиантного поведения). Также есть наиболее интересующие исследователей аспекты девиантного поведения, такие как агрессивное поведение, и наименее изученные (самоповреждающее поведение). Актуальность данной проблемы заставляет задуматься о создании профилактических и коррекционных программ с целью минимизировать негативное влияние девиаций на самих подростков и общества в целом.

Список литературы

1. Антропова М.А. Подростковый возраст и его особенности / В сборнике: Актуальные научные исследования и разработки Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Под общей редакцией А.И. Вострецова, 2017. – С. 376-380.
2. Бурмистрова Е.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Драчёва Н.Ю., Власова С.В., Сухих Е.В., Лещенко Т.В., Жильцова В.К., Тишина С.С., Шапчиц В.Д., Пятаков Е.О., Подольский А.И. Детская возрастная психология: младенчество, раннее детство, дошкольное детство, младший школьный возраст, подростковый возраст / Вестник практической психологии образования, 2015. – № 2 (43). – С. 71-82.
3. Королева А.Ф., Королева Н.С. Социально-психологические аспекты подросткового возраста / Новая наука: Стратегии и векторы развития, 2016. – № 118-3. – С. 76-78.
4. Миронов Д.Д. Сущность понятия «девиантное поведение подростков»/ Вестник Челябинского государственного педагогического университета, 2016. – № 10. – С. 70-74.

5. Попандопуло В.В. Преступность несовершеннолетних: состояние, функции, последствия, социальный контроль: Дис. ... канд. юрид. наук. Краснодар: КубГУ. –2007. –С. 82 – 89.
6. Салтыкова-Волкович М.В. Причины и особенности девиантного поведения// Вестник полоцкого государственного университета. Серия Е, 2016.– С. 24-28.
7. Техты В.В. Психологические особенности подросткового возраста / Сборники конференций НИЦ Социосфера, 2015.– № 46. –С. 97-99.

ОБРАЗ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Елисеева А.В., Уварова А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В статье представлены результаты проведенного социологического исследования среди студентов Курского государственного медицинского университета, в ходе которого было установлено представление об образах здоровья и болезни у данных студентов. Также удалось выявить факторы, которые, по мнению будущих врачей, оказывают пагубное влияние на организм и вызывают различные заболевания. Такими факторами оказались стресс, экология окружающей среды, а также наличие вредных привычек. Целью данного исследования было получение данных, демонстрирующих, насколько чёткое представление имеют учащиеся, которым предстоит работа в системе здравоохранения, о таких понятиях как здоровье, критерии здоровья, болезнь, профилактика заболеваний.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, болезнь, студенты, медицинский университет.

HEALTH AND DISEASES IN THE REPRESENTATIONS OF STUDENTS OF A MEDICAL UNIVERSITY

Eliseeva A.V., Uvarova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. The article presents the results of a sociological study among students of Kursk State Medical University, during which it was established the idea of the images of health and disease in these students. It was also possible to identify factors that, according to future doctors, have a detrimental effect on the body and cause various diseases. Such factors were stress, environmental ecology, and the presence of bad habits. The purpose of this study was to obtain data that demonstrates how clear the students who are to work in the health system have such ideas about such concepts as health, health criteria, illness, disease prevention.

Key words: health, healthy lifestyle, illness, students, medical university.

В настоящее время ориентация молодежи на здоровый образ жизни, а также формирование правильного понимания здоровья, болезни, их критериев и факторов являются объектом достаточно пристального научного интереса [4; 5; 7]. Это объясняется тем, что соблюдение основных принципов здорового образа жизни и норм профилактики различных заболеваний относятся к важным задачам профессиональной подготовки высококвалифицированных кадров для системы здравоохранения. Именно поэтому студенты высших медицинских учебных учреждений должны иметь четкое представление о том, что же такое здоровье, а также противоположный ему термин «болезнь».

Понятия «здоровье» и «болезнь» тесно взаимосвязаны. Эти явления представляют собой разновидность состояний, которые может принимать организм. Причины болезней вытекают из основных критериев здоровья, а точнее они являются результатом их отсутствия. Равно как и здоровье поддерживается, например, соблюдением норм профилактики заболеваний [1; 2]. Это говорит о том, что, рассматривая здоровье и здоровый образ жизни, нам также необходимо иметь представление и о понятии болезни.

Понимание данного вопроса у студентов медицинских учреждений и людей, которые не связаны с медициной, разное. Это обусловлено тем, что, уже начиная с первых лет учебы в медицинском ВУЗе, у студентов формируется определенная теоритическая база, благодаря которой им становится проще усваивать информацию, где присутствует различная медицинская терминология. Тем самым, студенты-медики могут дать более точные и полные определения здоровья и болезни, чем студенты других учебных заведений.

В целях изучения образа здоровья и болезни в представлениях студентов медицинского ВУЗа была разработана специальная анкета, в которой студентам предоставлялась возможность как выбора нескольких вариантов ответа на задаваемый вопрос, так и одного варианта. Вопросы с несколькими вариантами ответа не имеют одного единственно верного, они были

добавлены в анкету для того, чтобы учесть мнение студентов. А вопросы с одним вариантом ответа нацелены на проверку знаний.

В исследовании приняли участие 68 студентов, обучающихся в Курском Государственном Медицинском Университете на различных факультетах, а именно – лечебное дело, педиатрический, стоматологический, медико-профилактический, биотехнологический, клинической психологии и социальной работы. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке данных и представлены в виде круговых и линейчатых диаграмм [6].



Рис.1. Диаграмма частоты встречаемости ассоциации на здоровье у студентов медицинского вуза (%)

Каждый из предложенных вариантов ответа является отчасти верным, но только один включает в себя все аспекты определения «здоровье». Здоровье, по ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

74% опрошиваемых ответили правильно, что говорит о довольно высокой осведомленности студентов по данному вопросу.

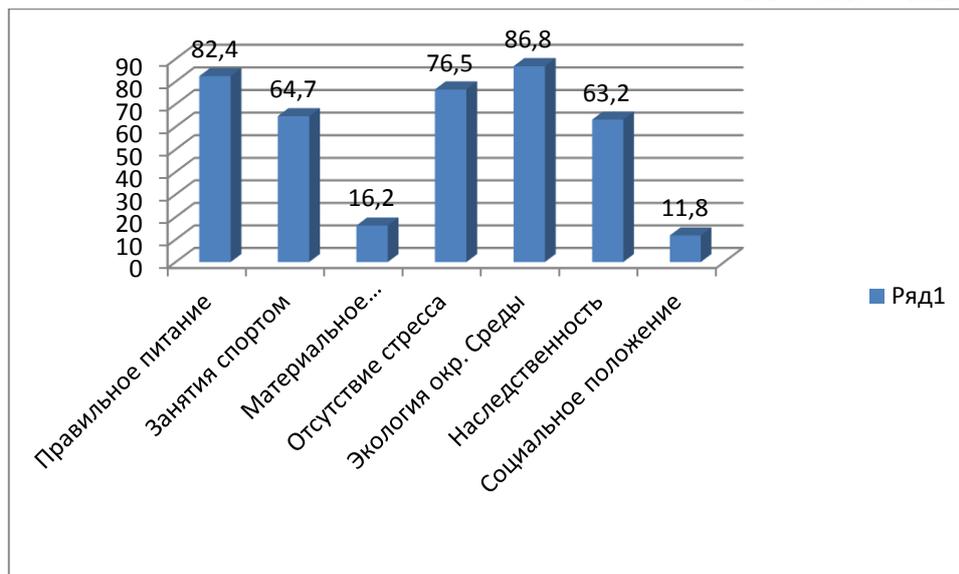


Рис.2. Гистограмма частоты встречаемости ассоциации на критерии здоровья у студентов медицинского вуза (%)

По данным ВОЗ факторы, влияющие на состояние здоровья, можно разделить по сферам на генетические (15-20%), состояние окружающей среды (20-25%), медицинское обеспечение (10-15%) и условия и образ жизни (50-55%) [3]. Студенты же ставят на первое место экологию окружающей среды, а далее отдают приоритет правильному питанию и отсутствию стрессовых ситуаций. Соответственно, наиболее частыми причинами возникновения заболеваний студенты считают влияние стресса, окружающей среды и вредных привычек на организм.

Значения большинства показателей свидетельствуют о том, что для студентов медицинского университета характерен довольно «умеренный» уровень соблюдения принципов здорового образа жизни. Тем не менее, положительным моментом исследования следует считать то, что большинство показателей варьируют в зоне средней и высокой частоты. Однако случаи заболеваний студентов участились за время их учёбы в ВУЗе, что может быть обусловлено влиянием стресса, а также изменения распорядка дня в целом.

Результаты опроса проведенного среди студентов медицинского вуза по вопросам соблюдения здорового образа жизни, участия в медицинском профосмотре, отношению к прививкам и влиянию обучения в университете на состояние их здоровья представлены на рисунках 3,4,5.

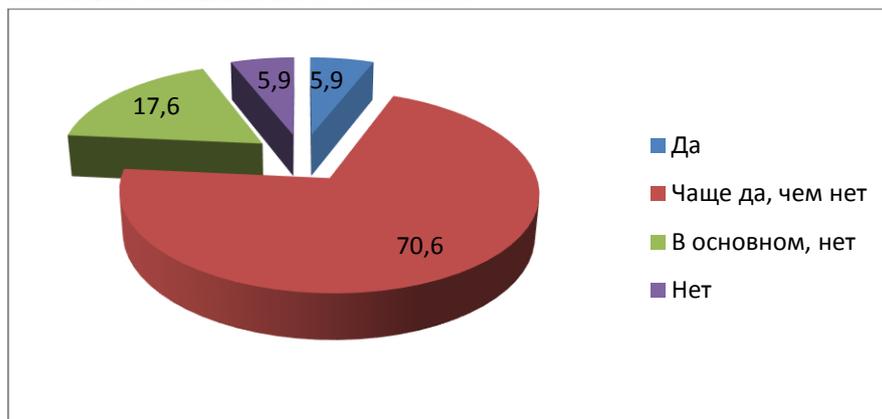


Рис.3. Гистограмма частоты встречаемости ответов студентов медицинского вуза о соблюдении здорового образа жизни (%)

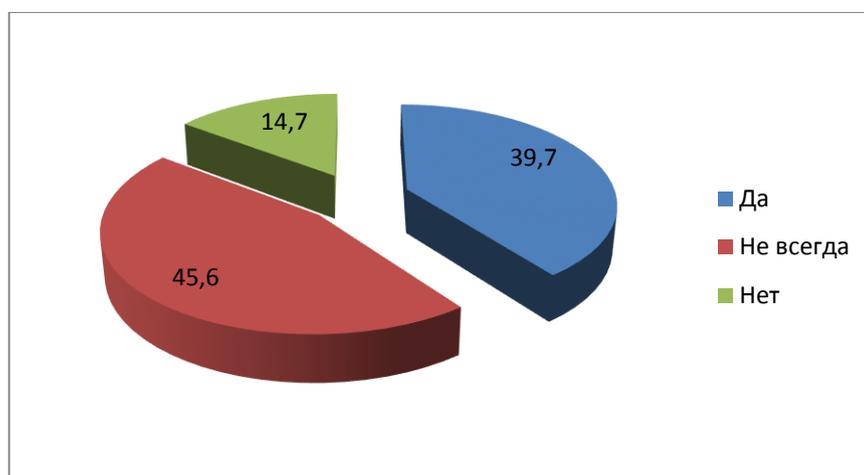


Рис.4. Гистограмма частоты встречаемости ответов студентов медицинского вуза об отношении к прививкам (%)

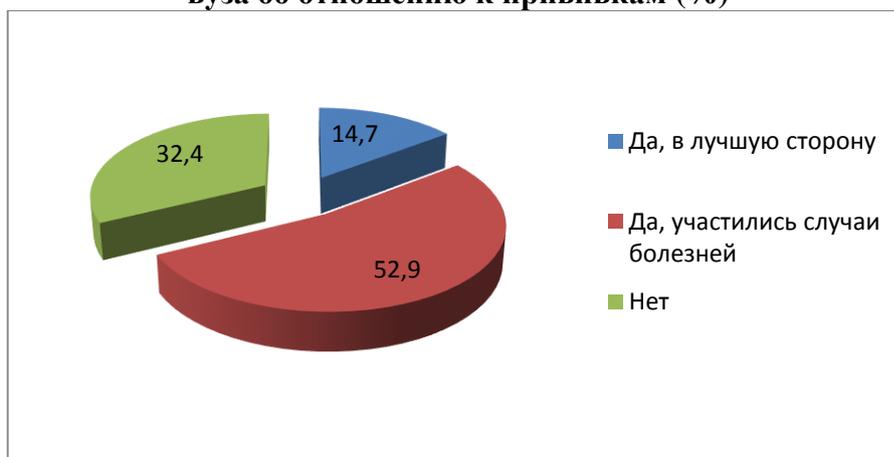


Рис.5. Гистограмма частоты встречаемости ответов студентов медицинского вуза влиянию обучения в университете на состояние их здоровья (%)

Таким образом, можно сделать вывод, что студенты Курского государственного медицинского университета обладают достаточными теоритическими знаниями по здоровому образу жизни. У них есть довольно чёткое представление о понятиях «здоровье» и «болезнь», однако на практике по отношению к себе принципы здорового образа жизни и меры по профилактике заболеваний применяют далеко не все обучающиеся.

Список литературы

1. Виленский, М.Я. Концепция непрерывного физического образования детей и учащейся молодежи [Текст] / М.Я. Виленский, П.А. Виноградов. – М.: ВНИИФК, 2009. – 20 с.
2. Гогунев, Е.Н., Мартьянов, Б.И. Психология физического воспитания и спорта[Текст]: учеб.пособие / Е.Н. Гогунев, Б.И. Мартьянов. – М.: Академия, 2000. – 288 с.
3. Дмитриева Е. В. От социологии медицины к социологии здоровья / Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С. 51–57.
4. Добротворская, С.Г. Проектирование и реализация системы педагогической ориентации студентов на здоровый образ жизни : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Добротворская С.Г. – Казань, 2003. – 48 с.
5. Киэлевяйнен, Л.М. Формирование у студентов ценностно-смыслового отношения к здоровому образу жизни в физкультурно-образовательном процессе педагогического вуза : автореф. дис. канд. пед. наук / Киэлевяйнен Л.М. – Тверь, 2012. – 22 с.
6. Назарова И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России / Социологические исследования. – 2014. – № 9. – С. 139–145.
7. Околелова, В.А. Формирование здорового образа жизни студентов в процессе обучения в педагогическом университете : автореф. дис. канд. пед. наук / Околелова В.А. – Самара, 2004. – 24 с.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Еремина К.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В статье представлены особенности поведения детей младшего школьного возраста, страдающих от бронхиальной астмы, причины

развития бронхиальной астмы, а также причины развития бронхиальной астмы, вызванной психоэмоциональными факторами.

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматические заболевания, младший школьный возраст, психоэмоциональные факторы.

FEATURES OF COPING BEHAVIOR OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH BRONCHIAL ASTHMA

Eremina K.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences, Associate Professor Nedurueva T.V.

Abstract. The article presents the features of the behavior of children of primary school age suffering from bronchial asthma, the reasons for the development of bronchial asthma, as well as the reasons for the development of bronchial asthma caused by psychoemotional factors.

Key words: bronchial asthma, psychosomatic diseases, primary school age, psychoemotional factors.

За последние 20-30 лет бронхиальная астма (БА) стала одной из самых встречающихся неинфекционных заболеваний дыхательных путей, особенно среди детей младшего школьного возраста. Статистические данные свидетельствуют от том, что с каждым годом в мире увеличивается количество заболевших бронхиальной астмой, и, соответственно, растёт показатель её распространённости. Из-за этого данное заболевание характеризуется высокой степенью смертности и инвалидности (около 1000 человек в день умирают от БА, около 20 становятся нетрудоспособными). Так, например, исходя из данных Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network) в наши дни от БА страдают около 334 млн человек, а из них целых 14% приходится на долю населения детского возраста [8].

В настоящее время с этой болезнью в России примерно 10% населения. Чаще всего бронхиальной астмой заболевают дети; на младший школьный возраст приходится около 34%. Такой высокий показатель не наблюдается ни в одной из остальных возрастных групп. Причинами бронхиальной астмы могут быть несколько факторов [5]:

1. Во-первых, в связи с изменением экологических факторов, например, увеличением содержания вредных газов и мелких частиц пыли в воздухе может развиваться бронхиальная астма.

2. Во-вторых, данное заболевание может быть вызвано рядом аллергических факторов, таких как: шерсть животных, пыльца растений, споры грибов и др.

3. В-третьих, не менее важным фактором является генетическая предрасположенность. Если в семье оба родителя страдают БА, то вероятность рождения ребёнка, который будет болеть бронхиальной астмой, более 60%.

4. В-четвертых, нельзя не сказать о психоэмоциональных факторах развития астмы, влияние которых особенно явно прослеживается в детском школьном возрасте.

Среди населения детского возраста часто встречается факт наличия психосоматических расстройств. Лечение таковых является сложным и долгим процессом, в котором детям помогают педиатры, психиатры, психотерапевты и, в том числе, близкие ребёнку люди. Психосоматические заболевания-те, причинами которых в большей степени являются психические процессы человека. Так как у ребёнка психику нельзя назвать сформированной, она подвергается действию различных факторов, которые в дальнейшем окажут влияние и на весь организм в целом. Выделяют следующие факторы, способные в той или иной степени затронуть психику и изменить её стабильное состояние на нестабильное [2]:

1. Генная предрасположенность к психосоматическим заболеваниям.
2. Нейродинамические сдвиги.
3. Наличие психотравмирующих событий в жизни ребёнка и, вследствие этого, его физическое и психическое состояния.
4. Особенности событий, травмирующих психику.
5. Воздействие неблагоприятных семейных и социальных факторов.

Для того, чтобы выявить причины и последствия психосоматического заболевания (возьмём бронхиальную астму) ребёнка нужно рассмотреть психологические особенности взаимоотношений в семье. Исходя из статистических данных [7], можно сделать вывод о том, что у родителей, дети которых болеют бронхиальной астмой, показатель игнорирования потребностей своего ребёнка выше, чем у тех, чьи дети здоровы. Другими критериями оценки стали воспитательная неуверенность, неспособность в полной мере проявлять родительские чувства, фобия утраты ребёнка, проекция на ребёнка собственных нежелательных качеств. И снова показатели были выше у матерей и отцов, чьи дети не болеют бронхиальной астмой. Если рассматривать поведение детей младшего школьного возраста в каких-либо психологически тяжёлых жизненных ситуациях (будь то развод родителей, смерть одного из родственников или постоянные стрессы из-за ссор родителей), то можно сказать, что развитие бронхиальной астмы происходит именно в такой неблагоприятной среде, вследствие переживания сильных негативных эмоций на протяжении долгого времени. Приступы у детей могут возникнуть при любой эмоциональной нагрузке, а могут и не возникнуть вовсе. Даже появление других детей в семье может привести к тому, что

старший ребёнок будет бояться стать нелюбимым, получать меньше внимания со стороны родителей, вследствие этого он будет жить в постоянном стрессе и эмоциональном напряжении. Зачастую, исследователи наблюдают своеобразную защитную реакцию детей, которую они проявляют с помощью своего заболевания. Например, есть семьи, в которых родители ссорятся только когда их сын или дочь болеют. Дети могут бессознательно усвоить закономерность появления ссор в семье, тем самым повысить вероятность проявления приступов бронхиальной астмы. Это всё можно назвать выстраиванием психологической защиты ребёнка, которая наиболее контрастно прослеживается у школьников младшего возраста. Под этой самой защитой понимают подсознательную установку поведения, сформированную на основе жизненного опыта, которая способна защитить ребёнка от чрезмерного эмоционального перенапряжения, страхов, стрессов и отрицательных эмоций, возникающих вследствие действия факторов, травмирующих его психику[3].

Дети, болеющие бронхиальной астмой, возникшей на фоне негативного психоэмоционального влияния, чаще всего склонны к астеническому типу поведения. Они очень неуверенны в себе, подвержены влиянию окружения, физически слабые, скрывающие свои эмоции, молча переживающие свои обиды. Зачастую, такой психотип склонен к одиночеству, необщителен, а вследствие этого ребёнок переживает о том, что не имеет друзей. Такие дети часто прокручивают конфликтные ситуации в голове, пытаясь обвинить себя в создании этой ситуации, но не пытаясь понять причину даже порой плохого и неуважительного отношения к себе. С самого детства к бронхиальной астме может прибавиться закомплексованность, неуверенность в себе, замкнутость, нервозность и др. [1].

Также стоит рассмотреть ещё один не менее интересный фактор-возможность детей младшего школьного возраста выражать свои эмоции и чувства в полной мере. Исходя из исследований можно сделать вывод о том, что поведение детей формируется и за счет отношения к дочери или сыну в семье, особенностям воспитания [3, 4]. Так, например, родители с повышенными родительскими обязанностями(гиперопекающие) не дают своим детям в полной мере проявлять себя, раскрываться в том направлении, в котором хочется развиваться ребёнку, не поддерживают спонтанность решений и ограничивают в выборе. В результате невыраженные чувства способствуют формированию состояния постоянной напряженности и эмоциональной нестабильности [6]. Из чего следует, что, хотя ребёнок и осознаёт негативную составляющую своих эмоций, он не имеет опыта отвечать на них и их подавлять, а вследствие этого он становится более эмоционально нестабильным, он менее социально активен, у него снижается уровень работоспособности [1].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что поведение детей младшего школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой, развитой

на фоне психоэмоционального напряжения, отличается от поведения здоровых сверстников. Вследствие болезни происходит формирование защитных реакций, ограничение адаптационных возможностей детей, формирование комплексов и повышенной чувствительности к мнению окружающих ребёнка людей.

Список литературы

1. Аккерман, Н. Роль семьи в появлении расстройств у детей // Семейная терапия. Хрестоматия. Э.Г. Эйдемиллер, Ю.В. Юстицкис. – СПб.: Питер, – 2000.
2. Ананьев В.А., Васильев М.А., Горская Е.А., Малиновская Н. Д. Психология здоровья: эмпирические исследования психосоматического и психического здоровья школьников // Вестник Балтийской педагогической академии. – Вып. 61. – СПб.: БПА, 2005.
3. Горская Е.А. «Социально-психологические элементы структурного аттрактора болезни у больных бронхиальной астмой» // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции «Психология в школе: зона ближайшего развития». – Часть 1. – СПб.: ЗАО «ИМАТОН-М», 2002.
4. Горская Е.А. Особенности эмоционального реагирования детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой // Вестник Балтийской педагогической академии. – Вып. 61. – СПб.: БПА, 2005.
5. Даирова, Р.А. Междисциплинарный подход при реабилитации детей с психосоматическими расстройствами. / Специальная педагогика. София: Октомври. – 2001. – С. 3-17.
6. Запесоцкая И.В. Динамика структуры субъектности в онтогенезе // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2011. № 6 (94). С. 249-252.
7. Симоненко А.С. «Особенности бронхиальной астмы в Полесье: Автореферат дис. на соискание ученой степени доктора медицинских наук.»/ Киевский гос. ин-т усовершенствования врачей. – Киев : [б. и.], 1968. – 27 с.
8. The Global Asthma Report 2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.globalasthmareport.org/burden/burden.php>. (дата обращения 15.11.19).

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Захарченко Д.В., Щербаченко К.И.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: зав.кафедрой психиатрии и психосоматики, д.м.н., профессор Погосов А.В.

Аннотация. В данной статье представлен теоретико-методологический анализ научной литературы, содержащей информацию об основных нарушениях когнитивных функций при алкогольной зависимости, а также особенностях когнитивной сферы больных, перенесших алкогольные психозы.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольный психоз, когнитивный дефицит.

COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS AFTER ALCOHOLIC PSYCHOSIS

Zakharchenko D.V., Scherbachenko K.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, doctor of medical sciences, professor A.V. Pogosov

Abstract. This article presents a theoretical and methodological analysis of the scientific literature containing information on the main cognitive impairment in alcohol dependence, as well as the cognitive characteristics of patients who have undergone alcoholic psychoses.

Key words: alcohol addiction, alcoholic psychosis, cognitive deficit.

Алкогольная зависимость (хронический алкоголизм, зависимость от алкоголя) – патологическое влечение к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость) с развитием дисфункционального состояния при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях – со стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией [12].

Алкоголизм является одной из остро стоящих проблем медико-социального характера, а борьба с алкогольной зависимостью – одна из серьезных задач здравоохранения. По мнению ряда ведущих специалистов алкогольная ситуация в России, которая отличалась высокой напряжённостью в отдельные исторические периоды, за последние годы стала чрезвычайной [6;11]. По данным Е.А. Кошкиной, распространённость алкоголизма в нашей стране, начиная с 2000 года, в целом имела стабильно высокий уровень, но в последние годы этот показатель выявил тенденцию к росту [6]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году число

россиян с алкогольной зависимостью составляло 1,3 млн. человек. Заболеваемость алкогольными психозами составляла 32 на 100 тыс. населения. Е.С. Непочатова, Е.А. Пономарева сообщают, что за 2017 г. алкогольные психозы отмечались у 11,3% больных алкогольной зависимостью [3;15]. Показатель смертности от причин, обусловленных алкоголем, по результатам 2018 года, составил 33,2 на 100 тысяч населения.

Наиболее надежным показателем распространенности алкоголизма является количество больных с алкогольными психозами, госпитализированных в государственные лечебно-профилактические учреждения. Так, при широко развитой сети коммерческой наркологической помощи информация о пролеченном контингенте больных не предоставляется в государственную медицинскую статистику. Алкогольные психозы можно считать характерным индикатором остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма, выявляемость которых, ввиду выраженности клинической симптоматики, близка к стопроцентной [5].

С.Г. Жислин определяет алкогольные психозы как группу психических расстройств, которые протекают в форме экзогенных, эндоформных и психоорганических расстройств, возникающих во второй и третьей стадии алкоголизма [5;12]. Наиболее часто встречаемой формой алкогольных психозов является алкогольный делирий. По статистическим данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 г. диагноз «алкогольный психоз» был впервые поставлен около 76 тыс. россиян [7]. По данным статистического анализа в 2018 г. лидером выявленных алкогольных психозов стал Чукотский автономный округ – 29 на 10 тыс. жителей. На втором месте – Якутия, где коэффициент зарегистрированных алкогольных психозов составил 23 случая на 10 тыс. человек.

По данным И.В. Дамулина, при алкогольной зависимости воздействие этанола влечёт за собой поражение практически всех отделов нервной системы, проявляющееся различными неврологическими и психическими расстройствами. Так, при хроническом употреблении алкоголя происходит прогрессирующее развитие когнитивных расстройств различной степени выраженности. [8; 9]. И.В. Андреева, Э.В. Слуцкий отмечают, что, начиная уже с первой стадии развития алкогольной зависимости происходят нарушения таких высших психических функций, как: динамический праксис, слуховой гнозис, зрительная память, вербально-логическое мышление, слухоречевая память, счёт, конструктивный праксис, экспрессивная речь [2]. По мнению А.С. Берёзкина, Т.А. Абрамовой, у больных алкогольной зависимостью обнаруживаются нарушения вербального мышления, способности к обучению, снижение памяти, внимания [1; 4; 11].

В клинической картине алкогольного делирия (вне зависимости от его вида) А.Г. Гофман с соавторами выделяют продуктивную и дефицитарную симптоматику. Продуктивные симптомы включают в себя обманы восприятия, нарушение памяти в виде конфабуляций, патологические

телесные ощущения, нарушения эмоциональной сферы. Дефицитарная симптоматика представлена такими когнитивными нарушениями, как: расстройства памяти, внимания, мышления, снижение критической оценки своего состояния. Также наблюдается дезориентировка в месте, времени, ситуации, нарушения гнозиса, ложные узнавания, нарушения контроля выполнения определённых действий, трудности принятия решений. По мнению автора при алкогольных психозах происходят трудности в решении элементарных арифметических задач, мышление характеризуется случайными ассоциациями и становится нецеленаправленным [7; 8; 11; 12].

А.А. Иванов, В.А. Савченков, М.В. Янушкевич указывают, что при алкогольных психозах возникают различные когнитивные нарушения, изменения личности по алкогольному типу, алкогольная анозогнозия [16; 18; 19].

Исследуя особенности состояния функций коры головного мозга у больных после выхода из алкогольного делирия, Ю.А. Арзуманов обращает внимание на то, что, в первую очередь, при таких состояниях нарушается деятельность высшей когнитивной сферы. По мнению И.В. Дамулина данные нарушения обнаруживаются в 50-70% случаев и в 10% они имеют выраженный характер, достигающий степени деменции. Е.А. Брюн и А.Г. Полунина отмечают, что при алкогольных психозах снижаются уровень абстрагирования, психомоторная скорость, происходят нарушения памяти, зрительно-пространственного синтеза, процессов торможения [2; 14].

Ю.В. Сиволап, И.В. Дамулин, С.В. Менделевич установили на постпсихотическом этапе алкогольного психоза наличие триады психопатологических симптомов: когнитивной дисфункции, эмоциональных расстройств и алкогольной анозогнозии. Когнитивная дисфункция выражается в замедленном темпе мышления, затруднениях и ошибках при арифметическом счёте, а также в снижении способности к умозаключениям и абстрагированию [4; 10; 18; 19]. Т.А. Абрамова регистрировала наличие астенического синдрома, интеллектуально-мнестические нарушения и расстройства аффективного спектра после окончания различных видов алкогольных делириев [1].

Таким образом, проведенный теоретико-методологический анализ литературы позволил установить, что при хроническом употреблении алкоголя происходит прогрессирующее развитие когнитивных расстройств. Наличие алкогольных психозов в клинической картине алкогольной зависимости существенно влияет на степень выраженности когнитивного дефицита. Целесообразность дальнейшего экспериментального изучения когнитивной сферы вышеуказанной категории больных обусловлена влиянием когнитивных нарушений на успешность осуществления лечебных мероприятий. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных мероприятий, направленных на коррекцию

когнитивных нарушений, формирование адекватного типа отношения к болезни, выработку адаптивных стратегий поведения.

Список литературы

1. Абрамова, Т.А. Структура и динамика психических нарушений у больных, перенесших различные виды алкогольного делирия / Т.А. Абрамова // Наркология. – 2003. – №7. – С.28-32.
2. Андреева, И.В. Нейропсихологический дефицит в структуре алкогольных изменений личности / И.В. Андреева, Э.В. Слуцкий // Наркология. – 2005. – №10. – С.45-49.
3. Антипова, Л.А. Факторы, влияющие на развитие алкогольного делирия / Л.А. Антипова // Вопросы наркологии. – 2008. – №5. – С.29-34.
4. Берёзкин, А.С. Когнитивный дефицит у больных, перенесших алкогольный делирий / А.С. Берёзкин, Н.В. Говорин, А.А. Симбирцев // Российский психиатрический журнал. – 2018. – №5. – С.24-35.
5. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология. / В.М. Блейхер. – Т., Медицина, 1976. – 326 с.
6. Гнедова, С.Б. Формирование и изменение личности больных алкоголизмом / С.Б. Гнедова, А.Ю. Нагорнова, Е.В. Вострокнутов, И.А. Гулей, Е.В. Забелина, Л.Г. Тараненко // Фундаментальные исследования. – 2013. – №1. – С. 346-350.
7. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы и их классификация в МКБ -10 / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, М.А. Орлова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №3. – С.25-30.
8. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2017. – 376 с.
9. Дамулин, И.В. Когнитивные расстройства при алкоголизме / И. В. Дамулин // Русский медицинский журнал. – 2005. – №12. – С.420-426.
10. Дамулин, И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме / И.В. Дамулин, Т.Е. Шмидт // Неврологический журнал. – 2004. – Т.9, №2. – С.4-10.
11. Захаров, В.В. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения. / В.В. Захаров // Неврология, психиатрия, психосоматика. – 2012. – №2. – С.16-21.
12. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – Москва, «МИА», 2008. – 944 с.
13. Кузьминов, В.Н. Диагностические и терапевтические проблемы при острых психозах у лиц с алкогольной зависимостью / В.Н. Кузьминов, Н.П. Юрченко, А.Н. Юрченко // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9. – № 3. – С.31-33.
14. Немцов, А.В. Алкогольный урон регионов России / А.В. Немцов. – М., 2003. – 136 с.

15. Непочатова, Е.С. Алкоголь, его влияние на организм человека / Е.С. Непочатова, Е.А. Пономарева // Аллея науки. – 2017. – Т.1. – №16. – С. 420-424.
16. Савченков, В.А. Алкогольный делирий в общей клинической практике / В.А. Савченков, Б.А. Аксельрод и др. // Медицина критических состояний. – 2004. – №2. – С.30-36.
17. Сахаров, А.В. Состояние когнитивных функций у больных алкоголизмом при разных вариантах синдрома отмены алкоголя / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин, Е.А. Викулова // Наркология. – 2014. – №9. – С.13-16.
18. Сиволап, Ю.П. Алкоголизм и современные методы его лечения / Ю.П. Сиволап // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т.11. – № 4. – С.25-29.
19. Сиволап, Ю.П. Психические расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем / Ю.П. Сиволап // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т. 138. – № 6. – С.43-49.

ГРАФФИТИ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЯВЛЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ

Зеленко М.В.

Курский государственный университет, г.Курск, Россия

**Научный руководитель: старший преподаватель кафедры дизайна
Бартенева Ю. В.**

Аннотация. В статье рассматривается феномен граффити с положительных и отрицательных сторон его влияния на социально-экономическую сферу, приведен конкретный пример внедрения арт - объектов в архитектурную среду города.

Ключевые слова: граффити, стрит-арт, социально-экономические проблемы

GRAFFITI AS A SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOLOGICAL PHENOMENON IN SOCIETY

Zelenko M.V.

Kursk State University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Senior Lecturer, Department of Design
Barteneva Yu. V.**

Abstract. The article deals with the phenomenon of graffiti from the positive and negative sides of its impact on the socio-economic sphere, provides a concrete example of the introduction of art objects in the architectural environment of the city.

Key words: graffiti, street art, socio-economic problems

Каким бы ни был интерес общественности и какая бы социальная значимость ни придавалась феномену граффити, особенно в последнее время, эти произведения можно сопоставить с татуировками, шрамами, а иногда и с ссадинами на архитектурном теле города. Как и на теле человека, очень редкая высокохудожественная татуировка создает подлинную гармонию с ним, так и уличные «шедевры» не часто являются бесспорным украшением средового пространства.

Для детального рассмотрения и глубокого понимания темы исследования, прежде всего, необходимо определить значение термина «граффити», а так же изучить классификацию произведений этого направления. Слово «граффити» происходит от итальянского «grafficare» — царапать (буквально «нацарапанные»). Первоначально так называлась одна из техник настенной живописи. В настоящее время это понятие расширило свои границы: под граффити понимают любые неофициальные публичные тексты, включая и современные. Термин «граффити» применяется для классификации, как правило, запрещенного законом вида деятельности, постепенно приобретающего черты молодежного субкультурного искусства [3, с.1]

Систематизация историко-психологического материала показала, что большинство исторических граффити представляют собой по своему содержанию имена и автографы, магические формулы, молитвы, надписи непристойного и протестного содержания, символы, сообщения, признания в любви, стихи, посвящения, политические лозунги и оценки, портретные изображения и рисунки различных предметов [1, с. 291]. Однако следует отметить, что в последнее время под термином «граффити» часто подразумеваются не только тексты, но и своеобразные художественные композиции, отражающие социально-психологические проблемы. Если рассматривать классификацию рисунков граффити, то все они делятся на две большие группы: конструктивные и деструктивные. Конструктивные граффити нанесены в разрешенных местах (специализированные стены, плакаты, транспаранты и т.д.), наполнены позитивным социальным содержанием и выполняют позитивные социальные функции. К деструктивным граффити относятся те надписи и рисунки, которые нарушают

представление о прекрасном, эстетику окружающей среды, разрушают вещи, предметы, строения [3, с. 3]. Это явление серьезно изменяет облик современных городов, приводя к порче общественного и частного имущества. По мере того как рисунки со стен города переместились на стены музеев, галерей, появились на кладбищенских захоронениях и памятниках архитектуры, встал вопрос о вандализме и провокационной сути граффити. Подобная классификация граффити отражает двойственность влияния этого явления на общество в целом и на его архитектурную среду в частности.

Поскольку деструктивные граффити представляют собой в большинстве случаев анонимное и зачастую спонтанное творчество, одной из основных проблем связанных с ними является уместность этих произведений.

Однако, в случае грамотного применения граффити, а точнее произведений направления стрит-арт (конструктивные граффити) в качестве акцента для украшения ландшафта или архитектурных элементов здания, они становятся мощным магнитом, притягивающим всеобщее внимание и инструментом выражения основной темы или проблемы мероприятия, для которого создаются.

В настоящее время широко развивается и вызывает наибольший интерес конструктивный вид граффити, так называемое направление стрит – арт. Эти произведения чаще всего представляют собой не обычные граффити, а масштабные произведения, созданные по спецзаказу и имеющие высокую художественную и социальную значимость. Представители этого направления – это талантливые художники, выбравшие для своего самовыражения не стандартную форму творческой деятельности, связанную с тяжелым трудом и даже риском для жизни. Творческий человек должен не только обладать незаурядными художественными способностями и знаниями, но и иметь хорошую физическую подготовку и допуск к высотным работам. Помимо этого нужно иметь ввиду, что роспись уличных объектов зачастую зависит от погодных условий, что оказывает влияние на сроки завершения, а иногда и на качество выполняемой работы.

Тем не менее, авторские произведения, имеющие высокую художественную и эстетическую ценность, выполненные на фасадах зданий имеют огромную зрительскую аудиторию и пользуются неизменным успехом. Заказы на подобные произведения часто поступают от муниципальных организаций, собственников многоэтажных домов, а также крупных предприятий города. Эти заказы могут преследовать определенные цели или же выполнять чисто эстетическую функцию. В качестве одной из социально значимых целей можно рассмотреть применение граффити в сфере образования. Для ее осуществления в качестве объектов для росписи используются здания образовательных учреждений, библиотек, а в качестве сюжетов портреты деятелей искусства, литературы, известных людей города.

Ярким примером возможностей применения граффити в качестве инструмента для осуществления образовательной функции является роспись

центральной библиотеки и музыкальной школы № 5 города Старый Оскол Белгородской области [2]. На фото запечатлен процесс создания граффити на фасаде музыкальной школы на стадии завершения. Роспись, украсившая фасады двух культурных учреждений вызвала огромный интерес общественности. На рисунках изображены портреты великих композиторов П.И. Чайковского, В.А. Моцарта, Людвига Ван Бетховена в необычном композиционном оформлении. В данном случае яркая роспись не просто привлекает внимание к зданию, но и знакомит молодое поколение с классиками мировой музыкальной культуры. Даже на этапе создания граффити прохожие проявляли к ней живой интерес, задавая вопросы авторам о личностях, чьи портреты были изображены. Данный проект был реализован в рамках программы содействия развитию детского творчества в г. Старый Оскол. Граффити было подарено городу работниками ОЭМК (Оскольский электрометаллургический комбинат) и выполнено мастерами из Нижнего Новгорода при участии местных художников. Торжественное открытие граффити было проведено в форме мастер-класса, где каждый желающий мог попробовать себя в росписи стен музыкальной школы. Необходимо отметить, что особенно живой интерес к подобному мероприятию показали учащиеся детской художественной школы, ее выпускники, перед которыми уже остро стоял вопрос выбора направления творческой деятельности. Таким образом, можно сделать вывод, что произведения граффити, выполненные по специальному заказу и имеющие особую социальную направленность, не только не ухудшают внешнего вида городского архитектурного ансамбля, но и являются необходимым элементом культурной жизни города.

В данном положительном примере помимо высокой социальной значимости следует отметить и достаточно мощный экономический эффект, причем со стороны всех участников проекта. Для выполнения граффити на зданиях были проведены ремонтные работы и дополнительная работа по благоустройству прилегающей территории, что не может не оказать влияния на общую картину городской архитектурной среды. В свою очередь, для организации – спонсора, в композицию граффити был внесен логотип компании, который оригинальным способом вписан в основную идею изображения. Подобное совмещение является грамотным рекламным ходом и выражением всеобщей благодарности.

В продолжение рассмотрения экономической стороны феномена граффити, к сожалению не возможно не упомянуть о его негативных моментах. Речь, конечно же, идет о деструктивных категориях граффити. Как отмечается в статье А. И. Белкина «Феномен граффити: психологические аспекты», «...в современном мире граффити наносят значительный финансовый и социальный ущерб городской среде во многих странах. Ежегодно на устранение незаконных надписей и рисунков в США, по некоторым оценкам, выделяется сумма, которая превышает 4 млрд. долларов»[1, с. 294]. Действительно, масштабы последствий способны

поразить воображение. Если принять во внимание еще и то, что практически все деструктивные виды граффити являются протестными и негативными по своей сути, то государство вынуждено регулярно «умывать» лицо своей городской среды от бессмысленных элементов, да еще и за счет средств налогоплательщиков. Однако ни избежать появлений, ни сократить количество «произведений» деструктивных граффити практически не возможно. Ряд исследователей подчеркивает, что граффити отражают общественные ценности и отношения, природу общества, которое их производит, и более индивидуальные эмоциональные черты характера отдельных авторов граффити, а также социальные проблемы. Результаты некоторых социологических исследований показывают, что систематическое написание граффити прямо связано с социальным взаимодействием людей. Граффити в известной степени возникают из-за жажды признания и выступают субкультурным элементом, находящимся в оппозиции по отношению к доминирующей культуре[1, с.293]. Можно сделать вывод, что деструктивные формы граффити являются следствием противоречий, возникающих внутри общества и с психологической точки зрения необходимы их авторам как средство выражения и самореализации. Следовательно, пока существуют социальные проблемы, нестабильность и внутренние конфликты личности фасады зданий будут «украшать» продукты социальной активности членов общества.

Список литературы

1. Хорева Е.А., Хорева О.В., Граффити как социально-психологическое явление. Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия.
2. Белкин А.И., Феномен граффити: психологические аспекты, Вестник Санкт-Петербургского Университета, сер.12 -2009, вып.2, ч.1.
3. Библиотеку и музыкальную школу Старого Оскола превратили в арт-объекты. Режим доступа: URL: <https://oskol.city/news/culture/58672/> [Электронный ресурс] . (дата обращения 25.10.19).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Зубкова Д.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Блюм А.И.;
к. психол.н., Есенкова Н.Ю.

Аннотация. В статье ситуация онкологического заболевания рассматривается как трудная жизненная ситуация, обуславливающая психологические состояния хронического стресса. Представлены результаты исследования индивидуально-личностных особенностей женщин, страдающих онкологическим заболеванием гинекологического профиля. По результатам проведенного исследования обосновывается применение программы клинико-психологического сопровождения пациенток с онкологическими заболеваниями гинекологического профиля.

Ключевые слова: онкология, гинекологическое заболевание, психологическое сопровождение

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SUPPORTING WOMEN WITH ONCOLOGICAL DISEASES OF THE GYNECOLOGICAL PROFILE

Zubkova D.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, Associate Professor
Blum A.I. ;
candidate of psychological sciences Esenkova N.Yu.**

Abstract. In the article, the situation of cancer is considered as a difficult life situation that determines the psychological state of chronic stress. The results of a study of the individual and personality characteristics of women suffering from cancer of the gynecological profile are presented. Based on the results of the study, the use of a program of clinical and psychological support for patients with oncological diseases of the gynecological profile is substantiated.

Keywords: oncology, gynecological disease, psychological support

Своеобразие клинического течения злокачественных новообразований в репродуктивной сфере женщины, особенности их лечения, ограниченный потенциал восстановления здоровья сопровождаются высоким уровнем инвалидизации, что требует применения больших усилий в реабилитационном периоде, по сравнению с пациентами другого профиля. Данные основания являются веской причиной для применения клинико-психологического сопровождения в процесс лечения и реабилитации.

Больные, оказавшись в ситуации онкологического заболевания, приобретают психологические свойства, характерные для состояния хронического стресса. У таких пациентов наблюдается характерное снижение значений самочувствия и настроения; при использовании опросников –

повышение значений по шкале реактивной и личностной тревожности; более высокое значение всех показателей деструктивных личностных свойств, например, истеричности, ипохондричности, депрессивности и др. Такие пациенты становятся особенно чувствительными к ситуациям, вызывающим стресс. Онкологическим больным присущи такие общие психологические черты как «трудности эмоционального и рационального восприятия и реагирования на стрессовую ситуацию, а главное, склонности занимать инфантильную позицию», о чем пишут Н.И. Непомнящая и М.Г. Ивашкина. Пациентам с онкологическим заболеванием также присущ низкий уровень контроля своих чувств и желаний, свойственна тенденция к экстернализации локуса контроля [3, С.67-68].

Излечение от злокачественного новообразования зависит от совокупности особенностей личности, которые оказывают воздействие на развитие и протекание болезни или процесс выздоровления, а также от типа психологического реагирования на заболевание, в связи с этим задачей медицинского психолога является формирование таких личностных характеристик, которые повышают шансы излечения и реабилитации личности.

На основании данных проводимых ранее исследований, отмечено, что женщины, страдающие онкологическим заболеванием гинекологического профиля, претерпевают трансформацию социальной идентичности, которая выражается в фиксации на настоящем моменте и желании компенсировать его негативную окраску посредством обращения к ресурсным составляющим жизненного опыта. Имеет место снижение у онкологических больных личностных качеств, направленных на взаимодействие с другими людьми, переосмысление своей жизни с философских позиций, из-за чего происходит изменение роли и места в жизни больного взаимодействия с социумом [2].

У онкологических больных может наблюдаться нарушение осмысления содержания будущих жизненных целей и перспектив будущего, переосмысление места в жизни материальных ценностей, внешней привлекательности и личностного развития. В ситуации онкологического заболевания происходит нарушение временной протяженности и преемственности событий жизни, деформируется четкая жизненно-смысловая перспектива будущего с «фаталистической» установкой на настоящее [1].

По данным Сидорова П. И. и Совершаевой Е. П., риск развития онкологии связан с такими личностными особенностями, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, чрезмерное подавление чувств, депрессия и безнадежность. Тревога и нейротизм, в свою очередь, защищают от онкологического заболевания [5].

В случае нарушения взаимоотношений ввиду неадекватного реагирования социума на болезнь, больные имеют тенденции разрыва социальных связей и контактов, изоляции и уходу в болезнь [5].

Клинико-психологическое сопровождение проводилось с пациентками, поступившими в онкологический диспансер для получения лучевой терапии. Выборку составляли 16 женщин с онкологическим заболеванием гинекологического профиля.

Проведя анализ особенностей психологического состояния онкологических больных гинекологического профиля, нами были отмечены основные характеристики пациенток, а также разработана программа клинико-психологического сопровождения. В ходе клинико-психологической беседы с пациентками на первый план выступали повышенный уровень тревожности, сензитивность, эмоциональная лабильность, опасения насчет будущего и семейной жизни, нежелание приносить дискомфорт близким из-за своей болезни.

Для оценки эмоционального состояния был использован тест невротизации Л.И. Вассермана [4]. По его результатам у пациентов были выявлены следующие показатели: низкий уровень невротизации – 12,5 %, средний уровень – 50% опрошенных, и высокий уровень продемонстрировали 37,5% женщин. Высокий уровень невротизации подразумевает риск психической деформации: повышенную эмоциональную лабильность, тревожность, эгоцентричность, ипохондрическую фиксацию на соматических ощущениях и личностных недостатках. Низкий уровень невротизации говорит об эмоциональной устойчивости, положительном эмоциональном фоне, способности к адекватному переживанию фрустрирующих ситуаций.

В связи с этим разработанные нами мероприятия включали релаксационные упражнения, медитации, методы рациональной психотерапии. Были использованы техники «Сеанс сенсорной репродукции образов», «Безопасное место», «Разговор с мудрецом», «Погружение в ресурсное состояние». Занятия с пациентками проводились индивидуально в течение пяти дней. Мы учитывали, что телесно-ориентированные техники могут быть как эффективными в снятии напряжения, так могут и навредить, поскольку тема телесности у женщин с онкологическим заболеванием гинекологического профиля является болезненной на момент лечения и пребывания в стационаре, поскольку процесс адаптации к новым особенностям своего тела в ситуации заболевания требует времени. При организации психологического сопровождения желательно придерживаться индивидуальных занятий, так как в группе пациенткам сложнее устанавливать доверительный контакт и открыто говорить о своих переживаниях, относительно своего заболевания.

После проведения программы клинико-психологического сопровождения были получены следующие показатели: низкий уровень невротизации составил 18,75 %, средний уровень невротизации продемонстрировали 50% пациенток, высокий уровень – 31,25% женщин, что может свидетельствовать об эффективности и целесообразности применения составленной программы клинико-психологического сопровождения.

Список литературы

1. Василенко Т.Д. Трансформация социальной идентичности в ситуации онкологического заболевания у женщин / Т. Д. Василенко // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2011.
2. Дрегало А.А. Социальная реабилитация онкологических больных: состояние и возможные направления исследования проблемы / А.А. Дрегало, В.И. Ульяновский // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2013. – С.56 -60.
3. Егикян М.А. Онкологическое заболевание в контексте психогенных факторов / М. А. Егикян // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2014. – №4. –С.67-69.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
5. Сидоров П.И. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемии онкологических заболеваний / П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева // Экология человека. – 2015. – С. 47-57.

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Иванова Л.Р.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: д.психол.н. доцент Запесоцкая И.В.

Аннотация. В статье представлен анализ исследования особенностей, моторных функций у детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости. Выявлен недостаток двигательных навыков, несформированность психомоторики.

Ключевые слова: Моторные функции, моторные асимметрии, умственная отсталость, младший школьный возраст.

CONCEPTUAL MODELING OF MOTOR FUNCTIONS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH MILD MENTAL RETARDATION.

Ivanova L.R.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences Associate Professor
Zapesotskaya I.V.**

Abstract. The article presents the analysis of the study of features, motor functions in children of primary school age with a mild degree of mental retardation. The lack of motor skills, unformed psychomotor skills was revealed.

Keywords: Motor functions, motor asymmetries, mental retardation, primary school age.

Нормально развивающийся ребенок в психомоторном взаимоотношении, проходит несколько этапов [1]. Психомоторное развитие возникает со специфических манипуляций с предметами и длится до разумной, осмысленной деятельности, которая понимается как целенаправленное и планируемое восприятие и реорганизация действительности с помощью действий. Осознанная деятельность включает вторую сигнальную систему – речь, которая улучшает деятельность и развитие ребёнка [2].

Недостаток двигательных средств, несформированность психомоторики в целом, в равной степени как и различные нарушения речи, будут отрицательно сказываться на активности, а так же на двигательном поведении человека, на возможностях реализации многих видов деятельности, требующих назначенного уровня моторного и речевого развития [4].

Известно, что первые поведенческие реакции ребенка в раннем онтогенезе, как и все его следующее психофизическое развитие, во многом обуславливаются поэтапным становлением как двигательной, так и речевой функциональной системы, каждая из которых характеризуется обусловленными закономерностями развития на каждом возрастном этапе нормального онтогенеза [8]. Выражение функционирования этих двух систем как раз и определяется в виде двигательных и речевых реакций, которые носят вначале произвольный характер, а затем обретают все большую произвольность в силу их социальной обусловленности [3].

Развитие движений в онтогенезе обуславливается анатомическим и функциональным созреванием нервных волокон и упорядочиванием работы координационных уровней. Анатомическое созревание центрально-нервных волокон заканчивается к 2 - 2,5 годам.

Моторные функции - набор связанных действий нервной, мышечной и костной систем, зачастую в комбинации со зрительной системой, которая участвует в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук [5].

Развитие моторных функций имеет значение с нескольких сторон:

- 1) в связи с развитием когнитивных способностей;
- 2) в связи с формированием речи;
- 3) для осуществления орудийных действий, в том числе письма.

Моторная асимметрия содержит множественность признаков асимметрии рук, ног, половин лица и тела. Моторная асимметрия обнаруживается уже в раннем онтогенезе, активизируется к 16-18 годам, а в пожилом возрасте уравнивается.

Моторные функции- совокупность анатомо-физиологических механизмов, которые осуществляют движения. Каждое двигательное явление организма воспроизводит реакцию на внешнее раздражение и объясняется мышечным сокращением. Конечным органом организации двигательной функции является мышца. Мышца представляет собой орган, специально приспособленный к сократительной функции.

Ближайшей частью нервной системы, связанной непосредственно с мышцей, является двигательная клетка переднего рога спинного мозга ; она же представляется предварительным фазой для всех импульсов, из каких бы отделов нервной системы они ни направлялись к мышце.

Самым простым и кратчайшим образом проявления раздражения из внешней среды на мышцу является сегментарный рефлекторный акт, суть которого состоит в распространении возбуждения, возникающего в периферическом аппарате глубокой чувствительности, по чувствительному нерву через серое вещество спинного мозга и двигательный нерв на мышцу.

При умственной отсталости физиологические механизмы которые отвечают за движения, нарушаются.

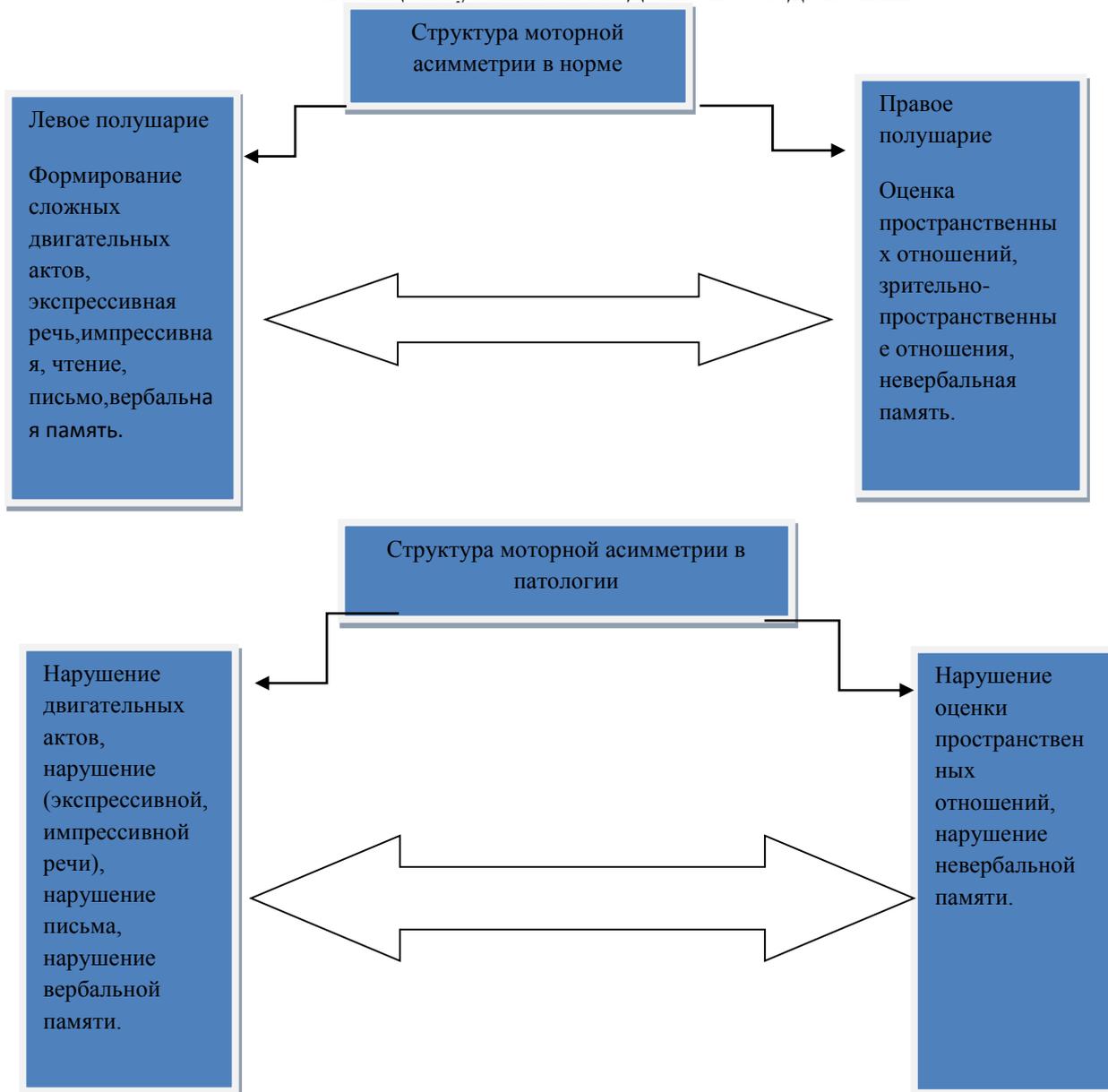
Умственная отсталость- устойчивое закономерное нарушение интеллекта и поведения органического происхождения, которое бывает врожденным [2].

Изменение в психическом процессе возникает по причине негативного фактора влияния на плод во время беременности, недоношенности и поражений головного мозга. В роли факторов появления этого недуга можно выделить гипоксию ребенка, алкогольную и наркотическую зависимость матери, резус-конфликт и внутриутробные инфекции [5].

Основное свойство умственной отсталости кроется в том, что возникает недоразвитие познавательной деятельности и психики. Наблюдаются свойства нарушения речи, памяти, мышления, внимания, восприятия и эмоциональной сферы. В этих случаях встречаются двигательные патологии.

Моторная сфера у детей с умственной отсталостью так же, как и психическая имеет свою специфику [6; 7]. Умственная отсталость - это смешанное повреждение корковых структур головного мозга, ввиду этого, дети имеют недостаток церебрального функционирования мышечной деятельности [8].

Концептуальная модель исследования



В результате исследования было выявлено, у умственно отсталых детей нарушение движений, нарушение пространственных отношений.

Список литературы

1. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М., 1966. – 349 с.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М.: Изд. АПН СССР, 1960. – 500 с.
3. Запесоцкая И.В. Динамика структуры субъектности в онтогенезе // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2011. № 6 (94). С. 249-252.
4. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 384с.
5. Сухомлинский, В.А. Родительская педагогика. – М.: Знание, 1978. –96 с.

6. Фомина Л.В. Роль движений рук и моторной речи ребенка. // Проблемы речи и психолингвистики. - М.: МГПИИЯ, 1971. – С.36-40.
7. Лурия А.Р. Умственно-отсталый ребенок. – М., 1960.
8. Певзнер М.С. Дети - олигофрены. – М., 1959.

БЛАГОПОЛУЧИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ И КАЧЕСТВО СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ СЕМЬИ

Ислами А.И.

**Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,
г.Ярославль, Россия**

**Научный руководитель: зав. кафедрой консультационной
психологии, д.психол.н., профессор Ключева Н.В.**

Аннотация: В статье рассматривается содержание понятий «ресурсы», «личностные ресурсы», «ресурсы семьи», «личностные ресурсы семьи». Проанализировано благополучие членов семьи и качество семейных отношений как личностные ресурсы семьи.

Ключевые слова: ресурсы, личностные ресурсы, ресурсы семьи, личностные ресурсы семьи, благополучие семьи, качество семейных отношений.

WELFARE FAMILY MEMBERS AND QUALITY OF FAMILY RELATIONS FAMILY HOW PERSONAL RESOURCES

Islami A.I.

Yaroslavl State University named after P.G. Demidova, Yaroslavl, Russia

**Scientific adviser: Head Department of Consulting Psychology, Doctor
of Psychological Sciences, Professor Klyueva N.V.**

Abstract. This article discusses the content of the concepts of «resources», «personal resources», «family resources», «personal resources of the family». The well-being of family members and the quality of family relations as personal resources of the family are analyzed.

Keywords: resources, personal resources, family resources, family well-being, quality family relationships

Одной из основных задач психологической теории и практики является поиск ответа на вопрос: что лежит в основе развития человека, определяет степень его жизненного успеха, влияет на преодоление им различных трудностей и кризисов, а так же позволяет человеку достичь успеха в определенных видах деятельности? В качестве движущей силы развития человека исследователи рассматривают личностные ресурсы.

Термин «ресурсы» произошел от французского слова «ressource» и дословно обозначает «вспомогательное средство».

В широком смысле, к ресурсам относится все, что может быть задействовано человеком для эффективной жизни и поддержания ее качества. Таким образом, ресурсами могут выступать имущество, материальные объекты, возможности, деньги, социальные связи, а также способности, которыми обладает личность, группа людей или сообщество, в целом [4]. С. Хобфолл подчеркивает значимость ресурсов и заключает, что они помогают человеку адаптироваться в трудных жизненных ситуациях [2].

Ресурсы, согласно мнению В.А. Бодрова, - это физические и духовные возможности человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение программы его социализации, а так же способов и стратегий поведения, необходимых для предотвращения стрессовых ситуаций [2].

К.Р. Капиева, рассматривая понятие «ресурс» в психологии, характеризует его как запас жизненных возможностей, который может быть использован субъектом в качестве средств развития личности, осуществления самоопределения, реализации деятельности, выбора жизненных стратегий, варианта жизни [7].

К. Муздыбаев рассматривает личностные ресурсы в трех аспектах:

- как средства к существованию, возможности отдельных людей и общества в целом;
- как все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды;
- как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладания с трудными жизненными ситуациями.

В исследованиях Н.Е. Водопьяновой личностные ресурсы понимаются, как внутренние и внешние свойства, способствующие формированию психологической устойчивости человека в стрессовых ситуациях. Личностные ресурсы представляют собой эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к трудным жизненным ситуациям, это средства, используемые им для трансформации взаимодействия со стрессовой ситуацией [3].

Таким образом, личностные ресурсы - это относительно стабильные свойства личности, способствующие решению актуальных для нее задач в различных видах деятельности. Ресурсы личности развиваются посредством социального функционирования и взаимодействия человека, посредством

влияния на него различных социальных институтов, наиболее значимым из которых является семья.

В настоящее время существует несколько подходов к рассмотрению термина «ресурсы семьи».

Дж. Вильямс определяет ресурсы семьи как стили взаимоотношений между членами семьи и существенные личностные характеристики ее членов, которые в совокупности составляют семейную идентичность [10].

М. Савин рассматривает семейные ресурсы как сущностные силы и факторы, способствующие благополучию семейной системы, в целом, и отдельных членов семьи, в частности. Автор пишет, что ресурсы семьи способствуют удовлетворенности каждого члена семьи [7].

К. Тривет рассматривает ресурсы семьи в контексте ее возможностей в процессе совладания с трудностями, кризисными и стрессовыми ситуациями и заключает, что чем выше уровень развития личностных ресурсов семьи, тем выше уровень благополучия каждого из ее членов [10].

Проанализировав содержание и сущность понятий «ресурсы», «личностные ресурсы», «ресурсы семьи», следует отметить, что личностные ресурсы семьи представляют собой устойчивые социально-психологические характеристики семьи, которые влияют на функционирование и развитие семьи как системы и на функционирование и развитие каждого из ее членов.

В качестве наиболее значимых личностных ресурсов семьи исследователи рассматривают благополучие членов семьи и качество семейных отношений.

Термин психологическое благополучие семьи включает в себя особенности функционирования супружеских отношений, которые определяют состояние «благополучности» и как результат - эффективной адаптации.

С.В. Ильинский в качестве критериев благополучия семьи рассматривает степень сплоченности семейной системы, возможность всестороннего гармоничного развития каждого члена семьи, доброжелательность членов семьи по отношению друг к другу, чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности членов семьи, сочетание широких контактов семьи и стремления семьи к уединению, наличие семейных традиций и ценностей [6]. Семейное благополучие нарушают такие факторы, как физическое и психологическое насилие, конфликтные взаимоотношения, материальное неблагополучие, девиантное и делинквентное поведение членов семьи [9].

Л.В. Карцева выделяет социальные и психологические факторы благополучия семьи. Среди социальных факторов автор выделяет уровень благосостояния семьи, наличие у семьи собственного жилья, автомобиля, устойчивого уровня дохода, уровень здоровья членов семьи, наличие в семье детей. Среди психологических факторов благополучия семьи Л.В. Карцева

называет качество межличностных отношений членов семьи, психологическое здоровье членов семьи, мотивы вступления в брак [8].

Таким образом, семейное благополучие предполагает нахождение семьи, как социальной группы, в состоянии гармонии и равновесия и предполагает удовлетворенность каждого члена семьи принадлежностью именно к данной семье, собственным семейным статусом, качеством внутрисемейной коммуникации, а так же удовлетворенность местом своей семьи в обществе.

Являясь личностным ресурсом семьи, благополучие ее членов включает следующие компоненты: социальное, психологическое и психическое здоровье личности и положительные эмоциональные состояния.

В настоящее время существует два направления в исследовании психологического благополучия членов семьи: гедонистическое и эвдемонистическое. Гедонистический подход к пониманию благополучия членов семьи исходит из принципа субъектности: субъективное благополучие членов семьи включает в себя личное ощущение счастья, гармонии и благополучия ее членами, ощущение удовлетворенности семейными отношениями, принятием ценностей семьи как своих собственных. Эвдемонистический смысл рассмотрения благополучия членов семьи, как личностного ресурса семьи, заключается в том, что именно в гармоничной и счастливой семье человек сможет максимально реализовать имеющийся у него потенциал, занять позицию свободно развивающегося человека, стремящегося к самоактуализации и самореализации [1].

Таким образом, благополучие членов семьи является показателем качества семейных отношений.

Впервые научное определение термина «качество семейных отношений» дали Р.Д. Лайхтентритт и К.Д. Реттиг, которые рассматривали его через призму удовлетворенности человеком в браке своих личных потребностей, совокупность которых является индикатором ее благополучия. С.В. Арженовский эмпирическим путем установил, что уровень благополучия у людей, состоящих в браке, в три раза выше, чем у тех, кто не имеет семейного статуса.

Е.В. Панкратова подтверждает, что качество семейной жизни определяется особенностями распределения внутрисемейных ролей, а так же совокупностью гендерных норм и способов поведения в семье и пишет о том, что разные члены семьи, в зависимости от гендерной и половой принадлежности, могут по-разному оценивать качество семейных отношений и степень благополучия собственной семьи. К ресурсам, необходимым для качества семейной жизни и благополучия членов семьи, данный автор относит: счастье, любовь, социальный статус, информация, материальные составляющие - деньги, вещи, товары [11].

В.А. Терехин рассматривает качество семейных отношений как системную характеристику функционального единства свойств брачно-

семейных отношений, его определенность и устойчивость. Среди компонентов определенности брака автор называет психологическую совместимость членов семьи, а так же качество осуществления семьей совместной деятельности, умение думать и действовать сообща [12].

Ф.А. Игебаева пишет, что на благополучие членов семьи и качество семейных отношений, как личностных ресурсов семьи, влияют внешние и внутренние условия. Среди внешних условий автор называет традиции и ценности общества, требования, предъявляемые социальным окружением и условия жизни. Внутренними условиями, влияющими на благополучие членов семьи и качество семейных отношений, являются наличие в семье любви, привязанности, заботы и участия, взаимных целей и стремлений [5].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что благополучие членов семьи и качество семейных отношений являются личностными ресурсами семьи, способствующими социальному, психологическому, психическому становлению и росту каждого из ее членов. От степени благополучия семьи и качества семейных отношений зависит качество удовлетворения каждым членом семьи своих потребностей, степень развития способностей, степень самоактуализации и самореализации человека.

Список литературы

1. Воронина А.В. Проблема психологического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа / А.В. Воронина // Сибирский психологический журнал. – 2005. – №3. – С. 142-145.
2. Дубровина Д.А. Динамика личностного ресурса / Д.А. Дубровина // Наука, техника и образование. – 2014. – №1. – С. 8-10.
3. Иваницкий А.В. Психологический ресурс как интегральная характеристика личности / А.В. Иваницкий // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №2-3. – С. 76-80.
4. Иванова Т.Ю. Современные проблемы изучения личностных ресурсов в профессиональной деятельности / Т.Ю. Иванова [и др.] // Организационная психология. – 2018. – №1. – С. 85-121.
5. Игебаева Ф.А. Образ жизни и стабильность брачно-семейных отношений / Ф.А. Игебаева // Вестник Башкирского государственного университета. – 2016. – №55-3. – С. 280-283.
6. Ильинский С.В. Факторы психологического благополучия семьи / С.В. Ильинский // Вестник Самарской гуманитарной академии. – 2017. – №1. – С. 76-93.
7. Капиева К.Р. Психический ресурс личности: паттерны и детерминанты развития / К.Р. Капиева // Гуманизация образования. – 2015. – №3. – С. 75-81.
8. Карцева Л.В. Социальные и психологические факторы семейного благополучия / Л.В. Карцева // Вестник КАЗГУКИ. – 2016. – №3. – С. 54-57.

9. Махнач А.В. Жизнеспособность семьи как малой социальной группы: дисс. ... докт. псих. наук / Махнач Александр Валентинович. – М., 2019. – 434 с.
10. Нестерова А.А. Семейные ресурсы как условие жизнеспособности семьи в кризисных ситуациях / А.А. Нестерова // Развитие личности. – 2016. – №1. – С. 156-174.
11. Панкратова Е.В. Концепция качества семейной жизни в социологии: гендерный аспект / Е.В. Панкратова // Женщина в Российском обществе. - 2018. – №1. – С. 43-52.
12. Терехин В.А. Психологические аспекты качества семейно-брачных отношений [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=1548&level1=main&level2=articles> (дата обращения 23.10.2019).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НОРМАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кайдалова Д.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии Акуленкова М. В.**

Аннотация. В статье исследуются особенности нормального старения, клинико-психологические аспекты нормального старения людей, перенёвших нарушения мозгового кровообращения. В случае нормального старения даже при перенесении расстройств, вызванных нарушением мозгового кровообращения, происходит нерезкое снижение когнитивных функций, которое больше напоминает закономерные возрастные изменения, чем изменения, вызванные органическим поражением мозга.

Ключевые слова: нормальное старение, нейропсихология, нарушение мозгового кровообращения, транзиторная ишемическая атака.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF NORMAL AGING. CLINICAL CASE

Kaydalova D.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia**Scientific adviser: Assistant of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology Akulenkova M.V.**

Abstract. Features of normal aging, clinical and psychological aspects of normal aging of people who have suffered cerebrovascular accident, are investigated in the article. In the case of normal aging, even with the transfer of disorders caused by impaired cerebral circulation, a sharp decrease in cognitive functions occurs, which is more reminiscent of regular age-related changes than changes caused by organic brain damage.

Key words: normal aging, neuropsychology, cerebrovascular accident, transient ischemic attack.

В современной геронтопсихологии принято рассматривать старость с двух подходов: как болезнь и как естественный, необратимый, закономерный процесс. Остаётся правомерным вопрос о самой возможности употребления понятия «нормальное» по отношению к старению. Несмотря на большой спектр соматических заболеваний, сопровождающих биологическое увядание организма человека, которые способствуют развитию заболеваний сосудистого генеза, в отечественной психологии и геронтологии принято выделять условную ось, границы которой образуют континуум «нормальное старение – патологическое старение».

Наиболее уместным на наш взгляд, является следующее определение нормального старения – процесс, характеризующийся определённым темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям человеческой популяции [2]. Из определения понятно, что существуют критерии отличия нормального старения от патологического. С помощью качественной оценки особенностей функциональной организации ВПФ учёными отмечаются несколько особенностей:

1. Формирование патологических очагов в структурах, относящихся к первому блоку мозга, что отражается на нейродинамических параметрах ВПФ и проявляется в замедлении темпа психической деятельности, увеличении латентного периода выполнения заданий, общем снижении энергетического потенциала;

2. Сохранность саморегуляции и контроля, активное использование компенсаторных механизмов [4].

На наш взгляд, особенно важным является последний пункт, так как он лежит в основе адаптации в пожилом возрасте. В рамках данного

положения принято считать, что все новообразования в пожилом возрасте направлены на достижение адаптационного результата, новых форм приспособительного реагирования. Благодаря этому возможна компенсация, основой которой выступает сохранное мотивационно-личностное звено. По словам Т.П. Денисовой, для реализации компенсаторных возможностей в пожилом возрасте необходимо осознание своего дефекта и желание его устранить [2]. Только в этом случае происходит перестройка психической деятельности, нацеленная на достижение адаптивного результата. Это, на наш взгляд, является важным для проведения коррекционной и восстановительной работы.

Понятия нормального и патологического старения тесно связано со стратегиями старения. Выделенная Л.И. Анциферовой стратегия сохранения себя как личности способствует формированию нормального старения, тогда как стратегия сохранения себя как индивида, связанная с социальной изоляцией, способствует нарушению функций регуляции и контроля – дисфункцией третьего блока мозга [1].

Н.К. Корсакова выделяет варианты нормального старения, которые тесно связаны с выявлением наиболее сензитивного к нагрузке в нейропсихологическом исследовании функционального блока мозга [5]:

1) Наиболее часто встречающийся варианта старения, связанный со снижением энергетического потенциала: увеличение латентного периода при включении в деятельность, относительно короткий период ее эффективного выполнения, истощаемость и, как следствие, незавершенность действий, повышенная тормозимость следов памяти, сужение объема психической деятельности (одноканальность переработки информации). При этом наблюдается сохранность критики, компенсация речью, наличие стратегий, обеспечивающих распределение активности во времени и внутреннем пространстве, что является хорошей предпосылкой для сохранного психического функционирования даже при очевидном снижении энергетического ресурса. [6]

2) Наиболее благополучный, по мнению автора, вариант старения, связанный с дефицитом симультанности в переработке информации, что проявляется в зрительно-пространственной сфере. Компенсация возможна при целенаправленном использовании стратегии «дробления» процедур решения разных задач, переводе действий на уровень развернутого, поэтапного, контролируемого, последовательного выполнения.

Третий вариант (характеризующийся снижением произвольной регуляции деятельности при прогнозировании результата, построении программ, адекватных задаче и своим возможностям) и четвёртый – сочетанный (характеризующийся снижением энергетического

обеспечения активности и ее произвольной регуляции) на наш взгляд не относятся к вариантам нормального старения, так как декомпенсация может наступить при любых изменениях среды, исключающих использование сложившихся, ранее привычных форм активности, что в итоге в условиях соматического заболевания и депривации общения усугубляется и трансформируется в деменцию.

Учитывая вышеуказанные положения, представляется интересным обсудить случай нормального старения мужчины, перенёсшего транзиторную ишемическую атаку.

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) – очаговая ишемия головного мозга, которая вызывает внезапные, проходящие неврологические симптомы и не сопровождается постоянным инфарктом мозга. ТИА преимущественно обусловлена церебральной эмболией, источником которой служат бляшки в сонных или позвоночных артериях, хотя большинство причин ишемического инсульта также могут привести к ТИА. Иногда ТИА развивается на фоне гипоперфузии вследствие тяжелой гипоксемии, снижения кислородно-транспортной функции крови (например, при выраженной анемии, отравлении угарным газом) или вследствие повышенной вязкости крови (например, при тяжелой полицитемии), особенно в сочетании со стенозом церебральных артерий. Системная гипотония обычно не вызывает ишемию головного мозга, если она не остро выражена, или уже существует стеноз артерий, поскольку авторегуляция поддерживает кровоток головного мозга на уровне, близком к нормальному, в широком диапазоне значений системного АД [7].

ТИА чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста. Сходна с ишемическим инсультом, за исключением того, что симптомы обычно длятся менее 1 часа. В большинстве случаев ТИА нарушения проходят в течение менее 5 минут. Формирование очага инфаркта маловероятно, если неврологическое нарушение разрешается в пределах 1 часа.

Клинический случай:

Мужчина М., 1937 г.р., 82 года, находился на лечении в БМУ «Курская областная клиническая больница» с клиническим диагнозом: транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии. Из анамнеза известно, что пациент имеет высшее образование по специальности «инженер», работал на железной дороге, с 2006 г. занимается хозяйством, ухаживает за домашними животными, живёт один, в быту самостоятелен, в помощи не нуждается. С детьми и внуками поддерживает тёплые отношения.

Госпитализирован в октябре 2019 года с жалобами на слабость в правых конечностях, заставшую его на остановке общественного транспорта, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в

состоянии средней степени тяжести в сосудистый центр с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения.

На момент исследования в месте, времени и собственной личности ориентирован достаточно. Самостоятельно предъявляет жалобы на небольшую вялость в правых конечностях, боль в спине и нарушение сердечного ритма. Эмоциональный фон ровный. Из анамнеза известно, что пациент длительное время болеет гипертонической болезнью, принимает гипотензивные препараты. В беседе больной активен, на вопросы отвечает полно, в плане беседы, активно и подробно делится эмоционально насыщенными воспоминаниями из раннего детства, юности. Обращённую речь понимает в полном объеме. Самостоятельная речь развёрнутая, речевая инициатива сохранна. Темп выполнения проб обычный. К своему состоянию критичен.

По результатам нейропсихологического исследования нарушений зрительного, зрительно-пространственного, слухового гнозиса не обнаружено. При исследовании динамического, конструктивного кинетического и кинестетического праксиса нарушений не выявлено.

Импрессивная и экспрессивная речь сохранна. При исследовании внимания пробой «Серийный отсчёт от 100 по 7» обнаруживаются трудности вычитания в уме, тогда как в письменном вычитании ошибки отсутствуют, что свидетельствует о нерезком нарушении объема, концентрации и устойчивости внимания, сохранности счётных операций, достаточной подвижности интеллектуальных процессов. При исследовании мнестических процессов нарушений кратковременной и долговременной слухоречевой памяти не обнаружено, кривая запоминания по методике «10 слов» имеет вид 4-5-10-8 слов, отсроченное воспроизведение 6 слов. С пересказом небольшого текста справился самостоятельно, смысл понят верно. При исследовании мышления обнаружено нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения, проявляющееся в методике «Исключение 4 лишнего» и при интерпретации пословиц (трактуются буквально).

Заключение: на момент осмотра на первый план выступает нарушение операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и отвлечения, нерезкое нарушение объема, концентрации и устойчивости внимания, что свидетельствует о синдроме умеренных когнитивных нарушений. Описанный синдром указывает на наличие диффузного поражения глубинных структур головного мозга.

Представленный случай наглядно демонстрирует особенности протекания нормального старения. При организации восстановительного обучения в описанном варианте старения, руководствуясь принципом опоры на сохранные стороны психики:

сохранную критику, использование речевого контроля, стратегий, обеспечивающих распределение активности во времени и внутреннем пространстве, целенаправленном использовании стратегии «дробления» процедур решения разных задач, переводе действий на уровень развернутого, поэтапного, контролируемого, последовательного выполнения, возможно в достаточной степени компенсировать выявленные нарушения, что является хорошей предпосылкой для сохранного психического функционирования даже при дальнейшем снижении энергетического ресурса.

Список литературы

1. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 740 с.
2. Денисова Т. П., Шульдяков В.А., Малинова Л.И. и др. Этюды гериатрии: (врачу и пациенту). – Саратов: Новый ветер, 2010. – 238 с.
3. Захарова И.А. Компенсаторный потенциал при нормальном и патологическом старении // Системная психология и социология. – 2013. – № 7. – С. 65-74.
4. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении // Психологические исследования. – 2009. – № 3 (5).
5. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход // Материалы III-его Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2011». – М., 2011. – С. 77–78.
6. 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.
7. Транзиторная ишемическая атака (ТИА) // СПРАВОЧНИК MSD. URL: <https://www.msmanuals.com> (дата обращения: 08.11.2019).

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Колеватова А.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Кузнецова А.А.

Аннотация. В статье описаны особенности нарушения внимания у детей с умственной отсталостью. Отражены результаты исследования внимания у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью на примере клинического случая. Темп психической деятельности лабилен, внимание неустойчивое, легко отвлекаемое, быстро истощаемое. Пониженная способность к переключению внимания с одного объекта на другое. При правильно построенной коррекционной работе возможно развитие вышеуказанных функций.

Ключевые слова: нарушение внимания, умственная отсталость, младший школьный возраст.

PRIMARY SCHOOL AGE WITH MENTAL RETARDATION (CLINICAL CASE)

Kolevatova A. S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, Associate Professor of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology
Kuznetsova A.A.**

Abstract. The article describes the features of attention disorders in children with mental retardation. The results of the study of attention in children of primary school age with mental retardation on the example of a clinical case are presented. The rate of mental activity is labile, attention is unstable, easily distracted, quickly exhausted. Reduced ability to switch attention from one object to another. With properly constructed corrective work, the development of the above functions is possible.

Keywords: attention disorder, mental retardation, primary school age.

Внимание – это способность выделять предметы, объекты или явления действительности, наиболее актуальные в данной конкретной ситуации [2].

Внимание выступает в качестве одной из главных составных частей любого психического процесса [1], следовательно, без его участия невозможно полноценное реализация любой психической функции. Нарушения внимания могут также сказываться негативным образом на учебной деятельности у детей, что будет затруднять процесс овладения новыми знаниями, а также нарушению адаптации в начальных классах [5].

Нарушение функций внимания встречается при разных типах нарушения онтогенеза и носят разнообразный характер [5]. Наиболее часто нарушения внимания встречаются у детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно среди детей с умственной отсталостью.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено органическим поражением или недоразвитием коры головного мозга, на каждом возрастном этапе у них обнаруживаются нарушения психических функций [2; 4; 5].

Чаще всего умственно отсталые учащиеся испытывают трудности в концентрации и переключении внимания с одного предмета на другой из-за патологической инертности процессов возбуждения и торможения.

Результаты многих исследований показали, что детей с умственной отсталостью различной степени тяжести нарушается произвольное внимание, ограниченность объема внимания, концентрация, устойчивость и истощаемость, низкая способность к переключению.

Цель исследования – изучение свойств внимания у детей с умственной отсталостью.

Представляемый клинический случай был исследован и описан на базе ОБУЗ Курский клинический психоневрологический диспансер, отделение детской психиатрии.

Было проведено нейропсихологическое обследование на основе информированного согласия, детский вариант. Все методики соответствуют данному возрастному периоду.

Больная О. 24.07.2010 года рождения. Поступила в отдел детской психиатрии 15.10.2019 года. Жалобы: трудности в усвоении учебного материала, неусидчивость, повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость.

Объективный анамнез: умственная отсталость легкой степени с нарушением поведения эмоционально-расторможенного типа. Хронических заболеваний нет.

Внешний вид опрятен. Повышенный эмоциональный фон на протяжении всего исследования.

Во время исследования постоянно отвлекается от задания, быстро устает при выполнении методик – в начале выполнения инструкцию соблюдает, но позже уже не может удерживать задание, переключается на другие предметы.

К собственному поведению и суждениям не критична. Ориентирована плохо. Плохо понимает суть спрашиваемого. Инструкцию усваивает плохо, не удерживает. Варианты помощи продуктивности не повышают.

Методы: клинико-психологический метод (клиническая беседа и наблюдение), методика «Покажи фигуры», «Найди и вычеркни», «Таблицы с числами», «Залатай коврики» (таблицы 16-25 Забрамная С.Д.) [3].

Так при изучении внимания с помощью методики «Покажи фигуры» выявлен низкий показатель по данному параметру. Девочка неверно показала некоторые фигуры по размеру. Цвета определила верно.

При выполнении методики «Найди и вычеркни» О. перескакивала с одного ряда на другое, зачеркивала неверные предметы.

При проведении методики «Залатай коврики» О. нуждалась в разъяснении инструкции. Верно выполнила только две таблицы, во всех остальных таблицах наугад выбирала вставки.

Нарушение устойчивости внимания и динамики работоспособности выявлено в результате проведения методики «Таблица с числами». Больной требовалось повторение задания на каждой таблице. Наблюдалось соскальзывание внимания при выполнении задания.

Заключение: темп психической деятельности лабилен, внимание неустойчивое, легко отвлекаемое, быстро истощаемое. Пониженная способность к переключению внимания с одного объекта на другое. При правильно построенной коррекционной работе возможно развитие вышеуказанных функций.

Список литературы

1. 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.
2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. – М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005.– 384с.
3. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей: пособие для психол.-мед.-пед. комис. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 32 с.
4. Петрова В.Г. Психология умственно отсталых школьников: Учебное пособие / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М. : Академия, 2002. – 160 с.
5. Самыгин С.И., Столяренко Л.Д., Психология развития и возрастная психология / С.И. Самыгин [и др.]. – Ростов н/Д:Феникс, 2020. – 315 с.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Колеватова А.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация: в статье представлено описание клинического случая больного, страдающего алкогольной зависимостью. Проведено исследование нарушения зрительно-пространственного гнозиса и представлены результаты работы.

Ключевые слова: алкоголизм, зависимость, зрительно-пространственная агнозия, восприятие.

FEATURES OF VIOLATION OF VISUAL AND SPATIAL GNOSIS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Kolevatova A.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. A description of the clinical case of a patient suffering from alcohol dependence is presented in the article. A study of the violation of visual-spatial gnosis was conducted and the results of the work are presented.

Key words: alcoholism, dependence, visual - spatial agnosia, perception.

Алкоголизм – прогрессирующее (прогредиентное) заболевание, развивающееся в связи с длительным злоупотреблением спиртными напитками при формировании патологического влечения к ним, что обусловлено психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. Некоторые авторы называют алкоголь «нервным ядом».

Чаще всего от злоупотребления алкоголем умирают мужчины в возрасте от 16 до 49 лет. Каждый 4 человек в мире употребляет алкоголь (25%).

По данным статистики Здравоохранения России на начало 2017 года численность пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями, составило 143,6 на 100 000 человек населения [2].

Алкогольное опьянение характеризуется повышенным настроением, многоречивостью, снижением скорости обработки информации, неустойчивостью внимания, снижением самокритики и т.п. [3; 4].

Одновременно происходит торможение анализаторных функций с расстройством восприятия и усвоения в смысле замедления и затруднения, с понижением точности и неспособностью усвоения сложного комплекса впечатлений.

Под влиянием алкоголя возникают в организме изменения, которые совершенно меняют установку человека, зависимо от алкоголя, на окружающее и уменьшают для него возможность владеть своим положением и происходящими вокруг него обстоятельствами. Возможно появление отдельных галлюцинаций и иллюзий.

Употребление алкоголя приводит к нарушению функционирования всего организма в целом. В большей мере действие алкоголя проявляется в

нарушениях деятельности ЦНС. Степень нарушения деятельности ЦНС определяется количеством выпитого алкоголя, временем между последним и следующим приемом алкоголя, а также исходным состоянием ЦНС [1].

Нарушение ВПФ у больных с алкогольной зависимостью возможно отследить уже на первой стадии заболевания. Отмечается достаточно широкий спектр нарушений, характер которых является диффузным и слабовыраженным. В первую очередь обнаруживаются нарушения динамического и конструктивного праксиса.

При алкоголизме нарушаются не только мнестические процессы, но и гностическая сфера.

Гнозис – восприятие информации и ее обработка. Частота зрительных нарушений у лиц, страдающих алкоголизмом превышает 70% среди данных больных. Токсическое влияние алкоголя проявляется не только в нарушении остроты зрения, а также и на сужении поля зрения.

Зрительное восприятие очень много теряет в точности, причем уменьшается и количество воспринятых изображений. Усвоение также страдает в плане замедления, общего затруднения и допущения значительного количества ошибок больным.

Нарушения способности к зрительному восприятию и способности ориентироваться в пространстве у алкоголиков после детоксикации выражается в существенных затруднениях при сборе элементов головоломок в целые изображения и при попытках ориентироваться по картам или перерисовать сложную геометрическую фигуру. Многие проведенные исследования показали, что эти нарушения функций мозга сохраняются у алкоголиков даже в трезвом состоянии на протяжении длительного промежутка времени. Больной не может оценить расстояние между предметами или объектами и их взаимное расположение в пространстве, что может привести, например, к проблемам во время вождения автомобиля.

Нейропсихологические тесты, в отличие от компьютерных методов, более чувствительны к нарушениям и позволяют выявить патологию ещё на функциональном уровне.

Цель исследования – изучение зрительно – пространственного гнозиса у больных с алкогольной зависимостью.

Нейропсихологические пробы: методика «Понимание логико-грамматических структур (понимание отношений между 3 предметами, выраженных двумя предлогами)», «Географическая карта», «Дорожный тест Money», «Реалистические изображения предметов», «Перечеркнутые контурные изображения», «Наложённые контурные изображения», «Незаконченные изображения», «Химеры».

В данном материале представлен клинический разбор пациента А.

Объективный анамнез: пациент А. 24.12.1967 года рождения. Поступил в больницу 10.10.2019. Хронических заболеваний нет. Образование среднее профессиональное. В настоящее время работает в церкви. Начал пить с 30 лет,

когда «почти все проиграл в карты». В последнее время, по словам больного, пил два дня подряд, после чего один день не пил, а «потом опять начинал, потому что не мог остановиться». Начинать с простого кофе с коньяком, потом алкоголя «становилось больше и не мог уже остановиться». А. употреблял все виды спиртных напитков, кроме ацетона.

В больницу больной пришел самостоятельно, «чтобы избавиться от зеленого змея».

На момент обследования жалоб не предъявляет.

В месте, времени и собственной личности ориентирован. Внешний вид опрятен. Критика к болезни формальная, как констатация факта. Больной стремился представить себя в более выгодном свете, в появлении зависимости винил сложившиеся обстоятельства. Наличие проблем в употреблении алкоголя не отрицает. Отвечает подробно, в исследовании не заинтересован. Положительный эмоциональный фон. Инструкцию понимает не с первого раза. Правша.

Во время исследования больной отвлекался, переходя на обсуждение религиозной темы, при трудностях выполнения методики, говорил, что плохо видит, но после подсказки выполнял.

При исследовании больного были выявлены нарушения зрительно-пространственного гнозиса.

Так, при исследовании зрительного предметного восприятия с помощью методики не узнал красный мяч и помидор, сказав, что это «что-то круглое просто».

При выполнении методики «Наложённые контурные изображения» больной называл только два предмета из 3-4, которые были изображены. Например, на изображении рыба, тарелка, ель, называл только рыбу и ель.

В результате выполнения методики «Незаконченные изображения» А. назвал только 3 предмета – весы, лампочка, ключ.

В методике «Химеры» больной смог правильно назвать только изображение «белка и рыба», остальные изображения А. определил неверно. Например, при изображении слона и улитки, сказал, что «просто со слонем что-то не так», на изображение собаки и козы – «просто собака».

При выполнении методики «Географическая карта» больной путал части света, называл неправильное расположение одного города относительно другого.

При исследовании понимания логико – грамматических структур больной выполнил правильно только первое задание – «Положите лист в книгу, но под ручку». Остальные задания А. выполнял неверно. Даже при указании на неправильное выполнение, больной повторял ошибку.

При выполнении методики «Перечеркнутые изображения» ошибок не выявлено.

Таким образом, результат нейропсихологического исследования показывают наличие расстройств зрительно – пространственного гнозиса,

которые связаны с поражением затылочных и теменных отделов головного мозга. При выполнении сложных заданий, которые требовали значительных усилий, например, воспринимать объекты зашумленные или загороженные чем – то другим, вычленять один объект из множества, больной испытывал большие затруднения. Распознавание лиц, цифр, букв и цветов доступно.

Список литературы

1. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Руководство для врачей. Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2011. – 492 с.
2. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., Харьковская Т.Л., Чумарина В.Ж., Шубочкина Е.М. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. – М., 3-46. 2017. – 170 с.
3. Гиляровский В. А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. –Изд. 3-е. – М.; Л.: Биомедгиз, 1938. – 773 с.
4. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А. Наркология. – М.: ГЭОТАР, 2008. – 720 с.

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНО – ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Конева П.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: зав.кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье анализируются результаты нейропсихологического обследования больного находившегося в наркологическом диспансере на лечении психические и поведенческие расстройства, вызванных одновременным употреблением нескольких наркотических средств.

Ключевые слова. Психоактивное вещество (ПАВ), наркотическая зависимость, зрительный гнозис, пространственный гнозис, кратковременная память, когнитивные нарушения.

PECULIARITIES OF VISUAL AND SPATIAL GNOSIS AND SHORT MEMORY IN PERSONS WITH DRUG DEPENDENCE: A CLINICAL CASE

Koneva P.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia**Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.**

Abstract. The article analyzes the results of a neuropsychological examination of a patient who was in a narcological clinic for the treatment of withdrawal symptoms caused by the cancellation of the use of psychoactive substances.

Keywords. Psychoactive substance (surfactant), drug addiction, visual gnosis, spatial gnosis, short-term memory, cognitive impairment.

Наркотизация приводит к нарушению и изменению нейрофизиологических процессов, морфологии головного мозга, развитию психических и поведенческих расстройств личности. При изменении функциональных структур головного мозга появляются нарушения ВПФ [3]. Только в России каждый год наркотики начинают употреблять 90 тысяч граждан. После начала систематического употребления ПАВ, человек живет не больше шести лет [5].

Употребление наркотических веществ приводит к проявлению органических расстройств, которые связаны с когнитивными нарушениями различной степени. Изменения познавательных функций, гнозиса, эмоций, поведения, продолжающиеся после действия ПАВ, могут быть обратимы после длительного периода полного воздержания от потребления наркотиков [2].

Органические расстройства при опиатной зависимости представлено в виде инертности мышления, скупостью воображения, трудностью или неспособностью к обобщению и выделению главного, нарушения памяти, снижение концентрации внимания, повышенная отвлекаемость. Под влиянием героина нарушаются процесс выработки сложных умозаключений, зрительно-пространственная координация, понимание логико-грамматических отношений, анализ и синтез пространственных отношений, отмечаются дефекты зрительной памяти, тактильного восприятия и праксиса [1].

Степень выраженности нарушений при наркомании зависит от длительности употребления и возраста начала употребления наркотика. Чем раньше началось употребление наркотиков и дольше их применение, тем грубее органические изменения головного мозга.

Больные с наркотической зависимостью употребляют ПАВ, изготовленные кустарным способом, с высоким содержанием токсических примесей. Токсины усиливают отравляющее влияние ПАВ на ЦНС, что ведет к формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями [4].

Мозговая дефицитарность при наркотической зависимости носит смешанный характер и проявляется нарушениями праксиса, зрительно – пространственного гнозиса, кратковременной слухоречевой и зрительной памяти, что свидетельствует о дисфункции всех отделов головного мозга: лобных, теменных, височных, затылочных.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей зрительно – пространственного гнозиса и кратковременной памяти у лиц с наркотической зависимостью.

Нейропсихологические методы: «10 слов», «рассказ», «серия геометрических фигур», «серия реалистических предметных изображений», «узнавание реалистичных предметов», «наложенные изображения», «буквы», «перечеркнутые изображения», «недорисованные изображения», «географическая карта», «часы», «бочки», «Изображение известных личностей», «Проба на локализацию прикосновений».

Анализ клинического случая. Исследование проводилось на базе Областной наркологической больницы города Курска, в октябре 2019 года. В обследовании принял участие пациент А.А, 31 год, с диагнозом F19 Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ по МКБ – 10.

А.А с 16 лет употребляет ПАВ с 16 лет. Начал с марихуаны, в 18 лет перешел на опиум, в 25 лет перешел на героин и с 30 лет использует синтетические наркотики, чередуя их с героином. Имеет два образования: среднее техническое – оператор ЭВМ, высшее менеджер.

При исследовании кратковременной слухоречевой памяти методикой «10 слов» кривая запоминания имеет вид: 6 (добавлял лишние слова «стул», «помада»), 5, 9, 9, отсроченное запоминание имеет вид: 7 слов. В методике «рассказ Лев и мышь» запомнил главных героев и смысл произведения. Что говорит о умеренном снижении объема слухоречевой кратковременной памяти. При исследовании зрительной кратковременной памяти были выявлены не значительные нарушения объема запоминания. В методике «серия геометрических фигур» больной смог запомнить и воспроизвести ряд фигур.

При исследовании оптико - пространственного гнозиса были выявлены нарушения фрагментарности, вычленения отдельных признаков предмета и ориентации пространственных признаков изображенных объектов. В методике «Перечеркнутые изображения» больной на перечеркнутую картинку «расческа – гребень» назвал «радиатор». В методике «недорисованные изображения» на рисунок «Лейка» ответил – труба, «кинжал» - змея. В методике «географическая карта» неправильно определял направление к заданной местности. В методике «часы» пациент допускал ошибку в определении времени в диапазоне от 10 минут до часа. Данные показатели

свидетельствуют о дисфункции затылочных и теменных отделов головного мозга.

Вывод. Таким образом нейropsychологическим механизмом возникновения оптико – пространственных нарушений у лиц с наркотической зависимостью, связан с первичным дефектом теменно – затылочного отделов головного мозга.

Список литературы

1. Баулина М.Е. Нейropsychологических анализ состояния высших психических функций у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. –2002. –№ 1. –С. 57–61.
2. Илюк Р.Д, Громыко Д.И, Тархан А.У, Пименова Л.В, Овечкина И.В. Нейрокогнитивные расстройства у больных с опиатной зависимостью и их нейropsychологическая коррекция: пособие для врачей / СПб., Изд-во СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2008. –С. 5–6.
3. Оруджев Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2002. –С. 39.
4. Селедцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами. –М., 1994. – С. 36 – 39.
5. Статистика наркомании в России: цифры и факты [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://stop-zavisimost.ru/blog/statistika-narkomanii-v-rossii.html> (дата обращения: 09.11.2019).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И САМОРЕГУЛЯЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Константинова Ю. О.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Научный руководитель: д.психол.н. доцент Запесоцкая И.В.

Аннотация. Статья посвящена исследованию взаимосвязи произвольной саморегуляции и склонности к расстройствам пищевого поведения у юношей и девушек в возрасте 16-17 лет. Целью исследования является изучение взаимосвязи саморегуляции с особенностями пищевого поведения среди подростков старшего школьного возраста. Объект исследования: взаимосвязь саморегуляции с особенностями пищевого поведения. Были получены следующие результаты: у подростков с высоким уровнем саморегуляции (опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой) отсутствуют такие нарушения питания как анорексия, булимия,

компульсивное переедание (диагностическая шкала нарушений питания EDDS, опросник Eat - 26), а так же не выявлено преобладающего типа пищевого поведения (Голландский опросник пищевого поведения). Это свидетельствует о том, что у таких подростков развита волевая саморегуляция, поэтому они в состоянии контролировать свое пищевое поведение. У подростков с низким уровнем саморегуляции преобладали один или несколько типов пищевого поведения, что может свидетельствовать о том, что их регуляция пищевого поведения обусловлена наличием каких-либо внешних факторов.

Ключевые слова: особенности пищевого поведения, саморегуляция, подростковый возраст

INTERRELATION OF FEATURES OF FOOD BEHAVIOR AND SELF-REGULATION AMONG TEENAGERS

Konstantinova Y. O.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences Associate Professor
Zapesotskaya I.V.**

Abstract. The article is devoted to the study of the relationship of voluntary self-regulation and a tendency to eating disorders in boys and girls aged 16-17 years. The aim of the study is to study the relationship of self-regulation with the characteristics of eating behavior among adolescents of senior school age. Object of study: the relationship of self-regulation with the characteristics of eating behavior. The following results were obtained: adolescents with a high level of self-regulation (questionnaire "Style of self-regulation of behavior" by V.I. Morosanova) do not have such eating disorders as anorexia, bulimia, compulsive overeating (diagnostic scale of eating disorders EDDS, Eat-26 questionnaire), and however, the prevailing type of eating behavior has not been identified (Dutch food behavior survey). This indicates that such adolescents have strong-willed self-regulation, so they are able to control their eating behavior. In adolescents with a low level of self-regulation, one or several types of eating behavior predominated, which may indicate that their regulation of eating behavior is due to the presence of any external factors.

Key words: features of food behavior, self-regulation, adolescence

В современном мире все сильнее прослеживается стремление девушек и юношей к идеальной внешности. Для многих юношей идеалом красивой фигуры является мускулистое, спортивное тело, для достижения которого они активно занимаются спортом, увеличивают физическую нагрузку, соблюдают

режим правильного питания [9; 10]. Для девушек же критериями идеальной фигуры является стройность, хрупкость, а источником таких стандартов выступают модели, актрисы, многие из которых выглядят неестественно миниатюрно. Как бы нам не хотелось, но общество диктует определенные стандарты красоты по различным каналам СМИ [2]. К сожалению, многое из транслируемых в общество модных и современных стандартов красоты не является нормой для девушек. Особую значимость данная проблема приобретает в подростковом возрасте, когда увеличивается внимание к своему внешнему виду, фигуре [4].

Актуальность нашего исследования заключается в том, что несоответствие собственного телосложения с идеалом заставляет подростков использовать различные способы для достижения потребности понравиться себе в зеркале. Иногда такое стремление становится нездоровым, выходит чуть ли не на первое место, и девушка уже не может не думать о чем-то другом, лишь об идеальной внешности [9]. Для достижения этого утрированного уже желания подросток использует столь кардинальные методы, как соблюдение жесточайших диет, когда количество потребляемых калорий не достигает даже стандартного минимума, или же вызывание рвоты после приема пищи.

Особенностью нарушения пищевого поведения (НПП) является нарушение саморегуляции, как способности произвольно овладевать своими эмоциями и поведением при реализации социально адекватных мотивов личности, опосредствовать сиюминутные побуждения, учитывая отдаленные последствия, соподчинять актуальные побуждения с имеющейся иерархией мотивов личности [6].

Саморегуляция занимает крайне важное место в жизни людей. У человека нет иного пути удовлетворения своих потребностей и реализации идей, планов на различных уровнях потребностей, кроме постоянного осуществления различных отношений с действительностью. Эти отношения возможны благодаря функционированию психики, играющей роль своеобразного регулятора активности человека [5]. Это отчетливо проявляется в качестве осознанной саморегуляции. Регуляция – это общее свойство всей психической деятельности человека, которая связана с необходимостью приведения психического отражения мира человеком, его отношения к окружающей среде в наиболее полное соответствие с реальностью [1]. Важно понять, что термин «саморегуляция» означает направленность действия на того, кто его производит. В качестве объекта, на которого направлена регуляция, выступают его личные поступки и деятельность, осуществляемые им психические процессы [3]. Когда мы говорим о социальном поведении, в первую очередь мы учитываем способности человека эффективно реагировать в условиях, которые ему предъявляются в социальной ситуации. Здесь важно умение человека придавать своим действиям более глубокий смысл и уметь подчинять себе конкретную ситуацию [8]. Для людей с низким уровнем саморегуляции характерно снижение опосредствования побуждения к

контролю веса или употреблению пищи, изменение иерархии мотивов личности, впоследствии, – редукция мотивов личности и снижение их опосредующей поведение роли.

Интересен взгляд В.И. Моросановой на процесс саморегуляции. По ее мнению, реализация любого вида деятельности обеспечивается определенным контуром регуляции, характеризующимся специфическими для данного субъекта индивидуальными регуляторными особенностями. В этом смысле они являются регуляторными компонентами конкретной деятельности. В.И. Моросанова разработала опросник на саморегуляцию, в котором выделила определенные шкалы: «Планирование», «Моделирование», «Программирование», шкала «Оценивание результатов», «Гибкость», «Самостоятельность» [7].

Общий уровень саморегуляции характеризует общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека. Для испытуемых с высокими показателями общего уровня саморегуляции характерна осознанность и взаимосвязанность в общей структуре индивидуальной регуляции регуляторных звеньев. У испытуемых с низкими показателями по данной шкале потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения не сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей [6].

Проблема исследования: каковы особенности взаимосвязи саморегуляции с особенностями пищевого поведения среди подростков 16-17 лет.

Эмпирическая база исследования. Выборку исследования составили 31 ученик (13 учеников МБОУ средней общеобразовательной школы № 3 с углубленным изучением отдельных предметов; 18 учеников МБОУ средней общеобразовательной школы № 27 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла им. А. А. Дейнеки).

Методический инструментарий. В качестве методического инструментария были использованы следующие методики:

- Диагностическая шкала нарушений питания EDDS (Stice et al., 2000);
- Опросник для определения типа пищевого поведения (Grunert, 1989);
- Опросник Eat - 26 (отношение к приему пищи) (Ф. Зимбардо, 1979);
- Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова, 1990).

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 16-17 лет, согласно результатам «Опросника для определения типа пищевого поведения», были выявлены следующие типы пищевого поведения: у 10 опрошенных (32%) не выявлено ведущего типа ПП (норма), у 4 опрошенных наблюдается внешнеобусловленный тип (ВО) пищевого поведения (13%), у 8 человек ограничительный тип (ОГ), что составляет 26% и у 9 человек эмоциогенный тип (ЭО), что составляет 29%. Выделение данных типов пищевого поведения не является нарушением, так как результаты опросника показывают ведущий тип пищевого поведения, который выражен в большей степени.

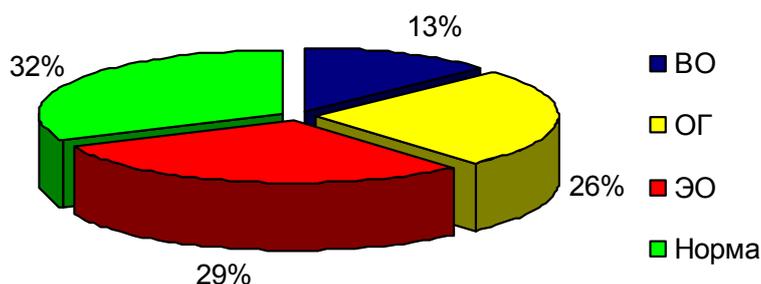


Диаграмма 1. Типы ведущего пищевого среди подростков

Согласно полученным результатам исследования можно сделать вывод о том, что у большинства испытуемых (32%) типы ПП выражены примерно в равной степени, что является примером нормального пищевого поведения. Среди преобладающих типов ПП в большей степени выражен эмоциогенный тип пищевого поведения (61%), то есть эмоциональная обусловленность потребления пищи. Это означает, 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. На втором месте по распространенности находится ограничительный тип поведения (26%). Данный тип пищевого поведения свидетельствует о том, что человек начинает ограничивать себя в пище, когда достигает биологически обусловленный уровень насыщения. Внешнеобусловленный тип пищевого поведения выражен несколько слабее, чем предыдущие, но также есть испытуемые, у которых данный тип пищевого поведения является доминирующим. Для такого типа характерно поглощение пищи, руководствуясь ее видом и запахом. При этом человек может пренебрегать своими внутренними сигналами организма о том, что чувство голода на данный момент отсутствует.

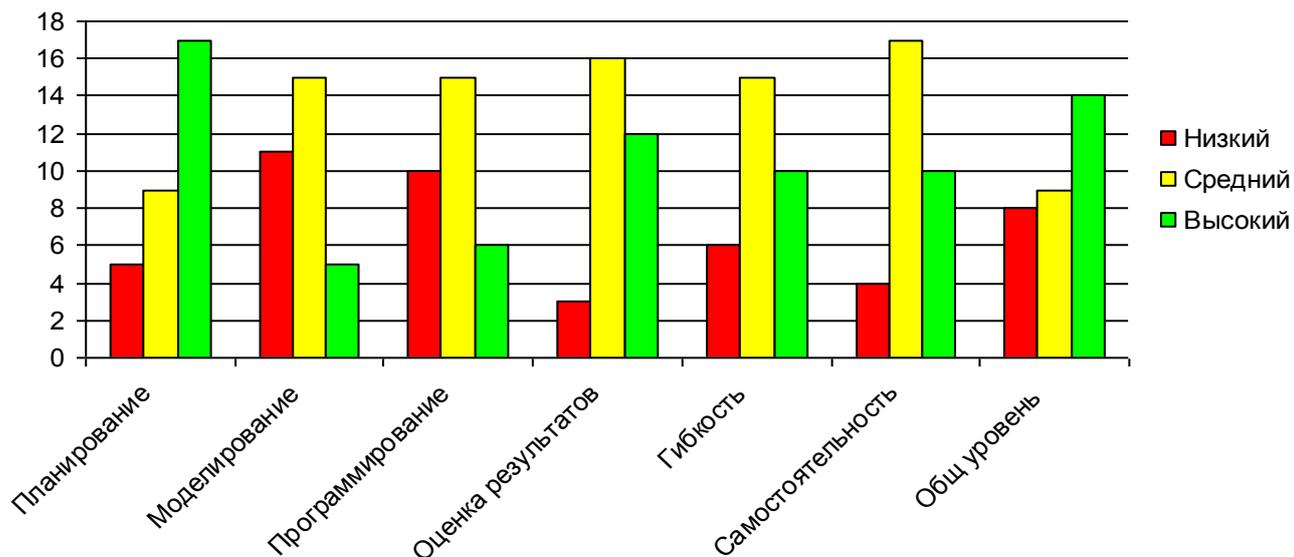


Диаграмма 2. Результаты опросника на саморегуляцию

По результатам опросника «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой можно сделать следующие выводы: наиболее высокие результаты обнаружены по шкале «Планирование», что свидетельствует о том, что у человека сформированы потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей, о детализации и развернутости разрабатываемых программ. Так же достаточно высокие результаты набраны по шкале «Оценка результатов», что означает, что у многих учащихся 10 класса развита адекватная самооценка, сформирована устойчивость субъективных критериев оценки результатов, они адекватно оценивают как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины, гибко адаптируясь к изменению условий.

Наибольшее количество низких результатов было выявлено по шкале «Моделирование», что говорит о неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что проявляется в фантазировании, которое может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию ситуации, последствиям своих действий. Часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации, они не всегда замечают изменение ситуации, что также часто приводит к неудачам. Так же большое количество низких показателей было набрано по шкале «Программирование», что свидетельствует о неумении и нежелании человека продумывать последовательность своих действий. Такие люди предпочитают действовать импульсивно, они не могут самостоятельно сформировать программу действий, часто сталкиваются с неадекватностью полученных результатов целям деятельности и при этом не вносят изменений в программу действий, действуют путем проб и ошибок.

Стоит отметить, что среди учеников 10 класса преобладает высокий общий уровень саморегуляции, это значит, что большинство учащихся

являются самостоятельными, гибко и адекватно реагируют на изменение условий, выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной регуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее его успехи в привычных видах деятельности.

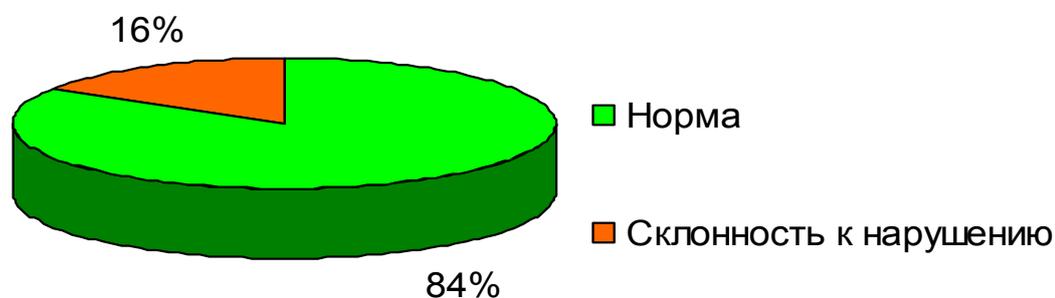


Диаграмма 3. Результаты опросника Eat – 26

По результатам опросника Eat – 26 (отношение к приему пищи) можно сделать вывод о том, что у подавляющего большинства учащихся (26 человек, 84%) не выявлено никаких типов нарушения пищевого поведения. Данные результаты свидетельствуют о том, что в выбранных для исследования классах не развита проблема нарушения пищевого поведения. Лишь у 5 человек (16%) есть небольшая выраженность нарушения пищевого поведения по типам склонности к компульсивному перееданию (3 человека), склонности к анорексии (1 человек), склонности к булимии (1 человек). Результаты диагностической шкалы нарушений питания EDDS.

Можно проследить определенную взаимосвязь между саморегуляцией и типом пищевого поведения среди школьников 10 классов. У подростков с высокими показателями по шкалам саморегуляции поведения не наблюдается склонности к нарушению питания, выраженность их типа пищевого поведения (ЭО, ОГ, ВО) не выходит за границы нормы. В то время как у учащихся с низкими показателями по шкалам саморегуляции поведения существуют определенные типы пищевого поведения, которые выражены сильнее нормы, что влечет за собой такие нарушения как анорексия (при чрезмерной выраженности ограничительного типа поведения), булимия или ожирение

(при преобладании эмоциогенного или внешнеобусловленного типа пищевого поведения).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что наша гипотеза о существовании взаимосвязи между саморегуляцией с особенностями пищевого поведения оказалась верна. Действительно, от уровня саморегуляции человека не может зависеть его отношение к пище, предпочитаемые блюда и тому подобное, но существует взаимосвязь с типом пищевого поведения и избираемой стратегии принятия пищи, что в последствии формирует здоровое или нездоровое пищевое поведение.

Список литературы

1. Бубенко В.Ю., Козлов В.В. Саморегуляция: виды и содержание // Проблемы психологии и эргономики. –2003. –№1. – С.18-21.
2. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция/ Т. Г. Вознесенская // Фармак.– № 12.– 2009. – С. 91-94.
3. Запесоцкая И.В. Особенности конфликтных ситуаций и стратегий их преодоления в подростковом возрасте диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Москва, 2006
4. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. – М., 1980. – 256с.
5. Краснопёрова Н.Ю. Пищевая аддикция и нарушения пищевого поведения: Современный взгляд на проблему. Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – М.: Просвещение, 2014. – 247 с.
6. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса, Изд. «Сентябрь», СПб., 2001. – 198 с.
7. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. –2002. –№6. – С.19-27.
8. Погожева А.В. Основные нарушения пищевого поведения и их коррекция. Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15. № 4. С. 87-90.
9. Прокофьев Л.Е. Основы психологической саморегуляции. СПб.: Изд-во “Лань” 2003. –329 с.
10. Семина Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у школьников и студенток. Вестн. СибГМУ. – 2000. – С. 81-82.

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ФАКТОРА ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ В НАРУШЕНИИ ОБОБЩАЮЩЕЙ ФУНКЦИИ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

Коробкин Н.Э.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Научный руководитель: д.психол.н., профессор Никишина В.Б.

Аннотация. В данной работе произведен теоретико-методологический анализ влияния фактора локализации очага поражения в нарушении обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК. Пациенты с поражением ассоциативной теменной доли могут составить общий план решения задачи, сохраняют общую схему рассуждений. Для пациентов с поражением префронтальной лобной коры характерно соскальзывание на посторонние связи.

Ключевые слова: ОНМК, инсульт, обобщающая функция мышления.

**CONCEPTUAL MODELING AND METHODOLOGICAL
ANALYSIS OF THE PROBLEM OF THE LOCALIZATION FOCUS
FACTOR IN THE DISORDERS OF THE GENERALIZING FUNCTION OF
THINKING IN PATIENTS WITH A GENERAL DISORDER OF
CERVICAL CIRCULATION**

Korobkin N.E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences, Professor Nikishina V.B.

Abstract. A theoretical and methodological analysis of the influence of the localization factor of the lesion in violation of the generalizing function of thinking in patients with stroke is performed in this work. Patients with a lesion of the associative parietal lobe can draw up a general plan for solving the problem, preserve the general scheme of reasoning. Patients with lesions of the prefrontal frontal cortex are characterized by slipping on foreign connections.

Key words: general cerebrovascular accident, stroke, generalizing function of thinking.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) представляет собой существенную медицинскую и психосоциальную проблему. На данный момент, это одна из основных причин смертности, инвалидизации и длительной нетрудоспособности в обществе [3]. Возникает актуальная задача по разработке и совершенствованию методов психо-социальной адаптации и реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

В данной работе, подход к пониманию обобщающей функции мышления осуществляется с позиции научного материализма. В качестве методологического основания концептуальной модели, в рамках системно-динамического подхода были отобраны следующие принципы: 1. принцип системной локализации. Он находит свое проявление в том, что для реализации функции обобщения требуется совместная работа различных мозговых структур. В частности, важна работа лобно-теменной сети. 2. Принцип «функциональной многозадачности». Данный принцип реализуется при учете нарушенных и сохранных звеньев обобщающей функции мышления для компенсации дефекта, за счет сохранных структур. Хомская Е.Д. выдвинула следующие положения: принцип обязательного участия лобных префронтальных отделов коры больших полушарий в мозговом обеспечении высших психических функций. В данном случае, при поражении лобных долей может нарушаться процесс инициации функции обобщения, вплоть до ее полного выпадения.

В качестве методологических оснований данной работы были также взяты принципы теории функциональных систем Анохина П.К. и Судакова К.В. Данные авторы, в качестве центральной категории своей теории используют такое понятие, как «функциональная система» [1]. Для реализации обобщающей функции мышления происходит объединение морфологических структур, в зависимости от условий задачи. Следующий, «мультипараметрический» принцип был предложен Судаковым К.В. Он характеризуется тем, что изменение какого-либо параметра функциональной системы с неизбежностью влечет за собой не только изменения в ней самой, но непременно сказывается на актуализации и результативности других функциональных систем [6]. Методологическим основанием данной работы также послужили принципы системно-селективной теории Дж. Эдельмана:

1. «нейроны в головном мозге когнитивно или поведенчески специализированы». 2. «используй или потеряешь». 3. «работающие вместе, связываются вместе» [7].

Нами был осуществлен морфо-функциональный анализ, по итогам которого выполнено визуальное изображение системы нейронных связей обеспечивающих функционирование обобщающей функции мышления (см. рис.1) [2; 4].

Проблема исследования: выступает ли локализация очага поражения фактором нарушения обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК. Объект: нарушение обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК. Предмет: фактор локализации очага поражения при обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК.

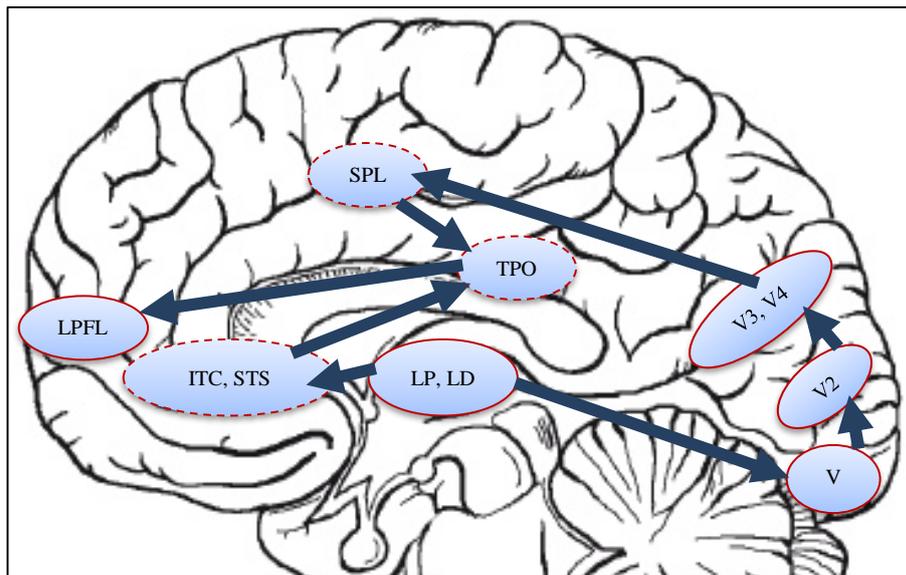


Рис.1. Морфо-функциональное основание осуществления функции обобщения

Цель: выявить роль фактора локализации очага поражения в нарушении обобщающей функции мышления у пациентов с префронтальной и теменной локализацией ОНМК по ишемическому типу. Задачами являются: 1. проведение теоретико-методологического анализа категории «обобщающая функция мышления», построение концептуальной модели на основании данного анализа. 2. Осуществление исследования обобщающей функции мышления у пациентов с теменной локализацией ОНМК по ишемическому типу. 3. Осуществление исследования обобщающей функции мышления у пациентов с префронтальной локализацией ОНМК по ишемическому типу. 4. Сравнение особенностей обобщающей функции мышления у пациентов с лобной и теменной локализацией ОНМК по ишемическому типу. 5. Разработка восстановительной программы для пациентов с ОНМК

Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что у пациентов с префронтальной локализацией ОНМК по ишемическому типу функция обобщения будет осуществляться по несущественному или функциональному признаку, при этом, пациентов с теменной локализацией ОНМК по ишемическому типу способность выделить существенный признак может быть сохранна.

При формировании концептуальной модели нашего исследования, мы также учитывали положения Лурия А.Р. о нейропсихологических синдромах при поражении префронтальных и теменно-затылочных отделов головного мозга.

При поражении теменно-затылочных отделов коры головного мозга могут наблюдаться существенные нарушения в «синтезе отдельных элементов в одновременные группы». Эти нарушения приводят к значительным

изменениям в зрительном восприятии, пространственной ориентации, функции пространственного анализа и синтеза Пациенты с данной локализацией поражения хорошо справляются с отвлеченными операциями, основанными на абстрактных понятиях. Пациенты этой группы, усвоив условия задачи, могут составить общий план ее решения, и не смотря на затруднения в отдельных логико-грамматических или счетных операциях, сохраняют общую схему рассуждений [5].

Поражение лобных отделов мозга проявляется в нарушении системы предварительных синтезов и речевых связей, которые регулируют дальнейшее протекание психических процессов. Это сказывается на мыслительной деятельности пациента и приводит к глубокому распаду динамики мыслительных процессов. У таких пациентов нарушается целостная система, необходимая для решения задачи и опирающаяся на последовательное выполнение необходимых операций. Без четкой иерархичной структуры, пациент вынужден опираться на изолированные, фрагментарные связи, которые не приводят к решению задания. Таким образом, для поражения лобных долей мозга характерно соскальзывание на посторонние связи. На основании данного анализа была построена концептуальная модель исследования (см. рис.2).

Таким образом, в ходе проведенного теоретико-методологического анализа было установлено, что проблема нарушения мышления у пациентов с ОНМК изучалась в отечественной психологии в рамках системно-динамической парадигмы А.Р. Лурия и Хомской Е.Д., в теории функциональных систем Анохина П.К., Судакова К.В., а в зарубежной психологии в рамках системно – селективной теории Дж. Эдельмана.

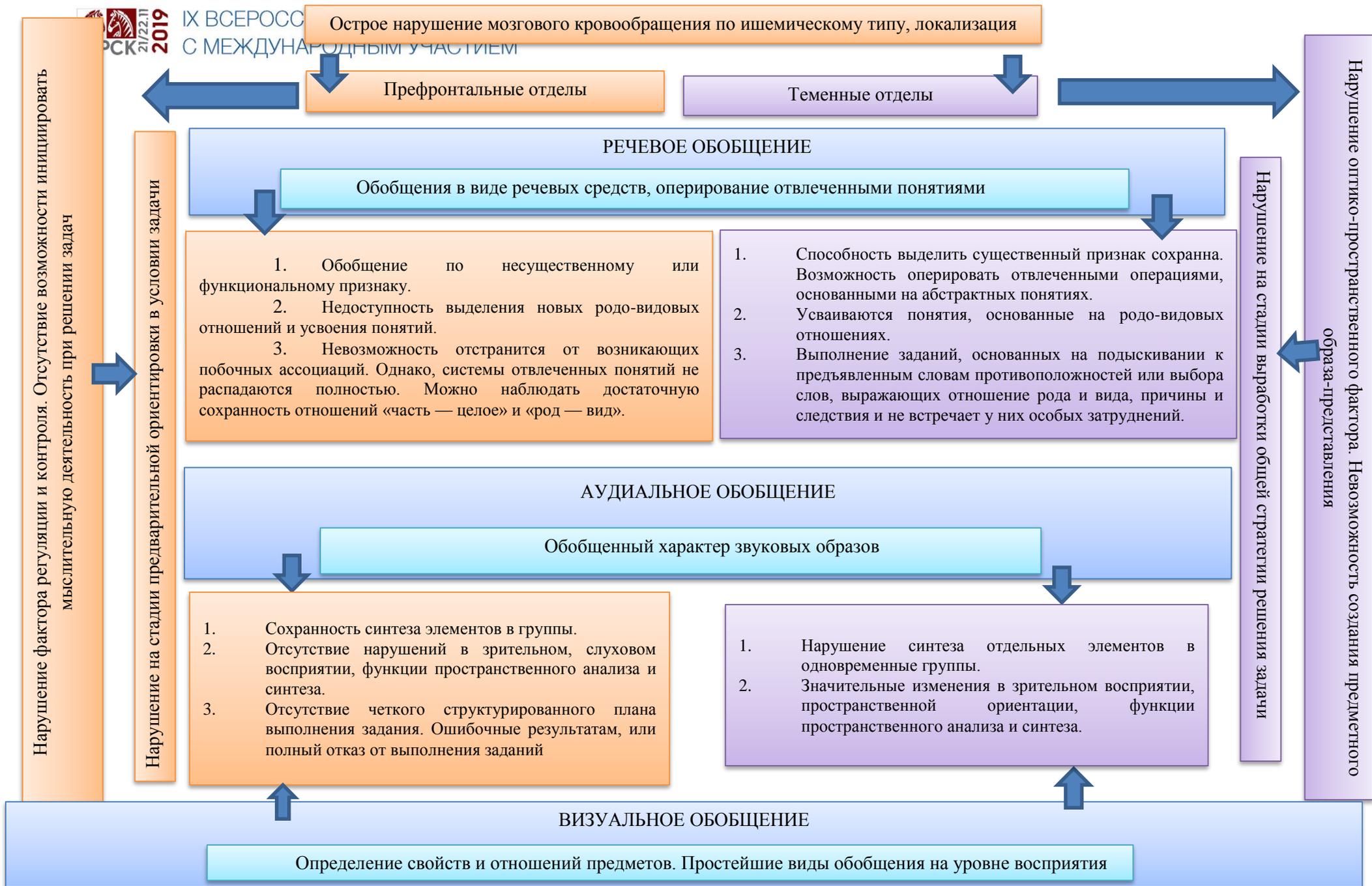


Рис.2. Концептуальная модель роли фактора локализации очага поражения в нарушении обобщающей функции мышления у пациентов с ОНМК.

Список литературы

1. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы системной организации функций. – М.: Наука. – 1973. – С. 5-61.
2. Ефремова Н. А., Тошио И. Модель зрительной коры головного мозга для распознавания и классификации образов // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2013. – №. 1. – С. 55-62.
3. Зоричева С.И., Медведева Е.Н. клинический опыт наблюдения за больными после перенесенного ОНМК на этапе реабилитации в санаторных условиях // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 1. – С. 33-34.
4. Мачинская Р. И. Управляющие системы мозга // Журнал высшей нервной деятельности им. ИП Павлова. – 2015. – Т. 65. – №. 1. – С. 33-33.
5. 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.
6. Судаков К. В. Функциональные системы организма // Наука в России. – 2003. – №. 2. – С. 14-17.
7. Edelman G. Second Nature: Brain Science and Human Knowledge. Yale University Press: 2006. – 203 p.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСНОВАНИЯ АНТИЦИПАЦИОННО-
ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ**

Краснов В.С.

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

Научный руководитель: д.психол.н., профессор Никишина В.Б.

Аннотация. В настоящей работе представлены результаты современных зарубежных исследований по проблеме изучения роли конкретных морфологических структур головного мозга в осуществлении функции предвосхищения. Проанализированы механизмы динамической нейрональной активности в момент произведения человеком различных форм антиципации и прогнозирования. На основе современных данных была охарактеризована

взаимосвязь в момент антиципационно-прогностической активности между следующими отделами головного мозга: префронтальный отдел лобной доли, премоторная и дополнительная моторная кора, теменно-затылочная кора, гиппокамп, мозжечок, базальные ганглии, поясная извилина, островковая доля.

Ключевые слова: антиципационно-прогностическая функция, нейрональная активность, морфофункциональная организация, головной мозг.

THEORETICAL ANALYSIS OF STUDIES ON THE MORPHOFUNCTIONAL BASIS OF ANTICIPATION-PROGNOSTIC FUNCTION

Krasnov V.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences, Professor Nikishina
V.B.**

Abstract. This work presents the results of modern foreign studies on the problem of studying the role of specific morphological structures of the brain in the implementation of anticipation functions. The mechanisms of dynamic neuronal activity at the time a person produces various forms of anticipation and prediction are analyzed. Based on modern data, the relationship at the time of anticipatory-prognostic activity between the following brain regions was characterized: the prefrontal frontal lobe, premotor and extra motor cortex, parieto-occipital cortex, hippocampus, cerebellum, basal ganglia, cingulate gyrus, islet lobe.

Key words: anticipation-prognostic function, neuronal activity, morphofunctional organization, brain.

Изучение вопроса, связанного с механизмом реализации прогностической функции, осуществлялось еще в период прошлого века в рамках отечественного психофизиологического подхода (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, В.М. Русалов).

Н.А. Бернштейн в основу реализации предвосхищения двигательных актов ставил динамику процесса встречи нервных потоков

от задней и передней областей головного мозга [2]. П.К.Анохин в качестве физиологического механизма прогнозирования называл процесс коллатерального возбуждения разных отделов мозга [1]. В.М. Русалов выявил положительную корреляцию дельта-ритма в лобной доле с процессом осуществления прогностической функции [5].

На сегодняшний день наиболее актуальны исследования, направленные на разработку и реализацию программ восстановления психических функций. Значимость данного теоретического анализа состоит в том, что данные о структурах функциональной системы антиципационно-прогностической функции делают возможным учет особенностей указанной функции при том или ином поражении головного мозга в процессе восстановления моторных функций [3,4,6].

Цель исследования: анализ современных представлений о морфологических мозговых структурах и физиологическом процессе осуществления антиципационно-прогностической функции.

Задачи: 1) выявление функций конкретных мозговых структур, участвующих в осуществлении антиципационно-прогностической функции; 2) анализ динамики нейрональной активности мозга при осуществлении предвосхищения.

Условия. Подборка литературы осуществлялась в системе «Web of science». Глубина информационного поиска: 10 лет. Ключевые слова при первичном анализе: а) «anticipation», «prediction», «planning»; б) «brain». Ключевые слова при вторичном анализе для отдельных подборок: а) «anticipation», «prediction», «planning»; б) Название определенной структуры.

Термин «предиктивный мозг» определяется в качестве способности мозга кодировать прогнозы на основе ранее усвоенной информации. Источники прогноза: а) сенсорная обработка внешних стимулов, б) консолидированные воспоминания, априорное ожидание, когнитивная схема. Последние формируют долговременные прогнозы [13].

Ключевая роль в прогнозировании в длительных временных масштабах отводится префронтальной коре и гиппокампу. Основными структурами формирования кратковременных ожиданий являются теменная и премоторная кора. Кроме того, на основе систематизации современных исследований выявлены связи прогнозирования с работой базальных ганглий, миндалина, островковой доли и передняя поясная извилина [9].

Гиппокамп представляет собой подкорковую структуру мозга, предполагающую конкретное направление активации его отделов во время прогнозирования знакомых ситуаций: СА3, СА1, субикулум, кора мозга. Данная структура осуществляет несколько функций при предвосхищении: 1) Прогнозирование за счет консолидированных воспоминаний. 2) Регистрация ошибки прогноза. Гиппокамп активируется при несоответствии стимула и прогноза о нем. Эта реакция выше при высокой степени подобия параметров прогноза и самого раздражителя. 3) Пространственное планирование. У пациентов с односторонним удалением гиппокампа наблюдается нарушение пространственного планирования при сохранном стратегическом прогнозировании (лобные отделы). Данная функция организуется совместной деятельностью гиппокампа с мозжечком. 4) Участие гиппокампа в эмоциональном прогнозировании аналогично миндалине – формирование прогноза нежелательных событий. Наблюдается повышение тета-ритма в условиях негативного прогноза и смешанный ритм в условиях низкой вероятности прогнозируемых событий [12].

Мета-анализ исследований, направленных на выявление мозговых структур, вовлеченных в эмоциональное прогнозирование, показал, что восприятие предсказуемых эмоциональных стимулов вызывает активацию в префронтальной коре, левой премоторной коре, миндалине, левой передней поясной извилине и правой парагиппокампальной извилине [19].

Непредсказуемые стимулы вызывают активацию в левой части островка и правой передней поясной извилины. Исследование позитронно-эмиссионной томографии выявило активность миндалины (больше левой) к сигналам, провоцирующим беспокойство. Выявлено, что повышение тревожности связано с нарушением функциональной взаимосвязи миндалины с дорсо-вентральной медиальной префронтальной корой. Орбитофронтальная кора подавляет активность миндалины для построения эффективной программы действий. Передняя поясная кора и гиппокамп на основе эпредсказаний, поддерживают динамическую настройку предпочтений ожидаемого стимула [20].

Ишемическое поражение в островке и вентромедиальной префронтальной коре приводит к нарушению модели принятия решений в условиях риска и неопределенности. При поражении островка - снижение регуляции поведения в результате неадекватной оценки ситуации. Поражение вентромедиальной префронтальной коры при

правильном понимании рисков влияет на снижение прогностической функции. Другие исследования показывают, что орбитофронтальная и вентромедиальная кора проявляют свою активность только при условии прогноза в условиях множественного выбора [17,18].

Неопределенность в ожидании последующих раздражителей приводит к активации полосатого тела. Выявлено, что при положительной активности гиппокампа наблюдается отрицательная активность стриатума. Вентральный стриатум формирует дискретную модель прогнозируемых событий и передает их в префронтальную кору для генерирования поведенческих стратегии и планирования. Дорсолатеральный стриатум получает информацию от сенсомоторной области коры, а дорсомедиальный стриатум от дорсолатеральной и медиальной префронтальной коры и передней поясной извилины, которые осуществляют высшие когнитивные и двигательные операции. На основе множественных анатомических связей полосатого тела с другими структурами головного мозга является возможным его включение в процесс построение моторных прогнозов.

Одной из основных современных гипотез является положение о том, что мозжечок участвует в предвосхищении стимулов и оценке ошибок сенсорного предсказания на основе их внутренних моделей. Оценка прогноза производится мозжечком с помощью информации от корковых сенсорных центров [14]. Мозжечок способствует генерации предсказаний характеристик стимулов различных сенсорных модальностей за счет кодирования временной связи между последовательными событиями.

Мозжечок являются одной из структур необходимой для предвосхищения биологических и небологических движений. Его повреждение влияет на способность распознавания простых последовательностей. Он также участвует в прогнозе событий, независимо, являются ли они сенсорными, поведенческими или моторными. Выявлено, что очаговое поражение мозжечка приводит к снижению точности синхронизации движений за счет увеличения изменчивости внутренней временной обработки. Связь мозжечка и лобно-теменных структур обеспечивает эффективное предвосхищение траектории движения объекта при сенсомоторном слежении [15].

Ингибирование определенных областей мозжечка в процессе осуществления прогностической функции привело к следующим выводам: снижение латеральной активности вызывает ухудшение

временных характеристик прогноза биологического движения при сохранности прогноза движения небиологических стимулов; задние области мозжечка преимущественно активизируются при построении последовательностей социальных действий; правые заднелатеральные отделы мозжечка участвуют в предиктивной языковой обработке [24].

Префронтальная кора обеспечивает способность планирования, в основе которого лежит функция прогнозирования. Выявлено, что инсульт лобной локализации, а именно префронтальной коры, в наибольшей степени влияет на возникновение ошибок формулирования планов действия на основе нарушения реляционного анализа на всех уровнях обработки информации. Специфическое снижение антиципации наблюдаются и при локализации очага за пределами лобной доли, связанное с конкретными областями мозга.

В ходе исследования активности областей префронтальной коры выявлено, что орбитофронтальная кора связана целеположением, она передает информацию в вентролатеральную область, которая переводит образ будущего результата в концепцию плана действия через дорсолатеральную кору. Выявлено также, что медиальная префронтальная кора кодирует количество действий, которые необходимо совершить для достижения цели. Наибольшая активность нейронов в вентролатеральной области возникает при формировании прогноза события. Формирование плана действий коррелирует с высокой активностью в обеих указанных областях. Была выявлена функциональная специализация левой и правой части дорсолатеральной коры. Она относится к факторам глубины поиска (правая доля) и иерархии целей (левая) при планировании. Специфика асимметрии дорсолатеральной коры наблюдается в степени снижения скорости и эффективности планирования: нарушение работы правой дорсолатеральной коры приводит к более грубым нарушениям прогнозирования (повышение речевой продукции при снижении способности планирования), чем при левополушарной локализации очага.

Префронтальная кора также участвует в осуществлении пространственного планирования за счет связи с гиппокампом, который передает информацию о пространственном расположении объектов для формирования эффективного маршрута, и в процессе регистрации ошибок прогноза [21].

При осуществлении планирования значимых для человека событий префронтальной корой задействуются регионы, участвующие в обработке вознаграждений. Выявлено, что венстролатеральная префронтальная кора играет решающую роль в формировании эмоционального предсказания. Считается, что данный участок мозга имеет прямые эфферентные связи с миндалиной и височной корой, что обеспечивает эффективное прогнозирование. Анализ функциональной активности подтвердил, что активация в медиальной префронтальной коре значительно коррелирует с двусторонней активностью миндалины. Повреждение венстромедиальной префронтальной коры приводит к низкой чувствительности пациентов к последствиям будущих событий, затруднению в принятии решения.

При нарушении префронтального отдела в качестве компенсаторного механизма может быть активирована активность сенсомоторной оценки движений для их коррекции [11,24].

Упреждающая моторная деятельность широко изучена в задачах с задержкой сенсорного стимула. Во время задержки нейроны в лобной и теменной коре проявляют активность задолго до возникновения стимула (60% нейронов моторной и премоторной коры). Подобная активность также присутствует в теменной коре, стриатуме, верхнем двухолмии, таламусе и мозжечке. Помимо моторной коры в осуществлении моторного и пространственного прогнозирования также играет ключевую роль теменная доля. Исследования показывают, что левая теменная кора связана с опережающим моторным управлением движений, а левая нижняя теменная доля участвует в планировании собственных и чужих объектно-ориентированных действий. Очаговое поражение теменной коры снижает способность контроля фаз планирования собственных и прогнозирования чужих действий [11].

Моторное планирование подразумевает следующий механизм реализации: виртуальный план действия из дорсолатеральной префронтальной коры переводится в моторный план действий дорсальной премоторной корой, а теменная доля участвует в подготовке осуществляемого движения и его коррекции. Создание образа для прогнозирования будущего осуществляется работой височно-теменного соединения [22,25].

Различие в активности мозговых структур при предъявлении инструкции на пространственную и моторную антиципацию показало активность разных нейронных сетей. Пространственное прогнозирование

активирует дополнительную моторную, вентральную премоторную и теменную кору. Моторное прогнозирование задействует всю область АОН. Таким образом, премоторная кора - нейронный коррелят прогнозирования динамических событий при отслеживании передвижения одного или нескольких объектов. Помимо моторных областей в момент слежения также активны затылочно-височная, теменная и лобная префронтальная кора [7].

В недавних исследованиях была опровергнута гипотеза влияния апроксии на способность предвосхищения результатов собственных действий. Нарушение моторного планирования были обнаружены на ранней стадии развития лобно-височной дегенерации (FTLD) [10].

Мета-анализ в рамках прогнозирования движений спортивными экспертами и новичками показал повышенное влияние задачи на активацию левой нижней теменной извилины в первой группе и активность краевой извилины в группе новичков. Наибольшая эффективность моторного прогноза имеет отношение к действиям, которые человек способен выполнить самостоятельно. Исследования показывают, что для прогнозирования динамики действий других людей требуется сохранность дорсальной премоторной коры. Влияние ТМС на эту область снижает эффективность моторных прогнозов, которые зависят от прошлого опыта и усвоенных навыков. Подобное действие в верхней височной коре снижает прогностические способности вне зависимости от двигательных навыков. В то же время, действие ТМС в разные периоды времени при формировании прогноза исходов биологических действий выявило, что левая премоторная кора влияет только на инициацию антиципирующих систем. Нарушения программы прогнозирования относятся к действию раннего ТМС (активности в области премоторной коры). При позднем воздействии ТМС ошибки прогнозирования снижаются в результате перехода сформированной программы в дополнительную моторную кору. Было показано, что молодые спортсмены при осуществлении прогнозирования выученных действий основываются на модели собственной кинетики. В то же время спортсмены пожилого возраста анализируют визуальную динамику действий и ее контекст [8].

Результатом прогнозирования является повышение активности нейронов в первичных зонах коры сенсорных систем. Эта реакция направлена на увеличение скорости и точности последующих действий при появлении раздражителя. Влияние антиципирующего эффекта на

указанные области вызывает подавление диапазона бета-колебаний. По отношению к слуховой системе были обнаружены нейронные ансамбли в слоях L2, L3, L4 и L5, которые активировались по отношению к ожидаемым звуковым событиям после ритмической стимуляции. Оптогенетические эксперименты выявили важную роль данной активности в формировании упреждающего поведения [16,23]. Эти результаты убедительно свидетельствуют о том, что первичные поля сенсорной коры имеют решающее значение для кодирования прогнозируемых параметров стимула.

Результаты: 1) На основе проведенного анализа были выявлены множественные морфологические структуры мозга, которые отвечают за осуществление прогностической функции: префронтальная кора лобной доли, премоторная, премоторная и дополнительная моторная кора, теменная доля, мозжечок, гиппокамп, базальные ганглии, островковая доля.

2) В ходе анализа выделены несколько форм прогностической функции. Моторная форма - планирование действия, предвиденье движений других. Пространственно-временная - оценка параметров среды - скорости, темпа, расстояний. Эмоциональная - эмоциональная оценка вероятности наступления события. Семантическая форма - предвосхищение смысла речевого сообщения. Сенсорная форма - сенсорное ожидание события.

3) Различные отделы префронтальной коры участвуют в осуществлении отдельных прогностических функций. Орбитофронтальная область – интеграция сигналов от группы мозговых структур, участие в целеполагании. Вентролатеральная префронтальная кора отвечает за формирование образа будущего результата. Дорсолатеральная область - составление плана действий. Медиальная и вентромедиальная префронтальная кора – эмоциональное прогнозирование при множественном выборе. Островковая доля - оценка вероятности неблагоприятного исхода ситуации. Общей функцией префронтальной коры является идентификация и реагирования на ошибку предсказания. Гиппокамп включен в осуществление нескольких видов предвосхищения: мобилизация следов памяти для прогнозирования, поддержание пространственного прогноза, фиксация ошибки предвосхищения, эмоциональное прогнозирование. Миндалина задействуется при ожидании негативных событий. Дорсальная и

вентральная премоторная кора, дополнительная моторная кора и теменная доля отвечают за реализацию сенсомоторной антиципации.

4) Зарубежными исследователями выявлена зависимость, при которой человек может решать задачу прогнозирования за счет разных морфофункциональных систем мозговых структур.

Список литературы

1. Анохин П.К. Избранные труды: Кибернетика функциональных систем / Под ред. К.В. Судакова. Сост. В.А. Макаров. — М.: Медицина, 1998. - 400 с.
2. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность. М.: Наука, 1990. - 499 с.
3. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Никишин И.И. Программно-аппаратный комплекс компьютерного зрения в восстановительном обучении пациентов, перенесших ишемический инсульт [Текст] / В. Б. Никишина, Е. А. Петраш, И. И. Никишин // Медицинская техника. - 2019. - № 1. - с. 32-37.
4. Никишина В.Б., Петраш Е.А., Шутеева Т.В., Стороженко М.В., Савостиков В.А. Формирование навыков самообслуживания в программе восстановительного обучения пациентов молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения [Текст] / В. Б. Никишина [и др.] // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". - 2018. - № 1. - С. 47-53.
5. Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. – М.: Наука, 1979. – 352 с.
6. Шутеева Т.В., Никишина В.Б., Петраш Е.А., Черняховский О.Б. Автоматизация мелкомоторных действий в функциональном обучении пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2019;(2). С. 39-50.
7. Balsler, N., Lorey, B., Pilgram, S., Stark, R., Bischoff, M., Zentgraf, K., ... Munzert, J. (2014). Prediction of human actions: Expertise and task-related effects on neural activation of the action observation network. *Human Brain Mapping*, 35(8), 4016–4034. doi:10.1002/hbm.22455
8. Brich, L. F. M., Bächle, C., Hermsdörfer, J., & Stadler, W. (2018). Real-Time Prediction of Observed Action Requires Integrity of the Dorsal Premotor Cortex: Evidence From Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12. doi:10.3389/fnhum.2018.00101

9. Bubic A., von Cramon D.Y. and Schubotz R.I. (2010) Prediction, cognition and the brain. *Front. Hum. Neurosci.* doi: 10.3389/fnhum.2010.00025
10. Coppe, S., Orban de Xivry, J.-J., Yüksel, D., Ivanoiu, A., & Lefèvre, P. (2012). Dramatic impairment of prediction due to frontal lobe degeneration. *Journal of Neurophysiology*, 108(11), 2957–2966. doi:10.1152/jn.00582.2012
11. Gerlach, K. D., Spreng, R. N., Madore, K. P., & Schacter, D. L. (2014). Future planning: default network activity couples with frontoparietal control network and reward-processing regions during process and outcome simulations. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(12), 1942–1951. doi:10.1093/scan/nsu001
12. Kok, P., & Turk-Browne, N. B. (2018). Associative Prediction of Visual Shape in the Hippocampus. *The Journal of Neuroscience*, 38(31), 6888–6899. doi:10.1523/jneurosci.0163-18.2018
13. Koster-Hale, J., & Saxe, R. (2013). Theory of Mind: A Neural Prediction Problem. *Neuron*, 79(5), 836–848. doi:10.1016/j.neuron.2013.08.020
14. Leggio, M., & Molinari, M. (2014). Cerebellar Sequencing: a Trick for Predicting the Future. *The Cerebellum*, 14(1), 35–38. doi:10.1007/s12311-014-0616-x
15. Leggio, M., & Molinari, M. (2014). Cerebellar Sequencing: a Trick for Predicting the Future. *The Cerebellum*, 14(1), 35–38. doi:10.1007/s12311-014-0616-x
16. Li, J., Liao, X., Zhang, J., Wang, M., Yang, N., Zhang, J., ... Chen, X. (2017). Primary Auditory Cortex is Required for Anticipatory Motor Response. *Cerebral Cortex*, 27(6), 3254–3271. doi:10.1093/cercor/bhx079
17. Oldham, S., Murawski, C., Fornito, A., Youssef, G., Yücel, M., & Lorenzetti, V. (2018). The anticipation and outcome phases of reward and loss processing: A neuroimaging meta-analysis of the monetary incentive delay task. *Human Brain Mapping*, 39(8), 3398–3418. doi:10.1002/hbm.24184
18. Oldham, S., Murawski, C., Fornito, A., Youssef, G., Yücel, M., & Lorenzetti, V. (2018). The anticipation and outcome phases of reward and loss processing: A neuroimaging meta-analysis of the monetary incentive delay task. *Human Brain Mapping*, 39(8), 3398–3418. doi:10.1002/hbm.24184
19. Ran, G., Cao, X., & Chen, X. (2018). Emotional prediction: An ALE meta-analysis and MACM analysis. *Consciousness and Cognition*, 58, 158–169. doi:10.1016/j.concog.2017.10.019

20. Ran, G., Chen, X., Zhang, Q., Ma, Y., & Zhang, X. (2016). Attention Modulates Neural Responses to Unpredictable Emotional Faces in Dorsolateral Prefrontal Cortex. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. doi:10.3389/fnhum.2016.00332
21. Simon, N. W., Wood, J., & Moghaddam, B. (2015). Action-outcome relationships are represented differently by medial prefrontal and orbitofrontal cortex neurons during action execution. *Journal of Neurophysiology*, 114(6), 3374–3385. doi:10.1152/jn.00884.2015
22. Svoboda, K., & Li, N. (2018). Neural mechanisms of movement planning: motor cortex and beyond. *Current Opinion in Neurobiology*, 49, 33–41. doi:10.1016/j.conb.2017.10.023
23. Van Ede, F., de Lange, F. P., & Maris, E. (2013). Anticipation Increases Tactile Stimulus Processing in the Ipsilateral Primary Somatosensory Cortex. *Cerebral Cortex*, 24(10), 2562–2571. doi:10.1093/cercor/bht111
24. Van Overwalle, F., Van de Steen, F. & Mariën, P. *Cogn Affect Behav Neurosci* (2019) 19: 211. <https://doi.org/10.3758/s13415-018-00659-y>
25. Yomogida, Y., Sugiura, M., Akimoto, Y., Miyauchi, C. M., & Kawashima, R. (2014). The Neural Basis of Event Simulation: An fMRI Study. *PLoS ONE*, 9(5), e96534. doi:10.1371/journal.pone.0096534

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВРАЧА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНСА (НА ПРИМЕРЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ)

Кретьова Я.В.

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

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. Данная статья посвящена рассмотрению проблемы комплаенса в процессе построения лечебного процесса. Указаны причины, по которым пациенты так или иначе не соблюдают лечение, назначенное врачом. Даны советы по ведению диалога врача с пациентом. Определены способы по контролю за выполнением пациентами режима терапии. Продемонстрировано то, как оказывает влияние

профессионально-личностных особенностей врача на формирование комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, отношение к болезни, режим терапии, медицинские рекомендации, терапевтическое сотрудничество.

INFLUENCE OF PROFESSIONAL-PERSONAL FEATURES OF A DOCTOR ON THE FORMATION OF COMPLIANCE (ON THE EXAMPLE OF CANCER PATIENTS)

Kretova Y.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor Nedurueva T.V.

Abstract. This article is devoted to the consideration of the problem of compliance in the process of building the healing process. The reasons for why patients in one way or another do not follow the treatment prescribed by the doctor are indicated. Tips are given for dialogue between the doctor and the patient. Methods for monitoring the implementation of the treatment regimen by patients are determined. It demonstrates how the influence of professional and personal characteristics of the doctor on the formation of compliance.

Key words: compliance, attitude to the disease, treatment regimen, medical recommendations, therapeutic cooperation.

Термин «комплаенс» описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарственных средств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни (терапевтического поведения больных) [2; 3].

В последнее время комплаенс начинают понимать как нечто большее, чем поведение, соответствующее предписаниям врача. Недавно ему было дано определение как активному, намеренному и ответственному процессу, в котором индивид заботится о поддержке своего здоровья и тесном сотрудничестве с представителями здравоохранения [2; 3].

Показатели комплаенса складываются из двух признаков: качество выполнения рекомендаций и непрерывность курса лечения.

Несоблюдение комплаенса приводит к серьёзным медицинским последствиям:

1. Получение неполного эффекта от терапии.

2. В результате, врач пересматривает схемы лечения (в случае переоценки им дисциплинированности больного в выполнении рекомендаций).

3. Разочарование врача в успехе лечения и появление мнения о «бесперспективности» больного.

4. Дискредитирование в глазах пациента системы здравоохранения.

Далее речь пойдёт о терапевтическом сотрудничестве. Оно характеризует не только правильность соблюдения больными назначенного лечения, но и их взаимоотношение с медицинскими учреждениями и врачами, т.е. это говорит о наличии у них желания посещать больницы и о доверительном отношении к медицинским специалистам. Отсутствие терапевтического сотрудничества является одной из причин несоответствия данных об эффективности лекарственных средств, полученных в строго спланированных исследованиях, и результатов лечения, наблюдающихся в условиях повседневной клинической практики [3].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации [2].

Качество медицинской помощи оценивается на основании беседы врача с пациентом. В таком случае врач является посредником между пациентом и назначенной ему терапии [1].

Ключевым фактором, от которого будет зависеть соблюдение пациентом режима лечения, будет являться то, какие действия врач будет совершать по отношению к пациенту. Для получения полноценного комплаенса недостаточно только одного понимания со стороны больного, необходимо и вдумчивое отношение самого врача ко всем концепциям лечебно-диагностического процесса [1].

Терапевтическое сотрудничество формируется легче, если общение врача и больного построено на уважении, доверии и партнерстве [3].

В ряде публикаций, посвящённых данному вопросу, особо подчёркивается необходимость правильно разговаривать с пациентом [5].

Разбирая данный вопрос на примере онкологических больных, Высшая школа онкологии выделяет следующие пункты по тому, как необходимости вести диалог врача-онколога с пациентом [4; 6].

1. Установка доверительного контакта. Целью является то, чтобы пациент сам пошел на разговор. Не стоит сразу говорить о том, какой у него сложный или смертельный диагноз.

2. Понимание того, что сейчас происходит в голове у пациента и какое представление у него уже имеется или сложилось во время беседы с вами о его болезни. Это является важным критерием, так как на этом этапе уже могут возникать разногласия. Пациент должен чётко понимать и знать как можно больше о своём заболевании.

3. Необходимо узнать, чего же от вас хочет слышать пациент. Это проявляется не в том смысле, что вы должны озвучивать только хорошие новости. Пациент должен первым проявить инициативу и спросить, что от вас как врача требуется и в каком объёме.

После необходимо проконтролировать то, какая у вас сложилась обратная связь. Важно убедиться, что пациент вас правильно понял.

Немаловажным фактором так же является личность самого врача. В этом случае идёт обсуждение на тему профессионального выгорания, в результате которого врач независимо от себя не поддерживает и находится в скрытой оппозиции по отношению к пациенту относительно соблюдения его режима терапии [1].

Ранее для проверки пациентов проводили опросы, но в скором времени выяснили, что этот метод является неэффективным, так как не все отвечают на поставленные вопросы честно. Такое поведение пациентов может быть связано с их нежеланием так открыто демонстрировать то, что их взгляды на лечение расходятся с точкой зрения врачей. Здесь встаёт вопрос, как же всё-таки производить контроль пациента за выполнением назначенного лечения. Наверное, самым действенным способом будет являться регулярный осмотр и проведение лабораторных анализов.

С целью улучшения соблюдения пациентами режима лечения необходимо находиться в постоянном взаимоотношении с другими врачами, не только с лечащим. Чем больше будет включено специалистов разных профилей, с которыми будет возможность обмениваться информацией как в письменной, так и в устной форме, тем увеличивается возможность оценивать изменения состояния пациента.

Эта проблема является весьма актуальной, поэтому можно наблюдать большое количество разнообразных статей. Несмотря на это, количество пациентов, осуществляющих некомплаентное поведение, не уменьшилось.

Список литературы

1. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф.Р. Банщиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева – 2006. – № 4 . – С. 8-12.
2. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия . – 2008 . – № 1. – С. 13-20.
3. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Д.С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4-12.

4. Запесоцкая И.В. Социально-психологические детерминанты копинг-поведения онкологических больных (на примере больных раком молочной железы) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. –2016. –№ 1 (11).
5. Крупицкий Е.М. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии / Е.М. Крупицкий, А.В. Борцов // Обозрение психиатр. и мед. психол. – 2005. – № 2 . – С. 4-9.
6. Lazarenko V.A., Nikishina V.B., Molchanova L.N., Nedurueva T.V. Structural-phenomenological features of the internal picture of doctors' illnesses // Psychology in Russia: State of the Art. 2016. Т. 9. № 2. С. 4-14.

**БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИОННОЙ
АКТИВНОСТИ ПО ПРОБЛЕМЕ ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА
МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО
- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Кузминчук Д.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск,
Россия

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. Решением задачи теоретико-методологического анализа феномена схемы тела является изучение данной проблематики при помощи метода сравнительно – понятийного анализа, метода библиометрического анализа и тематического библиометрического анализа. Изучение понятия схемы тела имеет продолжительную, а определение данного понятия имеет разнообразные трактования с позиции различных подходов.

Ключевые слова: схема тела, библиометрический анализ, образ тела, тематический-библиометрический анализ, сравнительно – понятийный анализ.

**BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF PUBLICATION ACTIVITY ON THE
PROBLEM OF PECULIARITIES OF THE BODY SCHEME OF
YOUNGER TEENAGERS WITH DISTURBANCES OF THE
SUPPORT AND MOTOR APPARATUS**

Kuzminchuk D.E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. The solution to the problem of theoretical and methodological analysis of the body circuit phenomenon is to study this issue using the method of comparative conceptual analysis, the method of bibliometric analysis and thematic bibliometric analysis. The study of the concept of a body scheme has a lengthy period, and the definition of this concept has various interpretations from the perspective of various approaches.

Keywords: body scheme, bibliometric analysis, body image, thematic-bibliometric analysis, comparative - conceptual analysis.

Схема тела является базовой при формировании пространственного гнозиса и стратегий оптико-пространственной деятельности. Она выступает одним из главных условий адекватного самосознания человека, самоидентификации и средством объединения и интерпретации перцептивных образов, поступающих как из внутренней, так и с внешней среды [1; 3; 4; 5]. В этом и заключается актуальность изучения проблемы схемы тела.

Целью исследования является: проведение библиометрического анализа публицистической активности по проблеме схема тела.

Объектом исследования является схема тела. Глубина анализа составляет 10 лет: 2009 – 2019 гг.. Анализ проводился в русскоязычной научно - электронной библиотеки «eLIBRARY».

Анализ публикаций проводился в системе «eLIBRARY» [2] по ключевому слову «схема тела» в рубрике 15.00.00. («Психология»). Количество найденных публикаций составило 136. Можно выделить несколько наиболее активных авторов по данной проблематики: Хватов И.А, Харитонов А.Н. (10 публикаций) [6]; Соколов А.Ю. (9 публикаций); Никишина В.Б. (6 публикаций).

Динамика публикационной активности по феномену «схема тела» по годам (2009-2019 гг.) выявлен возрастающий уровень исследовательской активности в период с 2009 - 2019 года (см. табл. 1.)

В ходе проведения тематического библиометрического анализа по критерию исследования схемы тела у людей и животных получено: схема тела у людей изучалась в 111 статьях (85%) от общего числа публикаций в заданном ключевом выражении «схема тела» в период с 2009 по 2019 г.г., в рубрике 15.00.00. («Психология»).

Так же, исследование людей можно дифференцировать по возрастным периодам: взрослость – 49 статьи (36%), молодость – 26 статей (19%), юношеский возраст - 13 статьи (10%), подростковый возраст – 6 статьи (5%), младший школьный возраст - 22 статьи (16%), дошкольный возраст – 12 статьи (9%), 34 статьей (25%) не имеют возрастную дифференциацию.

Таблица 1

Анализ публикационной активности за период с 2009 по 2019 гг. на базе научно - электронной библиотеки «eLIBRARY», рубрика 15.00.00. («Психология») по феномену «схема тела»

Год	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Кол-во публикаций	6	7	7	9	16	10	13	23	24	12	9

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что:

1. выявлен возрастающий уровень исследовательского интереса к феномену «схемы тела» в русскоязычных исследованиях;
2. осязаемая часть внимания в рассмотрении «схема тела» сосредоточена на изучении его у людей;
3. в системе РИНЦ число публикаций, имеющих возрастную принадлежность равно 75% из общего числа статей, исследования в подростковом возрасте представлены в очень ограниченном объеме - 5% от общего числа;
4. В понимании содержания понятия «схема тела», большинство авторов дают собственное определение.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г., Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространства у детей. — М., 1964.
2. Запесоцкая И.В. Библиометрический анализ публикационной активности по нейропсихологическим механизмам реализации функции прогнозирования // Региональный вестник. – 2019. – № 10 (25). – С. 9-10.
3. Зинченко, В.П. Психология телесности между душой и телом / Сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви.– М.: АСТ, 2005. – 222 с.
4. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация. – Ереван: 1988.
5. Тхостов А. Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
6. Хватов И.А., Соколов А.Ю., Харитонов А.Н., Куличенкова К.Н. Методика изучения схемы тела у мелких млекопитающих//Экспериментальная психология. –2014. – Т.7. №3. – С. 137-144.

**КЛАССИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ МИФЫ О ЗДОРОВЬЕ И
БОЛЕЗНИ**

Марченков М. Н.

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

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В данной статье представлены житейские, обыденные представления о здоровье и болезни, которые по своей структуре ближе к мифологическому отражению мира, чем к научным знаниям. Рассмотрена проблема угрозы мифов физическому, психическому и нравственному здоровью современного человека. Исследованы социокультурных эталонов здоровья.

Ключевые слова: мифы о здоровье и болезни, житейские представления, социальные и культурные детерминации здоровья, культурный опыт, научные достижения.

**CLASSICAL AND MODERN MYTHS ABOUT HEALTH AND
DISEASES**

Marchenkov M. N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. This article presents the everyday ideas about health and disease, which in their structure are closer to the mythological reflection of the world than to scientific knowledge. The problem of the threat of myths to the physical, mental and moral health of a modern person is considered. The socio-cultural standards of health are investigated.

Key words: myths about health and disease, worldly representations, social and cultural determinations of health, cultural experience, scientific achievements

В современном мире, несмотря на колоссальный прогресс научных знаний, большая часть населения Земли верит мифам. Он не ограничивается какой-либо страной и нацией, но распространён по всему миру. Некоторые из этих мифов действительно содержат правдивые

факты, но то, как они воспринимаются людьми, в основном полностью меняет смысл. Возможно, что многие вещи, которым нас учили, на самом деле являются мифами. Не подкрепленные никакими научными доказательствами и логическими доводами, эти мифы могут нанести непоправимый ущерб.

Актуальность темы состоит в том, что мифы о здоровье и болезни являются наиболее распространёнными и древними, поэтому очень важно проникнуть в глубину человеческой психики и культуры, достать до самого глубокого уровня социальной и культурной детерминации здоровья, чтобы рассмотреть, как индивидуальный, так и коллективный опыты оздоровления [2].

Целью нашего исследования является изучение представлений, первообразов, которые определяют исконные представления человека о собственном благополучии, целостности и совершенстве, а также универсальные мотивы, которые вариативно проявляются в различных формах практики оздоровления [6].

Образно говоря, перед нами стоит задача постичь общечеловеческую “мифологию здоровья и болезни” [5].

За всю историю человечества накопилось огромное количество различных мифов о здоровье и болезни. Так как здоровье всегда являлось высшей естественной и абсолютной жизненной ценностью, человек ещё с давних времён искал способы сохранения своего физического, духовного и социального благополучия и придумывал различные методы лечения болезней. В связи с недостаточным уровнем знаний и развитием науки, многие доводы о лечении были неверны. Но психика человека так устроена, что он не мог жить, сложа руки – он нуждался в успокоении, что благодаря придуманным методам наступит полное его выздоровление. Так до наших времён дошли различные вариации мифов о здоровье и болезнях. Некоторые из них испытаны, проверены и приняты как факт, но другие - не более чем фантазия.

Каждый человек, порой этого и, не замечая, сталкивался с таким понятием, как медицинский миф – он является частью нашей повседневной жизни. Каждый слышал о них, но немногие понимают, что это мифы: из-за холодной погоды возникает простуда, еда поздно вечером делает вас толстыми, алкоголь в умеренных дозах безвреден, морковь может улучшить зрение, кофе очень вреден для организма. Это примеры мифов, в которые верили годами. Но медицина не стоит на месте: проводятся исследования, которые меняют устаревшие представления о нашем здоровье. И теперь для многих не секрет, что у людей, которые проводят несколько часов при температуре чуть выше нуля, наблюдают повышение активности борьбы с вирусами в своей иммунной системе – большая вероятность простудиться, сидя в тёплом помещении. Не имеет значения, в какое время вы едите – поздно вечером или рано утром,

важную роль играет количество и качество еды, которое вы принимаете. Умеренные дозы алкоголя действительно считаются безвредными. Многие считают, что морковь помогает улучшить зрение, так как содержит большое количество витамина А. Морковь на самом деле содержит витамин А, но потребление этого витамина не улучшает наше зрение [1]. Существует стойкий миф, что пить кофе очень плохо из-за содержания кофеина. Но оказывается, что кофе на самом деле имеет некоторые большие преимущества для здоровья: кофе на самом деле полон антиоксидантов, он снижает риск депрессии, диабета 2 типа, болезни Альцгеймера и Паркинсона.

Некоторые другие исследования также показали, что это может увеличить вашу продолжительность жизни.

Из этого можно сделать вывод, что, существует много неполной, а иногда просто ложной информации. Поэтому, когда речь заходит о медицинской информации, важно всегда проводить свои исследования, подвергать сомнению свои предположения и брать на себя ответственность за своё здоровье [3; 4].

Таким образом, человек находится в плену социальных представлений, концепций и мифов, и очень важно иметь возможность хотя бы иногда дистанцироваться от них, чтобы охватить всё доступное взору богатство культурного опыта, определяющего наше понимание здоровья и оздоровления.

Список литературы

1. Барт Р. Мифологии: пер. с фр. / сост. С. Зенкина. М., 2004.
2. Боброва С.П. Мифологическое сознание как система: дис. ... д-ра филос. наук. Иваново, 2003.
3. Косов А.В. Мифологизация и ремифологизация как социальный феномен. Калуга, 2001.
4. Недуруева Т.В., Кузнецова А.А. Отношение к здоровью врачей-терапевтов как внутренний механизм саморегуляции их профессиональной деятельности // Известия Юго-Западного государственного университета. 2012. –№ 5-1 (44). –С. 306-310.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. –М., 2002.
6. Улыбина Е.В. Психология обыденного сознания. –М., 2001.

НАРУШЕНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Марыгина А.Г.

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

**Научный руководитель: зав. кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье анализируются результаты нейропсихологического обследования ребенка восьми лет с легкой степенью умственной отсталости. Описываются особенности нарушения пространственных представлений у младших школьников.

Ключевые слова. Пространственные представления, умственная отсталость, младшие школьники.

VIOLATION OF SPATIAL REPRESENTATIONS IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH MENTAL RETARDATION: A CLINICAL CASE

Marygina A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health
and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.**

Abstract. The article analyzes the results of neuropsychological examination of a child of eight years with a mild degree of mental retardation. Features of violation of spatial representations at younger schoolboys are described.

Keywords. Spatial representations, mental retardation, primary school students

Человек живет и действует в условиях пространственно организованной внешней и внутренней среды. Отражение этого свойства – свойства пространственной организации мира – необходимо для многих видов деятельности (оценка расстояния, осуществление движений, решение конструктивных задач, понимание разрядного строения чисел, оценка пространственных различительных признаков букв, представления о схеме собственного тела). Это свойство находит свое представительство и в речи в виде слов «над», «под», «справа», «слева»; сравнительных конструкций; инвертированных предложений и падежей («брат отца» – «отец брата»). Любое нарушение пространственных представлений полностью деформирует всю деятельность в целом [1].

Пространственные представления играют определяющую роль в становлении рефлексивных структур сознания. Они дебютируют в онтогенезе одними из первых, являясь базовыми по происхождению. Любая форма дизонтогенеза в первую очередь характеризуется тем или иным типом дефицитности этих процессов [6].

Развитие пространственных представлений начинается с первых месяцев жизни и является важнейшим показателем умственного развития ребенка. В ходе взросления ребенок начинает рассматривать себя как часть мира, существующего вне себя лично [5], возникают понятия об объектах и предметах, расположенных в пространстве.

Исследования умственно отсталых детей выявили наличие у них трудности формирования пространственных представлений, связанные прежде всего с недостаточным взаимодействием между различными анализаторами [2, С. 3-17.], также возникают сложности в восприятии формы, выделении фигуры из фона, связанные с особенностями зрительного восприятия, его недостаточной развитостью. У детей с умственной отсталостью возникают трудности с ориентировкой в направлениях пространства.

Координатные ошибки проявляются в неправильном верхне – нижнем и право – левом расположении объекта и его деталей в пространстве. Одна из наиболее характерных ошибок при этом — реверсия (зеркальное переворачивание стимула при рисовании, копировании, написании букв и цифр) [3].

Метрические ошибки проявляются в неправильных оценках расстояний, углов и пропорций, в несоблюдении соответствия величин отдельных элементов рисунка или копируемого объекта, например, при изображении фигуры Тейлора, в нестыковке линий и точек пересечения. [4]

Дети с умственной отсталостью испытывают существенные трудности при воспроизведении пространственной структуры изображаемого предмета, взаиморасположения и ориентации его отдельных частей. Иногда их рисунки характеризуются разорванностью, образ фигуры распадается на отдельные фрагменты. Копирование нарушается так же, как и самостоятельный рисунок [3].

Дети с умственной отсталостью значительно позже, чем их здоровые сверстники, овладевают предметным рисованием. Основными чертами являются примитивность, схематичность, статичность, стереотипность. Дети склонны к упрощению формы, общего строения предметов. Многие существенные детали, части особенно сложные во время рисования, опускаются. Примитивность и схематичность изображений проявляются в том, что общее строение и форма предметов предельно упрощаются, существенные части и детали опускаются. Рисунки лишены объема, светотени, похожи на геометрические фигуры.

У младших школьников возникают серьезные затруднения при необходимости копировать с образца основные геометрические формы. В основном наблюдается неправильная передача пропорций объектов копирования (вместо квадрата выполняется прямоугольник). Фигуры выполняются с наклоном в правую сторону, соединяющие части фигур линии не параллельны и сильно искривлены. Многие дети не могут точно нарисовать круг. Ошибки, связанные с его изображением, чаще всего связаны с искажением кривизны дуги и несовпадении концов кривых линий.

Недостаточное развитие пространственных представлений приводит к существенным затруднениям детей с умственной отсталостью при решении разнообразных задач в процессе обучения.

Клинический случай. Нами был исследован мальчик И. 8 лет. Находится на лечении в дневном стационаре в Курском клиническом психоневрологическом диспансере с диагнозом умственная отсталость легкой степени.

Мальчик общительный, контактный, отношение к исследованию заинтересованное. Внешний вид опрятен. Но вопросы отвечает коротко. Требуется задавать дополнительные вопросы, чтобы получить развернутый ответ. Инструкцию понимает после нескольких повторений или после обучения. Выявлена правосторонняя моторная асимметрия. Ребенок плохо ориентируется в направлениях, путает право и лево.

При исследовании пространственных представлений с помощью срисовывания дерева, дома, забора ребенок просто рисует два прямоугольник, изображая таким образом две стороны дома, треугольник и прямоугольник – крыша, игнорируя объем изображения. Забор возле дома рисуется в схематичной манере. Забор, расположенный за домом, ребенок рисует перед ним. Окна и двери дома также отличаются от оригинала. Дерево нарисовано схематически. Ребенок подрисовывает веточки к дереву и корни, изображая это косыми линиями. Крона похожа на полукруг.

При исследовании зрительно – пространственных синтезов методикой копирования фигур Рея – Остеррица и Тейлора наблюдается изменение нарушения пропорций рисунка, формы. Копировать рисунок левой рукой ребенок отказался, сказав, что ничего рисовать левой рукой он не может и не умеет.

В методике тест Денманна наблюдаются ошибки в копировании изображений. Положение и форма нарисованных фигур не соответствует оригиналу. Ребенок не соблюдает пропорции. Такие геометрические фигуры как ромб, параллелограмм рисуются как треугольник и квадрат.

В пробе «Зеркальные буквы» не смог показать буквы, написанные неправильно. Наблюдаются ошибки в восприятии прописных букв.

В методике «Кто, что увидит» были выявлены нарушения в восприятии трехмерных фигур. Перепутал то, что видит птица и кошка. Не смог назвать то, что видит ежик со своей стороны квадрата.

Вывод: Таким образом, у ребенка И. с легкой степенью умственной отсталости прослеживаются нарушения пространственных представлений.

Список литературы

1. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология // Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. – Издательство Московского университета, 2003. – 54с.
2. Лурия А. Р. Некоторые проблемы изучения высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка // Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / Под ред. А. Р. Лурия. М., 1956. Т. 1. С. 3-17
3. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с: ил.
4. Никишина В.Б. Соотношение биологического и социального в генезе задержки психического развития // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 18.
5. Пиаже Ж. Генезис элементарных логических структур. Классификация и сериация / Ж. Пиаже, Б. Инель-дер. М.: Иностранная литература, 1963. – 448 с.
6. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2005. — 319 с.: ил.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ВНИМАНИЯ И ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мастренко Д.А.

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

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

Аннотация. В статье представлены результаты патопсихологического исследования внимания и памяти у больных шизоаффективными расстройствами. Были использованы методики: заучивание десяти слов, пиктограммы, корректурная проба и таблицы

Шульте. Выявлены значимые различия в состоянии кратковременной и долговременной памяти больных, концентрации и переключаемости внимания.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, когнитивные функции, память, внимание, патопсихологическая диагностика.

PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ATTENTION AND MEMORY IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDERS

Mastrenko D. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia.

Scientific adviser: candidate of medical Sciences, associate Professor of Department of Psychiatry and Psychosomatics Bogushevskaya Yu. V.

Abstract. The article presents the results of a pathopsychological study of attention and memory in patients with schizoaffective disorders. Techniques were used: memorization of ten words, pictograms, proof-reading test and Schulte tables. Significant differences in the state of short-term and long-term memory of patients, concentration and attention switching were revealed.

Key words: schizoaffective disorder, cognitive functions, memory, attention, pathopsychological diagnosis

Шизоаффективное расстройство представляет собой состояние, при котором человек испытывает сочетание симптомов шизофрении – таких, как галлюцинации или бреда – и симптомы расстройства настроения, такие как мании или депрессии [6]. Шизоаффективные расстройства – это приступообразные психические расстройства, при которых выражены как аффективные, так и шизофренические симптомы. Диагноз шизоаффективного расстройства может быть поставлен только в том случае, если выражены шизофренические и аффективные симптомы одновременно или последовательно, во время одного и того же приступа. Приступ не должен отвечать критериям ни шизофрении, ни маниакального или депрессивного эпизода [5].

Исследования, направленные на диагностику когнитивных функций, становятся все более актуальными, так как нарушения данных процессов имеют сходный профиль у больных шизоаффективными расстройствами и другими заболеваниями, затрагивающими познавательные процессы. Вследствие этого необходима более тщательная патопсихологическая диагностика когнитивных нарушений у больных шизоаффективными расстройствами (ШАР) [1; 2; 3; 4].

Исследование проводилось на базе «Курский клинический психоневрологический диспансер» г. Курска. Приняли участие 20 больных шизоаффективным расстройством в возрасте от 27 лет до 52. Было сформировано 2 группы в зависимости от длительности заболевания. В качестве статистических критериев использовались – U Манна Уитни и X^2 Пирсона.

Результаты и обсуждения.

В результате проведения патопсихологической методики «Заучивание 10 слов», было проведено сравнение между экспериментальной и контрольной группой. Статистически значимые различия были выявлены в пятом предъявлении (на достоверном уровне статистической значимости $P\text{-level} = 0,04$) и отсроченном воспроизведении (на высоком уровне статистической значимости $P\text{-level} = 0,0007$). Сравнение проводилось по критерию U Манна Уитни. Результаты методики представлены в рисунке 1.

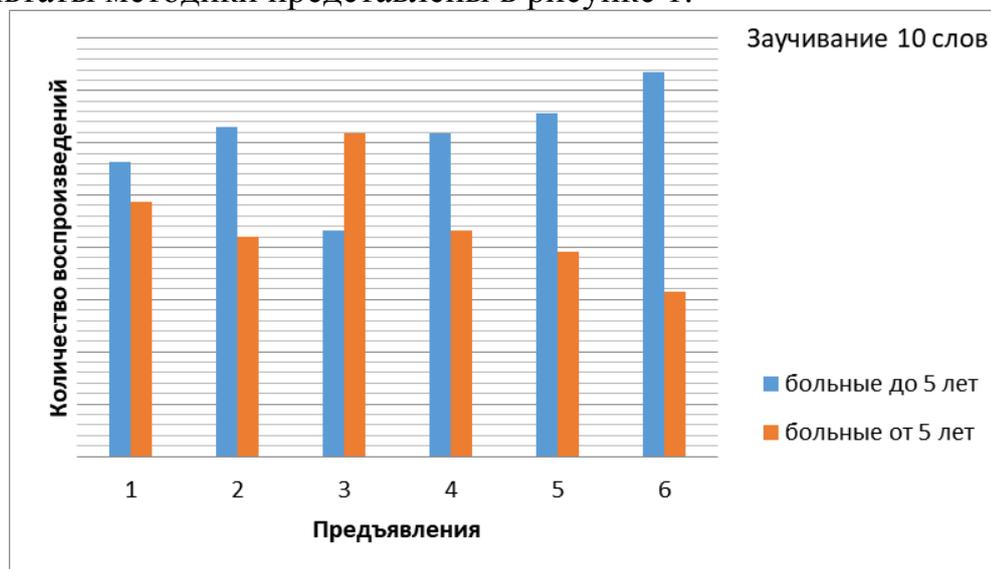


Рис.1. Средние значения показателей по методике «Заучивание 10 слов» в контрольной и экспериментальной группах

У больных шизоаффективным расстройством с длительностью заболевания до 5 лет, отмечаются достаточно высокие показатели по всем предъявлениям. У больных с длительным течением заболевания выявлено более грубое снижение механического запоминания и долговременной памяти. Мы можем предположить, что полученные результаты объясняются снижением эмоциональной и мотивационной сфер. У пациентов с большим сроком заболевания также имеет место влияние вторичных факторов, таких как, длительная фармакотерапия, возраст, снижением активного внимания, наличием аффективной симптоматики (депрессия, мания) и другие.

При выполнении больными следующей методики «Пиктограммы», которая направлена на изучение, опосредованного запоминания,

различия получены на достоверном уровне статистической значимости ($P\text{-level} = 0,04$). Сравнение проводилось по критерию U Манна Уитни. Результаты представлены в рисунке 2.

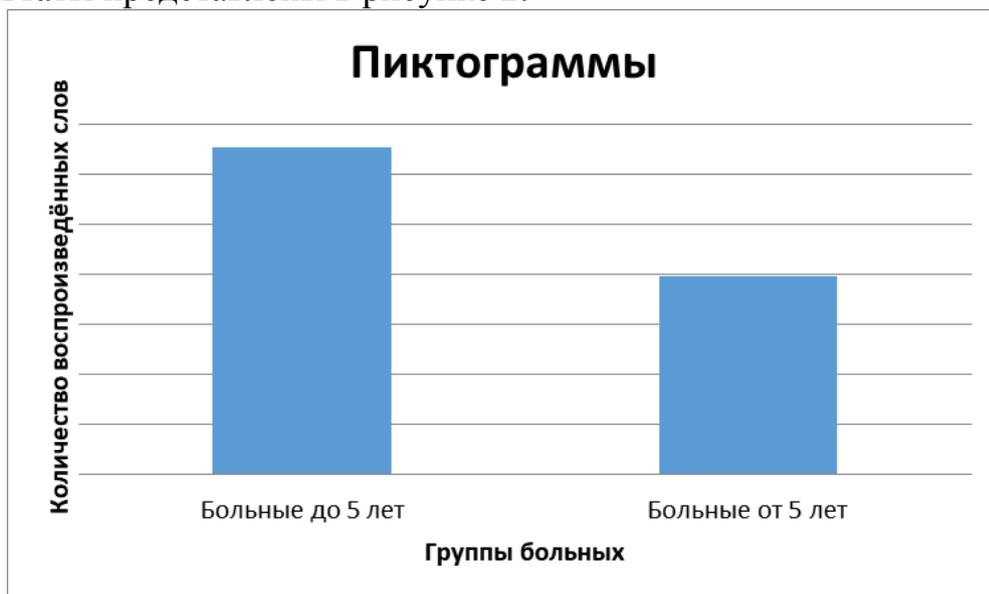


Рис.2. Средние значения показателей по методике «Пиктограммы» в контрольной и экспериментальной группах

У больных с длительным течением заболевания (от 5 лет) отмечается более выраженное нарушение опосредованного запоминания, в сравнении с другой группой, такие больные с трудом подбирали образ, который способствует запоминанию необходимого понятия, и после испытывали трудности в воспроизведении. Полученные результаты могут быть связаны с недостаточной мотивацией больных, наличием аффективной симптоматики, общей подавленностью и длительным лечением.

При выполнении больными следующей методики «Таблицы Шульте», которая направлена на изучение концентрации и переключения внимания. Различия получены на высоком уровне статистической значимости в трёх таблицах из пяти. Сравнение проводилось по критерию U Манна Уитни. Результаты представлены в рисунке 3.

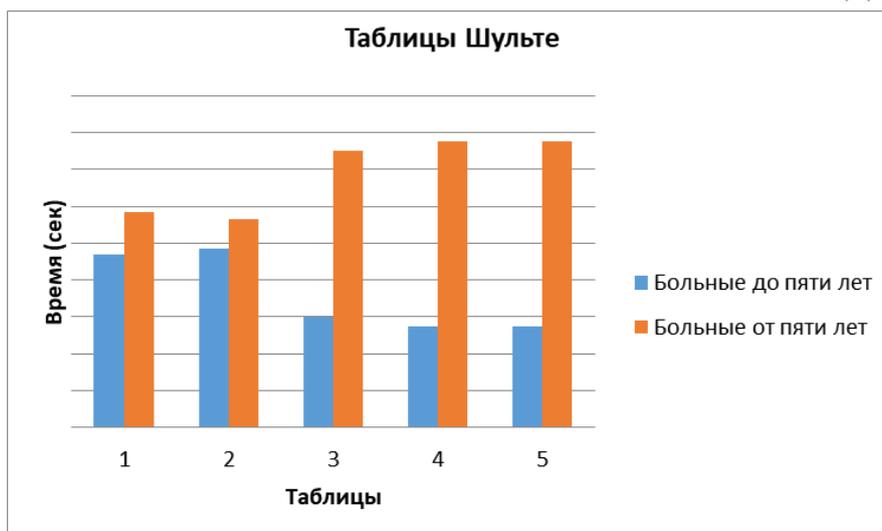


Рис.3. Средние значения показателей по методике «Таблицы Шульте» в контрольной и экспериментальной группах

У больных длительностью заболевания более 5 лет на каждую последующую таблицу затрачивается большее количество времени, что может свидетельствовать об истощаемости внимания, трудностях концентрации и переключаемости. У больных сроком заболевания до 5 лет можно наблюдать хорошую вработываемость, у большинства в группе уменьшается количество времени на каждую последующую таблицу.

В результате обработки методики «Корректирующая проба» в показателях «Концентрация» и «Устойчивость» статистически значимых различий не было обнаружено. Статистическая обработка была проведена по критерию χ^2 Пирсона. А по показателю «Переключаемость» обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. Данные предоставлены на рисунке 4.

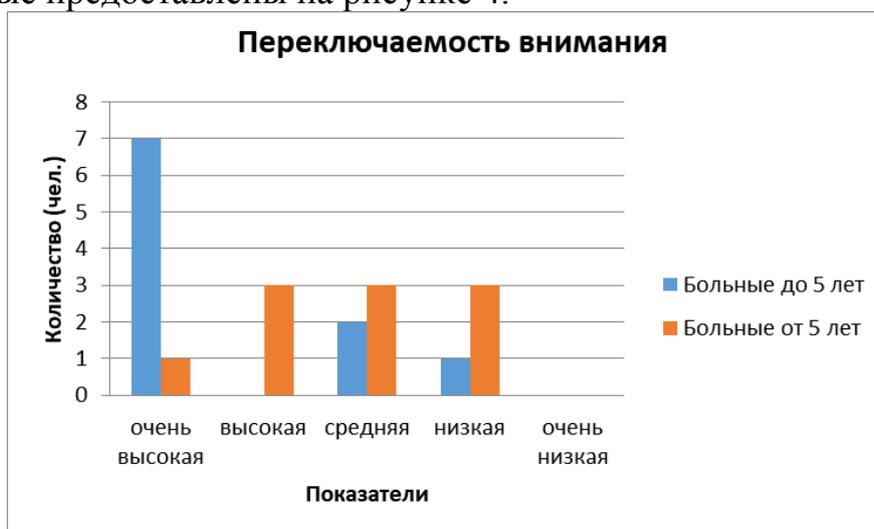


Рис.4. Средние значения показателей по методике «Корректирующая проба» в контрольной и экспериментальной группах

У 70% больных шизоаффективным расстройством сроком до 5 лет наблюдается очень высокий уровень переключаемости внимания, у 20% - средняя переключаемость и у 10% - низкая переключаемость внимания. При исследовании больных шизоаффективным расстройством больше пяти лет всего у 10% выявлена очень высокая переключаемость, далее по 30% больных показали высокий, средний и низкий результаты.

Состояние внимания и памяти больных шизоаффективным расстройством чаще всего зависит от перенесенной симптоматики. Среди обеих групп у большинства в истории болезни преобладает депрессивная симптоматика. Этим можно объяснить более низкие результаты при выполнении методик, в особенности у длительно больных шизоаффективным расстройством.

У больных с длительным течением заболевания выявлено более грубое снижение механического запоминания и долговременной памяти. Также отмечается более выраженное нарушение опосредованного запоминания, в сравнении с другой группой, больные испытывают трудности в подборе и воспроизведении понятий. Полученные результаты могут быть связаны с недостаточной мотивацией больных, наличием аффективной симптоматики, общей подавленностью и длительным лечением.

В результате исследования получены данные о повышенной истощаемости внимания, трудностях концентрации и переключаемости у больных шизоаффективным расстройством дольше 5 лет.

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о подтверждении гипотезы о существовании различий в состоянии внимания и памяти у больных с шизоаффективным расстройством при разной длительности заболевания.

Список литературы

1. Бобров А.Е. Состояние когнитивных нарушений при шизоаффективном расстройстве / А.Е. Бобров, Е.М. Мутных, Л.А. Краснослободцева, А.Н. Богдан, Ю.В. Сейку // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2017.– С. 57-60.
2. Богдан А. Н. Шизоаффективное расстройство: исторический аспект. /А. Н. Богдан, Е.М. Мутных, Л.А. Краснослободцева, Ю.В. Сейку // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2016.– №18 (2). – С. 37–40.
3. Гарах Ж.В. Нейрофизиологические и вегетативные показатели моторного воображения у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством / Ж.В. Гарах, Ю. С. Зайцева, И.А. Гурович, А.Б. Шмуклер, В.Б. Стрелец // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25.– №3. – С. 24-31.
4. Зайцева Ю. С. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами / Ю. С. Зайцева,

- Г.Р. Саркисян, В. В. Саркисян, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21.– № 2. – С. 5-11.
5. Погосов А.В. Психиатрия, детская психиатрия и наркология : учеб.-метод. комплекс для студентов пед. фак. / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская ; Курск. гос. мед. ун-т. - Курск : Изд-во КГМУ, 2009. – 210 с.
6. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский и др. // Под ред. академика РАМН А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 636-667. – 712 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРАКСИСА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА III СТАДИИ

Николаенко Р.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Научный руководитель: зав.кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. За последние годы значительно выросло количество случаев развития хронического алкоголизма в России, что делает эту проблему всё более актуальной и приоритетной для исследований в области нейропсихологии. Данная статья посвящена результатам нейропсихологической диагностики особенностей праксиса у больных, страдающих хроническим алкоголизмом на III стадии развития.

Ключевые слова: алкоголизм, особенности праксиса, динамический праксис, конструктивный праксис.

FEATURES OF PRAXIS IN PATIENTS AFFECTING ALCOHOLISM AT STAGE III.

Nikolaenko R.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia**Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.**

Abstract. In recent years, the number of cases of the development of chronic alcoholism in Russia has significantly increased, which makes this problem all the more relevant and priority for research in the field of neuropsychology. This article is devoted to the results of neuropsychological diagnosis of praxis features in patients suffering from chronic alcoholism at the III stage of development.

Key words: alcoholism, features of praxis, dynamic praxis, constructive praxis.

Одной из наиболее важных и значимых проблем современного российского общества является проблема хронической алкоголизации населения страны. По данным Всемирной Организации Здравоохранения за 2017 год, Россия занимает одно из лидирующих мест по потреблению чистого спирта на душу населения. Этот показатель составляет 13,9 литра на душу населения в возрасте от 15 лет и выше. Хотя за последние годы наметилась тенденция к снижению уровня потребления алкоголя, из доклада ВОЗ видно, что Россия остается в лидерах по потреблению алкоголя в мире [1].

Значительной резкого увеличения потребления алкоголя и учащения случаев возникновения алкогольной зависимости вследствие этого принято считать нестабильную политико-экономическую обстановку в стране в период конца XX века, а так же начавшийся после экономического кризис 2008 года и выступивший стрессогенным фактором, подтолкнувшим многих к употреблению алкоголя [8].

Алкоголизм деструктивно влияет на социальную обстановку в стране. Это деструктивное влияние выражается в росте преступности, сокращении продолжительность жизни, повышению количества разводов в семьях, росте числа новорожденных, имеющих те или иные патологии из-за употребления алкоголя их родителями, а так же во многом другом. Помимо прямого токсикогенного влияния алкоголя мозг, у пациентов, имеющих ту или иную стадию зависимости от алкоголя отмечается высокий процент различных сопутствующих заболеваний, будь то заболевания сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, печени, ферментативной системы и тд. Сложно найти ту систему или структуру в организме человека, которая не страдала бы от регулярного приёма алкоголя. Тем не менее, негативное влияние алкоголя на ЦНС и, в первую

очередь, на кору больших полушарий, является одним из наиболее существенных и быстро развивающихся [3]. Так, к примеру, расстройства личности при алкоголизме проявляются в форме дезорганизации базовых паттернов социально-психологической адаптации, что приводит к закреплению разного рода дезадаптивных качеств личности, которые имели место у пациента раньше, т.е. актуализировались в психической жизни пациента вследствие употребления спиртного [7].

Отмечается так же пагубное воздействие алкоголя на более узкие области личности пациентов, такие как самоотношение и самооценка. Исследуя особенности самоотношений человека при алкоголизме, можно отметить, что самоотношение приобретает определенную дефицитарность, которая проявляется снижением показателей самопринятия, саморуководства, ожиданием положительного отношения других и самоинтереса на эмоциональном уровне [2].

Помимо прочего, имеются данные о взаимосвязи скорости развития алкогольной зависимости с определённым полушарным доминированием. Так, у лиц с преобладанием правополушарного типа доминирования более быстро развивается алкогольная зависимость. Кроме того, отмечается преобладание леволатеральных признаков в моторной сфере у лиц, которые злоупотребляют алкоголем. [5] Данные, полученные многими исследователями феномена функциональной асимметрии полушарий при алкогольной зависимости позволяют уверенно утверждать о значительном нарушении функциональной асимметрии у лиц, употребляющих алкоголь [6].

В данной же статье нами были описаны на особенности праксиса лиц, страдающих III стадией алкоголизма на основании 5 случаев со сходными нарушениями праксиса, установленными в ходе обследования пациентов находящихся на стационарном лечении в ОБУЗ «Областная наркологическая больница». Однако для начала необходимо остановиться на феноменологии понятий «алкоголизм» и «праксис».

Алкоголизм (алкогольная зависимость) по определению МКБ-10 определяется как «комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции» [4]. Представленная в данной статье III стадия этого заболевания характеризуется усиленной тягой к алкоголю вкупе со сниженным самоконтролем вследствие прогрессирующего токсического поражения лобных долей мозга и развивающейся на основании этого алкогольной

энцефалопатией. Одним из основных признаков, характеризующих данную стадию является резкое снижение толерантности к алкоголю, что можно объяснить уменьшением активности алкогольдегидрогеназы и прочих ферментов, участвующих в расщеплении алкоголя.

Праксис - сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на организацию целостного двигательного акта. Данный вид деятельности предполагает наличие определенной программы двигательного акта, а так же сопутствующего контроля за осуществляемым действием. Выделяют следующие виды праксиса: кинетический, кинестетический, пространственный и конструктивный праксис.

Далее будет представлен клинический случай, в котором наиболее ярко из всей группы обследуемых проявились характерные для III стадии алкоголизма нарушения праксиса.

Больной К., 48 лет, диагноз: F10.4. Абстинентное состояние с делирием. Обследование проводилось днём. Данные анамнеза: поступил в состоянии делирия. Наличие галлюцинаций не отрицает, состояние болезни признает. Отмечает длительный алкогольный стаж (более 10-ти лет). Поступает после периодических запоев порядка 2 недель. Толерантность к алкоголю низкая. Отмечает вновь появившуюся реакцию тошноты и рвоты. Описывает прием алкоголя как многократное употребление в течение дня. На момент обследования жалуется на головную боль и сонливость.

Образование – среднее специальное.

Семейный статус – был женат. На данный момент 2 года в разводе.

В месте и собственной личности ориентирован верно. Отмечаются трудности в ориентации во времени. Не помнит сколько находится на лечении, когда поступил на лечение, тем не менее, помнит текущий год.

На контакт идет неохотно. Дает краткие ответы. Своё состояние описывает как истощенное. Апатичен. Выраженных негативных реакции и реакций отказа не наблюдается. Отмечается заметный тремор рук. Инструкцию понимает с первого раза.

Было проведено нейропсихологическое исследование праксиса следующими методиками: графическая проба, проба «кулак-ребро-ладонь»(пробы на динамический праксис); проба на реципрокную координацию; пробы на праксис позы(пальцев рук);пробы на перенос позы(по кинестетическому образцу); пробы Хеда(пространственная организация движений).

Были получены следующие результаты: при выполнении графической пробы испытуемый несколько раз прервался. В пробе «кулак-ребро-ладонь» отмечается общая замедленность выполнения задания, ошибки. При выполнении сенсibilизированной пробы(ускоренное выполнение) ошибки стали чаще, проявляется

рассогласованность действий. В пробе на реципрокную координацию было выявлено общее замедление выполнения пробы и лишь частичное доведение движения до конца (не разжимает кулак полностью). При выполнении проб на праксис позы и перенос позы отмечено, что К. не сразу находит верное положение пальцев рук. Спустя время ошибку устраняет и выставляет пальцы в верное положение. Перебор пальцев осуществляет с зрительным контролем. При ускорении начинает ошибаться. При исследовании пространственного праксиса нарушений выявлено не было ни в обычном варианте пробы, ни в сенсibilизированном.

Таким образом, на основании схожей картины особенностей праксиса у нескольких пациентов с одним и тем же диагнозом можно сделать вывод о том, что наиболее страдают динамический и конструктивный праксис, что связано с деградацией моторных зон коры больших полушарий вследствие продолжительной алкогольной интоксикации.

Список литературы

1. ВОЗ. Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития. 2018 – [Электронный ресурс]: Режим доступа: URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/ru/ – (Дата обращения: 05.11.2019)
2. Запесоцкая И.В. Критерии деформации субъектности в состоянии алкогольной зависимости // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2011. № 3-3. С. 149.
3. Збарская И. А. О некоторых итогах обследования населения отдельных регионов Российской Федерации по вопросам употребления табака, алкоголя и наркотиков / И. А. Збарская, О. И. Антонова // Вопросы статистики. – 2010. – № 5. – С. 68-75.
4. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [Электронный ресурс]: – Режим доступа: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048> – (Дата обращения: 05.11.2019)
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. Новикова Г.А., Соловьев А.Г. Функциональная асимметрия полушарий головного мозга при алкогольной зависимости // Обзоры клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2012. – № 3. – С. 15.
7. Сидорин М. В. Расстройства личности при алкоголизме как социально-психологическая проблема // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – №5-3. – С. 712 – 713.

8. Черемисина Н. В., Ивлиев М. И., Талалаев Д. Д. Алкоголизм: глобальная проблема современной России // Социально-экономические явления и процессы. – 2014. – №11. – С. 165.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ- СТРАТЕГИИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Пономарева М.Ю.

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

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Погосов А.В.,
Пилипенко В.Е.**

Аннотация. В данной статье отражена актуальность исследуемой проблемы. Раскрыта специфика феноменологии понятия агрессия, в частности подростковая агрессия. Представлены результаты сравнительного анализа, а именно форм совладающего поведения подростков. Также в статье получили отражение эмпирические данные исследования.

Ключевые слова. Агрессия, агрессивное поведение, подростковый возраст, копинг-стратегии, адаптация, адаптивные формы поведения, совладающее поведение.

FEATURES OF COPING STRATEGY OF ADOLESCENTS PRONE TO AGGRESSIVE BEHAVIOR

Ponomareva M. Y.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: doctor of medical Sciences, Professor Pogosov A.V.,
Pilipenko V. E.**

Abstract. This article reflects the relevance of the problem. The specificity of the phenomenology of the concept of aggression, in particular teenage aggression, is revealed. Results of the comparative analysis, namely forms of coping behavior of teenagers are presented. The article also reflects the empirical data of the study.

Keywords. Aggression, aggressive behavior, adolescence, coping strategies, adaptation, adaptive behaviors, coping behavior.

Актуальность изучения обусловлена тем, что рост несовершеннолетних с девиантным поведением растет. Проявлением такого поведения являются асоциальные действия, примером могут послужить такие действия как алкоголизм, наркомания, нарушение общественного порядка, хулиганство, вандализм и другие. В том числе имеет место быть проявление крайней формы асоциального поведения. В связи с этим возрастает жестокость и агрессия, причиной чего становится актуальной проблема резкого роста преступности среди молодёжи [2].

Согласно сведениям, предоставляемым Всемирной Организацией Здравоохранения, ежегодно примерно 200 тысяч случаев убийств во всем мире происходит среди молодых людей в возрасте 10-29 лет, что составляет 43% от общего числа случаев убийств в год в мире. Участились случаи групповых драк подростков, носящих ожесточенный характер [2].

Как утверждала А. Пикина в своих работах, все люди агрессивны в той или иной форме. Для человека агрессия является формой самозащиты и инстинктивной формой выживания в мире. Инстинкты, не смотря на общественное мнение, присуще не только животным, но и человеку. Человек с возрастом трансформирует свои природные инстинкты и тем самым адаптируется к социуму и происходит социализация агрессии [3].

Бэрн Р., Ричардсон Д. дали определение понятию агрессия таким образом – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения [1].

А. Басс и А.Дарки рассматривали агрессию в качестве комплексного феномена, которая интегрирует: физическую, вербальную, косвенную агрессию, склонности к раздражению, негативизм, обиду, подозрительность, чувство вины. Не секрет, что каждая личность должна обладать определенной степенью враждебности и агрессивности. Норма такой оценки по каждому из видов реакций испытуемого зафиксирована в интервале «средние нормы» [5].

Склонность к агрессии у человека формируется под влиянием особенностей его индивидуального развития. В этом процессе принимают участие такие факторы, как возраст, пол, личностные особенности, а также внешние социальные условия. Но согласно мнению большинства исследователей данной проблемы, ключевую роль в становлении агрессивного поведения индивида играет его непосредственное социальное окружение [3].

Также не стоит забывать о влиянии возрастных особенностей личности на характер агрессивного поведения. Каждый возрастной

период является особенным. Адаптация к подростковому возрасту проявляется своими склонностями к агрессивному поведению [6].

Жизнь каждого человека можно разделить на разные возрастные периоды, подростковый период отличается своей подверженностью стрессогенному воздействию, активным включением подростков во взрослую жизнь, которая выделяется определенного вида проблемами, требующими для своего решения использование продуктивных средств и методов [4].

В настоящей статье анализируются результаты исследования подростков с агрессивным поведением, связанного с преодолением трудных жизненных ситуаций, в том числе совпадающего поведения.

Согласно определению Т.Л. Крюковой, совпадающее поведение - это целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией способами, адекватными личностным особенностям и ситуации через осознанные стратегии действий [5].

Цель нашего исследования – изучить взаимосвязь агрессивного поведения подростка с выбором копинг-стратегий в стрессовой ситуации.

Объектом данного исследования выступили подростки, склонные к агрессивному поведению.

Предмет исследования – влияние уровня агрессии на выбор копинг-стратегии у подростков.

В качестве центральной гипотезы мы выдвинули предположение о том, что «существует взаимосвязь агрессивного поведения подростка с выбором формы совладающего поведения».

Также мы выдвинули несколько рабочих гипотез:

1. Высокий уровень агрессии наблюдается у подростков, отдающих предпочтение неадаптивному варианту копинг-стратегии.

2. Средний и низкий уровень агрессии наблюдается у подростков, отдающих предпочтение адаптивному и относительно адаптивному варианту копинг-стратегии.

В исследовании приняли участие 30 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Исследование проводилось на базе МБУ ДО «Детский оздоровительно-образовательный центр имени Ульяны Громовой» в период с 1.06.19г. по 21.06.19г. Используя диагностический «Опросник враждебности Басса-Дарки», были выделены две группы испытуемых: контрольная, в которую входили подростки с низким или средним уровнем агрессии или враждебности (9 мальчиков и 5 девочек), и экспериментальная, в которую входили подростки с высоким уровнем агрессии или враждебности (5 мальчиков и 11 девочек). Также нами использовалась методика «Диагностики копинг-механизмов» (Тест Э. Хейма), метод наблюдения (индивидуальное и групповое), качественный и количественный анализ результатов исследования.

Статистический метод включал следующие технологии: критерий φ^* –угловое преобразование Фишера (критерий Фишера), для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта, критерий χ^2 Пирсона для сопоставления двух, трех или более эмпирических распределений одного и того же признака. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6.0.

Практическая значимость исследования определяется системой работы психолога по диагностике и коррекции нарушений в поведении подростков.

Результаты исследования выглядят следующим образом:

1. Анализ методики «Опросник враждебности Басса-Дарки» позволил выявить значимые различия по шкалам «Индекс враждебности», «Индекс агрессивности». Также мы выявили, что 18,75% подростков из экспериментальной группы получили высокие показатели по шкале «Индекс агрессивности», 25% подростков из экспериментальной группы получили высокие показатели по шкале «Индекс враждебности» и 56,25% – высокие показатели и по одной, и по другой шкале (подавляющее большинство из них девочки).

2. Анализ методики «Диагностика копинг-механизмов» (Тест Э. Хейма) показал, что 64,2% подростков, склонных к агрессивному поведению, выбирают неадаптивные формы совладающего поведения, в частности «Эмоциональные копинг-стратегии» (подавление эмоций, агрессивность), 14,3% выбирают относительно адаптивные формы копинг-стратегии, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления, и только 21,5% подростков, склонных к агрессивному поведению выбирают адаптивные формы копинг-стратегий (протест, оптимизм).

3. Значимых различий в частоте встречаемости показателя по шкалам «Когнитивные копинг-стратегии» и «Поведенческие копинг-стратегии» выявить не удалось.

Подводя итог, можно сказать, что наша гипотеза подтвердилась частично, действительно существует взаимосвязь агрессивного поведения подростка с выбором формы совладающего поведения. В частности, подростки, склонные к агрессивному поведению, выбирают непродуктивные формы среди «Эмоциональных копинг-стратегий». Данные варианты поведения характеризуются подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Список литературы

1. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия // Спб.: Питер, 2000.– С. 336.

2. Всемирная организация здравоохранения Режим доступа: URL: <https://www.who.int/countries/rus/ru/> (дата обращения 15.11.19).
3. Долгова В. И., Иванова Л. В., Банщикова А. И. Психологические особенности агрессивного поведения подростков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 31. – С. 11–15.
4. Нижегородцева Н.В., Тарасова С.С. Совладающее поведение подростков с разным уровнем осознанной саморегуляции // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – №2. – С. 211.
5. Реутова Н.В. Взаимосвязь уровня агрессивности и поведенческих стратегий у подростков с умственной отсталостью // Перспективы науки и образования. – 2014.–№3(9). –С. 126.
6. Чупракова М.В., Коноплева И.Н. Агрессивное поведение подростка как копинг-стратегия в стрессовой ситуации // Психология и право.– 2013. –№ 4. –С. 55-65.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМ И ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМИ

Протопопова М.А.

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пастух И.А.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования механизмов психологической защиты и копинг-поведения 35 больных рекуррентным депрессивным расстройством и коморбидным паническим расстройством. В основную группу вошли 18 больных коморбидными депрессивным и паническим расстройством. Контрольная группа представлена пациентами рекуррентным депрессивным расстройством средней степени тяжести в количестве 17 человек. Для больных основной группы характерен высокий показатель напряженности психологических защит, а также дезадаптивность и пассивность копинг-поведения.

Ключевые слова: коморбидность, депрессивное расстройство, паническое расстройство, механизмы психологической защиты, копинг-поведение.

**MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND
COPING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH COMORBID
DEPRESSIVE AND PANIC DISORDERS**

Protopopova M.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of medical sciences, associate professor
Pastukh I.A.**

Abstract. The article presents the results of the study of the mechanisms of psychological protection and coping behavior of 35 patients with recurrent depressive disorder and comorbid panic disorder. The main group included 18 patients with comorbid depressive and panic disorder. The control group consisted of 17 patients with moderate-severity recurrent depressive disorder. For patients of the main group is characterized by a high rate of tension of psychological defenses, as well as maladaptivity and passivity of coping behavior.

Key words: comorbidity, depressive disorder, panic disorder, mechanisms of psychological protection, coping behavior.

В последние годы все более актуальным становится изучение психологических аспектов адаптации. Нарушения адаптации личности, по мнению многих исследователей, могут стать источниками различных психических и психосоматических заболеваний. Данная проблема приобретает большую значимость в контексте аффективных и тревожных расстройств. Ведь именно такие заболевания возникают вследствие неадаптивного поведения, а также ведут к социально-психологической дезадаптации больных.

Сегодня под адаптацией понимают динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям окружающего мира, целью которого является поддержание динамического равновесия между организмом и внешней средой [5]. По мнению Ф. Б. Березина адаптация является процессом, позволяющим индивиду устанавливать оптимальные отношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять актуальные потребности, не нарушая равновесия между психическими и физиологическими [2]. Адаптационные возможности личности складываются из основных компонентов защитно-совладающего поведения: механизмов психологической защиты и копинг-стратегий.

Р. Лазарус (1980) определяет механизмы психологической защиты как интрапсихические формы преодоления стрессовой ситуации,

используемые для редукции эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация [1]. Защитные механизмы считаются одними из важнейших компонентов адаптационного потенциала личности и рассматриваются как более ранний и устойчивый, чем копинг, базисный конструкт, формирующийся на основе личностных особенностей эмоционально-динамического паттерна поведения [3; 7; 8].

Отечественными психологами понятие «копинг» переводится как «адаптивное совладающее поведение» или «психологическое преодоление» [6]. Р. Лазарус (1980) определяет «копинг» как сознательную деятельность, направленную на сохранение физического, личностного и социального благополучия, проявляющуюся в ситуации, требующей активизации адаптивных возможностей (связанной с опасностью или с большим успехом) [4].

Целью нашей работы является изучение механизмов психологической защиты и копинг-поведения больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами.

Материалы и методы исследования. В период с 2018 по 2019 гг. в дневном стационаре №1 ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», а также психосоматическом отделении ОБУЗ «Курский наркологический диспансер» были обследованы 35 больных рекуррентным депрессивным расстройством и коморбидным паническим расстройством. Диагностика указанных состояний проводилась с помощью МКБ-10 и включала рекуррентное депрессивное расстройство средней степени тяжести (F33.1), паническое расстройство (F41.0). Контрольная группа (КГ) представлена пациентами рекуррентным депрессивным расстройством средней степени тяжести в количестве 17 (48,6%) человек. В основную группу (ОГ) вошли 18 больных (51,4%) коморбидными депрессивным и паническим расстройством. Возраст больных ОГ составил $37,7 \pm 15,3$, а КГ – 49 ± 11 лет. С целью выявления копинг-стратегий у пациентов был использован опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса, тест-опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля». Оценка статистической достоверности результатов осуществлялась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Статистическая обработка проводилась с использованием статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено, что психологические защиты испытуемых основной группы в большей степени представлены следующими механизмами: «реактивные образования» (88,2%), «отрицание» (82,3%), «регрессия» (70,5%), «компенсация» (58,8%). В группе больных контрольной группы распространены следующие механизмы психологической защиты: «отрицание» (50%), «регрессия» (44,4%).

Достоверные статистически значимые данные обнаружены по шкале «компенсации» ($p=0,044685$), что свидетельствует о том, что испытуемые ОГ пытаются заменить свой реальный или воображаемый недостаток другим качеством, чаще всего с помощью фантазии или присвоения себе свойств, достоинств и поведенческих характеристик другой личности.

Проведенное исследование показало, что больные, страдающие коморбидными депрессивным и паническим расстройствами, обладали, как и больные рекуррентным депрессивным расстройством, достаточно широким репертуаром копинг-стратегий, кроме того копинг-поведение пациентов обеих групп имеет сходные черты. Однако совладающее поведение испытуемых основной группы имело некоторые отличия. Основными стратегиями, используемыми такими испытуемыми стали: «бегство-избегание» (50%) –мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы, «поиск социальной поддержки» (38,8%) – усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки. Оказалось, что больные коморбидными депрессивным и паническим расстройствами реже, чем больные рекуррентным депрессивным расстройством, склонны использовать стратегию «принятие ответственности» (22,2% и 66,6% соответственно), «самоконтроль» (ОГ – 16,6% и КГ – 44,4%).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у больных коморбидными депрессивным и паническим расстройствами отмечается снижение адаптационных возможностей психики. Копинг-поведение, к которому прибегали больные, чаще направлено на снижение эмоционального напряжения, чем на разрешение или изменение ситуаций, что приводит к пассивности, избеганию решения проблемных ситуаций. Активность таких больных чаще всего связана с поиском социальной поддержки и помощи «со стороны», в связи, с чем возможно формирование зависимой позиции, вызывающей постепенное нарастание дезадаптации. Высокий показатель напряженности психологических защит может свидетельствовать о неуспешном совладающем поведении, а также, в свою очередь, оказывать последующее влияние на восприятие и когнитивную оценку стрессовых ситуаций и как следствие способствовать выбору дезадаптивных копинг-механизмов. Результаты проведенного исследования могут быть полезны психологам и психотерапевтам для проведения психотерапевтической коррекции данных расстройств.

Список литературы

1. Баскакова, С. А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами / С.А. Баскакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №2. – С. 88-96.

2. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. Л., 1988.–270 с.
3. Богомаз, С.Л. Пашкович, С.Ф. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты личности: сопоставительная характеристика / С.Л. Богомаз, С.Ф. Пашкович // Право. Экономика. Психология. – 2015. – № 3. – С. 62-69.
4. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. – 135с.
5. Исаева, Е. Р. Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к исследованию копинга и психологической защиты / Е.Р. Исаева // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. – 2008. – №2. – С. 86-89.
6. Коновалова, Ю.В. Механизмы психологической защиты и копинги в психологической науке / Ю.В. Коновалова // Личность и динамика социальных систем. Под редакцией Л.А. Мирской. – 2017. – С. 188-192.
7. Пастух, И.А. Динамика клинико-психологических проявлений коморбидных тревожных и аффективных расстройств в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии / И.А. Пастух // Архив психіатрії. – 2009. – Т.15. – № 3(58). – С.45-52.
8. Пастух, И.А. Психологические механизмы защиты у больных с различными вариантами коморбидности панического расстройства / И.А. Пастух // 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.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Рачок В.В.

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

**Научный руководитель: к.психол.н., доцент кафедры
психологии здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей межличностных отношений в семье

больных алкогольной аддикцией. Гипотезой выступило предположение о том, что в семьях, имеющих хотя бы одного алкозависимого, имеются дисфункциональные отношения, а так же для них характерно такое патологическое состояние, как созависимость. имеются различные модели поведения в алкозависимых и здоровых семьях, с преобладанием конфликтных стратегий у первых. Структурированность и организованность деятельности и семейной иерархии, ценностей, норм и правил более характерно для условно здоровых семей. А так же имеется тенденция к неконструктивно- критической, негативной оценки поведения, чувств и эмоций членов алкозависимых семей. Чрезмерное ожидание «правильных» паттернов поведения и стремление к идеалу.

Ключевые слова: созависимость, алкоголизм, аддикция, межличностные отношения, дисфункциональная семья.

FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN THE FAMILY OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION.

Rachok V.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology Kuznetsova A.A.

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the peculiarities of interpersonal relations in the family of patients with alcohol addiction. Hypothesis was the assumption that in families with at least one alcoholic, there are dysfunctional relationships, as well as they are characterized by such a pathological condition as codependency. there are different behaviors in alcohol-dependent and healthy families, with a predominance of conflict strategies in the former. Structuring and organization of activities and family hierarchy, values, norms and rules is more typical for conditionally healthy families. And there is a tendency to non-constructive-critical, negative assessment of the behavior, feelings and emotions of members of alcohol-dependent families. Excessive expectation of "correct" behavior patterns and striving for the ideal.

Key words: codependency, alcoholism, addiction, interpersonal relationships, dysfunctional family.

Употребление психоактивных веществ, в том числе и алкоголя – одна из острейших проблем современного общества. Для семей, имеющих хотя бы одного алкозависимого, характерен феномен

созависимости, которые пагубно влияют не только на межличностные отношения в семье, но и на процесс лечения больного. Именно поэтому алкоголизм называют «семейной проблемой».

Е.Е. Сапогова в рамках нарративного подхода, рассматривает семью как микрогруппу. Она говорит о «феномене семейного самосознания», который фиксирован в семейной культуре [1].

Главной особенностью семей больных алкогольной зависимостью является то, что данные семьи имеют ярко выраженный характер, который проявляется на межличностном уровне взаимоотношений, что приводит к неблагоприятному психологическому климату [4]. Можно сказать, что такие семьи являются дисфункциональными, воспитание в которых ведет к формированию психологических особенностей личности, которые создают почву для различных аддикций и для созависимости [3].

Психологическими причинами нарушений семейного воспитания чаще является воспитательная неуверенность матери, страх утраты ребенка и проекция негативных качеств на него. В случае недостаточности требований — обязанностей и требований — запретов подросток характеризуется минимальным вовлечением в общие семейные занятия, что проявляется в высказываниях родителей о трудности привлечения ребенка к какому-либо делу по дому. [5].

Созависимый член семьи считает своим долгом тотально контролировать все происходящее. И причем, чем хаотичнее ситуация, тем это стремление у них более выражено. Такие люди считают, что способны воздействовать на своего родственника, больного алкоголизмом, считают, что могут сдерживать его пьянство. Созависимые люди испытывают желание заботиться о других. Часто их забота скрещивается с полной безответственностью за свою собственную жизнь, за свое состояние. Попытки «спасти» химически зависимого человека, приводят созависимого к определенным закономерностям, под названием «драматический треугольник С. Карпмана» (см.рис.1) [2].

«Жертва» демонстрирует свою нежизнеспособность, своим поведением показывает, что не имеет жизненной энергии и сил для решения своих проблем. Жертва преследует цель быть спасенным, испытывает жалость к себе, обиду, стыд, страдание. В отношении «жертва-преследователь» жертве нужен преследователь для оправдания своей беспомощности. В отношении «жертва-спасатель» спасатель нужен для оправдания сложности и безвыходности ситуации, к нему жертва обращается за «спасением», однако, всячески мешает этому спасению. «Преследователь» показывает агрессивное, обвинительное поведение.

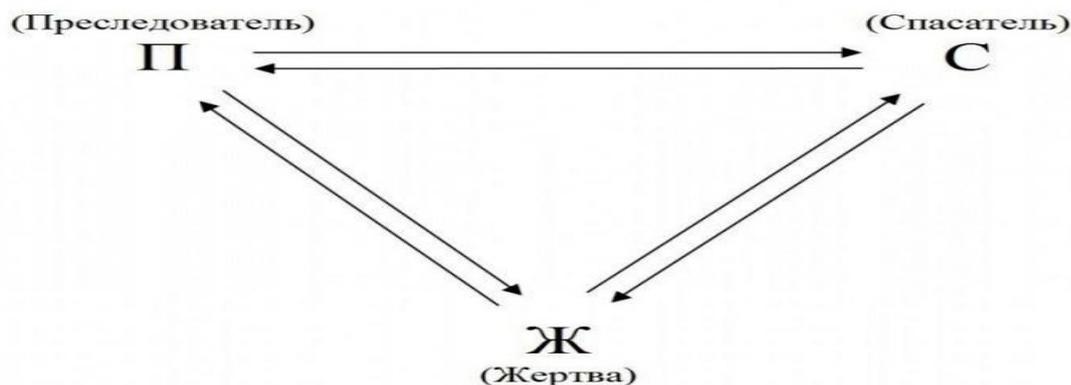


Рис.1. Треугольник С. Карпмана

Он нацелен на поиск недостатков у партнера, постоянно критикует и негативно оценивает других. Имеет желание наказать других, обвинить в чем-то. «Преследователь» испытывает чувство превосходства, злости, ненависти, ярость. «Жертва» необходима преследователю для воплощения и удовлетворения своего стремления к контролю и наказанию. «Спасатель» нужен для предотвращения полного наказания над «жертвой» [2]. У «спасателя» все действия направлены на спасение других, он делает намного больше, чем от него требуют. При этом он испытывает чувство вины, раздражения и справедливого гнева. Очевидно, что «жертва» нужна «спасателю» для реализации потребности в спасении кого-то. «Преследователь» же – для предотвращения полного спасения «жертвы».

Объектом в нашем исследовании выступили межличностные отношения, в то время, как предметом – межличностные отношения в семье больных алкогольной аддикцией

Гипотезой нашего исследования выступило предположение о том, что в семьях, имеющих хотя бы одного алкозависимого, имеются дисфункциональные отношения, а так же для них характерно такое патологическое состояние, как созависимость.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ Областной клинической наркологической больницы города Курска. В нем приняли участие 10 алкозависимых мужчин в возрасте от 23 до 48 лет (экспериментальная группа). А так же 10 мужчин без диагноза «алкоголизм» в возрасте от 25 до 43 лет (контрольная группа).

В качестве методов исследования были выбраны такие методики как: методика «Шкала семейного окружения» в адаптации С.Ю.Куприянова, методика «Семейные эмоциональные коммуникации» в адаптации Холмогоровой А.Б., Воликовой С.В.

С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательная статистика, расчет по критерию Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмана.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения Statistica 8.0.

Диагностика поведенческих особенностей выявлялись с помощью методики «Шкала семейного окружения» (в адаптации С.Ю. Куприяновой). Наиболее высокие результаты по шкале «Сплоченность» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 6,5 \pm 1,58$, «Конфликт» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 6,4 \pm 1,26$, в семьях с алкозависимым, и «Сплоченность» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 7,5 \pm 1,58$, «Организация» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 7,2 \pm 1,81$, «Морально- нравственные аспекты» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 7,3 \pm 1,94$, в условно здоровых семьях. Полученные результаты могут свидетельствовать о различных моделях поведения, принятых в семьях алкозависимых и условно здоровых семьях. Так, например, в семьях без диагноза «алкоголизм» более развито положительное отношение к морально-нравственным ценностям, а так же присуще уважение к этическим нормам и правилам, чем в алкозависимых семьях. Здоровые семьи отличаются также и структурированностью внутрисемейной деятельности, ясностью семейных правил и обязанностей. Однако же, как показывают статистические данные, для семей, как алкозависимых, так и нет, характерно выраженное чувство принадлежности к семье, помощь друг другу. В алкозависимых семьях имеет место открытое выражение гнева и ярости, а также конфликтные взаимоотношения в целом.

Эмоциональные особенности внутрисемейных отношений были измерены методикой «Семейные эмоциональные коммуникации» (в адаптации Холмогоровой А.Б., Воликовой С.В). Наиболее высокие показатели были выявлены по шкале «Критика» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 15 \pm 4,29$, «Фиксация на негативных переживаниях» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 7,3 \pm 1,76$, «Семейный перфекционизм» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 6,9 \pm 1,72$, в алкозависимых семьях и «Индукцированная тревога» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 6,4 \pm 1,89$, «Элиминирование эмоций» $\bar{X}_{cp.} \pm \sigma = 7,6 \pm 2,75$ в семьях без алкогольной аддикции. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что в алкозависимых семьях присутствует критическое отношение к ее членам, в том, числе преобладание неконструктивных критических высказываний, критическая оценка чувств и поступков членов семьи. Повышенное внимание негативным событиям, чувствам и поступкам. Чрезмерное ожидание «правильных» паттернов поведения и стремление к идеалу.

Для выявления различий в уровне выраженности изучаемых признаков был использован критерий U Манна -Уитни. Так, значимые достоверные различия между результатами в экспериментальной и контрольной группе, были выявлены по шкале «Критика» ($p > 0.05$) и шкале «Фиксация на негативных переживаниях» ($p > 0.05$) по методике «Семейные эмоциональные коммуникации» в адаптации Холмогоровой А.Б., Воликовой С.В, а также по шкале «Независимость» ($p > 0.05$), «Интеллектуально-культурная ориентация» ($p > 0.05$), «Морально-

нравственные аспекты» ($p > 0.05$), «Организация» ($p > 0.05$) по методике «Шкала семейного окружения» в адаптации С.Ю.Куприянова.

В результате статистической обработки данных экспериментальной группы с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана была выявлена статистически значимая отрицательно направленная корреляция показателя по шкале «Внешнее благополучие» с показателем по шкале «Экспрессивность» ($r = -0,77^*$ при $p < 0,05000$), а так же по шкале «Внешнее благополучие» с показателями по шкале «Контроль» ($r = -0,68^*$ при $p < 0,05000$). Это позволяет выдвинуть предположение о том, что в семьях с алкозависимым при более выраженном стремлении к сокрытию своих взаимоотношений в семье, имеется больший запрет на открытое выражение своих чувств и эмоций внутри семьи, а так же, при данном факте, характерна менее структуризованная семейная иерархия, ригидность семейных правил и норм.

Статистически значимая положительно направленная корреляция в экспериментальной группе была выявлена по показателям по шкале «Фиксация на негативных переживаниях» с показателями по шкале «Экспрессивность» ($r = 0,80^*$ при $p < 0,05000$), по шкале «Сверхвключенность» с показателем по шкале «Сплоченность» ($r = 0,78^*$ при $p < 0,05000$), по шкале «Критика» с показателем по шкале «Организация» ($r = 0,78^*$ при $p < 0,05000$). Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что застревание на негативном, отрицательном прошлом имеет взаимосвязь с запретом на выражение эмоций и чувств. Так же имеется взаимозависимость между активной роли в жизни другого члена семьи и выраженностью чувства принадлежности к семье, семейной поддержке и заботе. Открытая критика других членов семьи взаимодействует с организованностью деятельности семьи, ясностью семейных правил и норм.

Таким образом, можно заключить, что имеются различные модели поведения в алкозависимых и здоровых семьях, с преобладанием конфликтных стратегий у первых. Структурированность и организованность деятельности и семейной иерархии, ценностей, норм и правил более характерно для условно здоровых семей. А так же имеется тенденция к неконструктивно-критической, негативной оценки поведения, чувств и эмоций членов алкозависимых семей. Чрезмерное ожидание «правильных» паттернов поведения и стремление к идеалу.

Список литературы

1. Астахова Ю. Г., Агасарян М. В. Социология семьи: учебное пособие / Ю.Г. Астахова, М. В Агасарян / Липецк: издательство ЛГТУ, 2012. – 164с.
2. Карпман С. Жизнь, свободная от игр. М: Метанойя, 2016г. – 216 с.
3. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум для студ. фак. психологии высш. учеб. заведений / А. Г.

Лидере. — 2-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 432 с.

4. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристика и практика преодоления. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:<https://d.120-bal.ru/himiya/18828/index.html> (дата обращения 10.09.19)
5. Никишина В.Б. Ассоциативный эксперимент в диагностике зависимости: методологический и методический компонент // Вестник университета. 2010. № 9. С. 67

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Селиванова Н.П.

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

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Погосов А.В.;
Пилипенко В.Е.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования, касающихся изучения особенностей самооценки подростков, склонных к суицидальному поведению.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, подростки, самооценка.

PECULIARITIES OF SELF-ASSESSMENT IN TEENAGERS INCLUDED IN SUICIDAL BEHAVIOR

Selivanova N.P.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: doctor of medical Sciences, Professor Pogosov A.V.;
Pilipenko V. E.**

Abstract. The article presents the results of a study relating to the study of the characteristics of self-esteem of adolescents prone to suicidal behavior.

Keywords: suicide, suicidal behavior, teenagers, self-esteem.

Актуальность исследования обусловлена тем, что во всем мире суициды представляют собой серьезную проблему. По данным ВОЗ [3] уровень суицида в нашей стране считается критическим, а прогноз неблагоприятным – около 1,5 миллиона человек могут покончить жизнь самоубийством за 2020 год.

Следует отметить тот факт, что подросток находится под воздействием активной физиологической перестройки организма и интенсивной социализации личности. Именно поэтому данный возрастной период можно определить как период социально-психолого-биологического кризиса, что и приводит к росту суицидальной активности в сторону более молодого возраста [4].

Отталкиваясь от мнения и оценки окружающих, человек вырабатывает механизм, посредством которого в той или степени исходит регуляция его поведения – самооценка [1]. Кроме того, некоторые черты самооценки влияют на эмоциональное состояние, на уровень самоудовлетворенности своей собственной работой, учебной, жизнью, и на расположения с окружающими [2].

Целью исследования является выявление особенностей самооценки у подростков, склонных к суицидальному поведению.

Всего в исследовании приняли участие на добровольной основе 120 подростков в возрасте 13-14 лет, учеников 7 – 8 классов.

В качестве основных методов исследования были использованы беседа и наблюдение, экспериментально-психологический метод (выявление особенностей самооценки), а также методы статистической обработки (критерий Фишера). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0.

Для реализации поставленной цели нами были задействованы следующие психодиагностические инструменты:

- Скринг-тест Л.Н.Юрьевой для выявления предрасположенности к суицидальному поведению;
- Методика диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн.

Скринговое исследование проводилось с целью выявления предрасположенности к суицидальному поведению. В случае выявления антивитальных переживаний оцениваются текущие мысли о суициде, планы или отношение подростка к суициду, предыдущие эпизоды суицидальных мыслей, альтернативы суициду. При отсутствии антивитальных переживаний задавался перечень уточняющих вопросов.

Диагностика самооценки осуществлялась через такие показатели, как «хороший характер - плохой характер», «умный - глупый»,

«способный - неспособный», «авторитет у сверстников – презирается сверстниками», «красивый – некрасивый», «уверенный в себе – неуверенный в себе».

Скринг-тест Л.Н.Юрьевой позволил получить следующие результаты: абсолютное большинство респондентов отличалось отсутствием склонности к суицидальному поведению (94 человека – 78,3%).

Для решения поставленной задачи было сформировано две выборки:

1. Экспериментальная группа, которую составили учащиеся 7 – 8 классов с наличием у них склонности к суицидальному поведению (N = 26);

2. Контрольная группа, составившую учащиеся 7 – 8 классов, в которой не выявлена склонность к суицидальному поведению (N = 94).

Далее нами были изучены особенности самооценки у подростков. Данный параметр был проанализирован при помощи методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн.

По результатам исследования мы выявили, что испытуемые основной группы статистически значимо чаще отличались некоторыми параметрами самооценки. Так, для основной группы было характерно повышение по следующим шкалам: «умный - глупый» ($p \leq 0,01$); «способный - неспособный» ($p \leq 0,01$); «авторитет у сверстников – презирается сверстниками» ($p \leq 0,01$); «уверенный в себе – неуверенный в себе» ($p \leq 0,01$).

Испытуемым контрольной группы были свойственны повышенные показатели по следующим критериям: «хороший характер - плохой характер» ($0,05 \leq p \leq 0,01$); «красивый – некрасивый» ($0,05 \leq p \leq 0,01$).

Итак, по результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что подростки с установленной склонностью к суицидальному поведению отличаются низким уровнем самооценки, что проявляется в умственных способностях, отсутствием авторитета у сверстников и неуверенностью в себе, в то время как подростки контрольной группы отличаются низкой самооценкой по шкалам внешности и характера.

Список литературы

1. Божович, Л. И. Проблемы формирования личности: [Текст] Избр. психол. тр. / Д.И. Фельдштейн, Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. – Воронеж: МОДЭК, 2001. – 349 с.
2. Бороздина, Л.В. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний [Текст] / Л.В. Бороздина // Вопросы психологии. – 1993. – № 12. – С. 78-82.

3. Всемирная Организация Здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.who.int/ru/> (дата обращения 15.10.19).
4. Мамонтова, А.С. Влияние уровня самооценки на склонность к суицидальному поведению подростков / А.С. Мамонтова // Актуальные вопросы и достижения современной науки. – 2018. – С. 341 – 346.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МЕЛКОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Сибилева А.А.

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

Научный руководитель: д.психол.н. профессор В.Б. Никишина

Аннотация. В статье представлены методы и результаты нейропсихологического исследования мелкомоторных функций у пациентов, перенесших инсульт. Определено теоретическое обоснование инсульта и его влияние на мелкомоторные функции. Выделены особенности нарушения мелкомоторных функций у пациентов с левополушарным и правополушарным профилями при поражении неведущего полушария.

Ключевые слова. Мелкомоторные функции, инсульт, профиль латеральной организации, правополушарный профиль, левополушарный профиль.

FEATURES OF DISORDERS OF SMALL-MOTOR FUNCTIONS IN PATIENTS WHO HAVE SUFFERED A STROKE, DEPENDING ON THE PROFILE OF THE LATERAL ORGANIZATION

Sibileva A. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences Professor V.B. Nikishina

Abstract. The article presents the methods and results of neuropsychological study of small motor functions in patients who have suffered a stroke. The theoretical substantiation of stroke and its influence on small-motor functions is determined. The features of violation of small-motor functions in patients with left and right hemispheric profiles in the defeat of the ignorant hemisphere are highlighted.

Keywords. Small motor functions, stroke, lateral organization profile, right hemisphere profile, left hemisphere profile.

Актуальность изучения мелкомоторных функций обусловлена тем, что инсульт является одним из лидирующих заболеваний в структуре общей смертности и составляет 11,9% [2; 4].

В МКБ-10 инсульт рассматривается в рамках цереброваскулярных болезней (I61-I64, I69). Данное заболевание рассматривается как церебральная ишемия или кровоизлияние, причиной чего считается патология церебральных кровеносных сосудов [6].

В последнее время отмечается негативная тенденция увеличения количества инсультов у лиц трудоспособного возраста, 20% всех зарегистрированных в Российской Федерации случаев цереброваскулярной болезни приходится на лиц от 20 до 59 лет [3].

При инсульте, затрагивающем сосуды, питающие моторные зоны коры головного мозга, наблюдаются различные нарушения движений и действий, что является одной из ведущих причин потери трудоспособности, снижения качества жизни пациентов и их мобильности [5; 7].

Особенности мелкой моторики у пациентов, перенесших инсульт, в первую очередь связаны с мышечным тонусом конечностей. Ограничение подвижности суставов, снижение силы и выносливости мышц, нарушение координации движений, нарушение чувствительности кисти также относят к причинам нарушения мелкой моторики [7].

Говоря о межполушарной асимметрии, связанной с организацией движений и действий, необходимо отметить утвердившееся в неврологии представление о ведущей роли левого полушария в обеспечении кинетического и кинестетического факторов в организации праксиса [1].

Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что у пациентов, перенесших инсульт, в зависимости от профиля латеральной организации, будут наблюдаться разные нарушения мелкомоторных функций.

Целью нашего исследования является изучение особенностей нарушений мелкомоторных функций у пациентов, перенёсших инсульт, в зависимости от профиля латеральной организации.

Данное исследование проводилось на базе филиала № 3 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ "Многопрофильная клиника медицинской реабилитации" в период с 19.11.18 по 9.12.18. Объем выборки составил 6 человек для изучения особенностей нарушений мелкомоторных функций у пациентов, перенёсших инсульт, в зависимости от профиля латеральной организации. Группы были выделены по преобладающему профилю латеральной организации, так первую группу составили 3 пациента (2 мужчины, 1 женщина) с левополушарным профилем в возрасте от 56 до 61 года с очагом инсульта в правой среднемозговой артерии. Во вторую группу вошли 3 (2 мужчины, 1 женщина) пациента с правополушарным профилем в возрасте от 55 до 59 лет с очагом инсульта в левой среднемозговой артерии.

В качестве методов исследования мелкомоторных функций были выбраны:

1. Проба на исследование кинестетического праксиса по зрительному и тактильному образцам;
2. Проба переноса позы с одной руки на другую;
3. Проба на исследование динамического праксиса «Кулак-ребро-ладонь» (Лурия);
4. Проба на исследование динамического праксиса – проба на реципрокную координацию (Озерецкий);
5. Проба на исследование динамического праксиса – графическая проба «Заборчик»;
6. Проба на исследование пространственного праксиса – пробы Хэда;
7. Проба на исследование конструктивного праксиса – копирование изображения с поворотом на 180°.

Диагностика каждого пациента проходила индивидуально, представленные выше методики оценивались по шкале Вассермана (0-3 балла) по четырем критериям: темп, точность, координированность, дифференцированность.

По результатам проведенной диагностики были получены следующие результаты:

1. В группе с левополушарным профилем преимущественно отмечалось в неведущей руке снижение темпа выполнения проб (2-3 балла), при этом показатели точности, координированности и дифференцированности не превышали 2х баллов. При выполнении проб ведущей рукой ошибок не выявлено.

2. В группе с правополушарным профилем преимущественно отмечались в неведущей руке ошибки точности и дифференцированности

(2-3 балла), при этом оценка темпа выполнения проб не превышала 1 балла, а оценка дифференцированности 2х баллов. При выполнении проб ведущей рукой также отмечались ошибки точности в пределах 1 балла.

3. В группе с правополушарным профилем преобладали ошибки, связанные с упрощением программы действий, а именно пропуск звена в пробе «Кулак-ребро-ладонь», речевое сопровождение своей деятельности при выполнении большинства методик.

4. В группе с левополушарным профилем преобладали ошибки, связанные с пространственной ориентировкой движений и действий, а именно: отзеркаливание (пробы Хэда, копирование изображения с поворотом на 180°), не соблюдение расположения на листе, не соблюдение соразмерности (копирование изображения с поворотом на 180°).

Таким образом, исходя из полученных данных, можно предположить, что если у пациента, перенесшего инсульт, при диагностике мелкомоторных функций, наблюдаются преимущественно ошибки точности и дифференцированности на обеих руках, но более выражены на неведущей руке, то у данного пациента правополушарный профиль латеральной организации, а очаг инсульта локализован в левом полушарии. Если у пациента на первый план выходит снижение темпа выполнения проб на неведущей руке и ошибки, связанные с пространственной ориентировкой движений и действий, то можно предположить, что у данного пациента левополушарный профиль латеральной организации, а очаг инсульта локализован в правом полушарии.

Список литературы

1. Корсакова Н.К. / Клиническая нейропсихология: Учеб. пособие / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте; МГУ им. М. В. Ломоносова, Фак. психологии. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 89 с.
2. Крючков Юрий Алексеевич, Щуковский Николай Валерьевич, Шоломов Илья Иванович, Руннова Анастасия Евгеньевна, Журавлев Максим Олегович Оценка результатов электроэнцефалографии в реабилитации пациентов с моторными нарушениями после перенесенного инсульта // Ульяновский медико-биологический журнал. –2018. –№4.
3. Литвинова М.А. Инсульт: современные тенденции развития и профилактическая работа врача // Вестник Здоровье и образование в XXI веке.– 2017. –№5.
4. Пирадов М.Ю. / Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танашян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. –272 с.
5. Фролов А.А., Бирюкова Е.В., Бобров П.Д., Курганская М.Е., Павлова О.Г., Кондур А.А., Турбина Л.Г., Котов С.В. Эффективность

- комплексной нейрореабилитации пациентов с постинсультным парезом руки с применением нейроинтерфейса ««мозг -компьютер» + экзоскелет» // Альманах клинической медицины. –2016. –№3.
6. Хеннерици М.Г. / Инсульт: Клин. руководство / Михаэль Г. Хеннерици, Жульен Богуславски, Ральф Л. Сакко; Пер. с англ.; Под общ. ред. чл. корр. РАМН В.И.Скворцовой. – М.: МЕДпресс информ, 2008. – 224 с.
7. Янов А.В. Развитие мелкой моторики у инвалидов после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) / ОГКУ «Государственное учреждение Челябинский областной реабилитационно-физкультурный центр инвалидов «Импульс», Челябинск. – 2017.

**МЕЖПОЛУШАРНАЯ АСИММЕТРИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ
ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ
ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

Сивик О.А.

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

**Научный руководитель: зав.кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, д.психол.н. доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье представлен анализ изучения проблемы двигательных нарушений при ишемическом инсульте. Рассмотрены особенности двигательной сферы при поражении левого ведущего и правого неведущего полушарий. Анализ основан на уровнях построения движений Н.А. Берштейна.

Ключевые слова: ишемический инсульт, двигательные нарушения, уровни построения движений, межполушарная асимметрия.

**INTERHEMISPHERIC ASYMMETRY IN THE STUDY OF
MOTOR DISORDERS AT DIFFERENT LEVELS OF MOVEMENT IN
ISCHEMIC STROKE**

Sivik O.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.

Abstract. The article presents an analysis of the study of the problem of movement disorders in ischemic stroke. The features of the motor sphere in the defeat of the left and right hemispheres are considered. The analysis is based on the levels of construction of movements of N. A. Bernstein.

Keywords: ischemic stroke, motor disorders, levels of movement construction, interhemispheric asymmetry.

Ишемический инсульт – поражение головного мозга, возникающие в связи с частичным или полным прекращением поступления крови в мозг по какому-либо сосуду [6]. Характерной чертой ишемического инсульта является преобладание очаговых симптомов над общемозговыми: в некоторых случаях общемозговые симптомы могут вообще отсутствовать. Очаговые симптомы зависят от локализации мозгового инфаркта, последняя же находится в непосредственной связи с пораженным сосудом и условиями коллатерального кровообращения. При ишемическом инсульте отмечается более тесная связь очаговых симптомов с бассейном определенного сосуда [9]. По современным данным наиболее часто (около 70% случаев), ишемические инсульты происходят в каротидном бассейне, который дает среднюю мозговую артерию. Выделяют 3 ответвления средней мозговой артерии [5]:

1. Ствол средней мозговой артерии – при тотальных поражениях в данной области в правом полушарии возникают гемиплегии, гемианестезии, гемианопсии, в левом – нарушение схемы тела.

2. Верхнее ответвление – снабжают кровью лобную, теменную доли – возникает центральный парез лица и конечностей на противоположной стороне.

3. Нижнее ответвление – снабжают кровью теменную, височную и затылочную кору полушарий – возникают чувствительные нарушения, гемианопсия. [4]

Возникающие ишемические инсульты в каротидном бассейне, а именно в бассейне средней мозговой артерии сопровождаются нарушениями произвольных движений при поражении верхнего

ответвления и ствола артерии в доминантном полушарии, которые снабжают кровью лобную долю головного мозга.

На основе собственных исследований Н.А. Бернштейн выделил уровни регуляции движений [3; 8], на каждом из которых выделяют двигательные нарушения, в зависимости от доминантности полушария головного мозга [1; 2; 7]:

Таблица 1

Двигательные нарушения на разных уровнях построения движений

Левое полушарие (ведущее)	Уровень	Правое полушарие (неведущее)
Расстройства мышечного тонуса верхних конечностей; дистонии; тремор покоя, амиостатический синдром верхних конечностей.	Рубро-спинальный уровень	Расстройства мышечного тонуса левой верхней конечности; амиостатический синдром левой верхней конечности.
Симптомокомплекс паркинсонизма (амимия, скованность позы, скудность жестов, отсутствие выразительных движений, снижение автоматизмов, ригидная гипертония, тремор покоя). Персеверации – невозможность прекратить раз начатое движение. Паралич инициативы – трудности начать движение, закончить уже начатое. Разнообразные гиперкинезы, избыточные синкинезии.	Талламо-палладирный уровень	Паракинезии.
Атаксии; спастические параличи, сменяющиеся затем парезами. Обнаруживаются избирательные дефекты в областях пространственного поля: выпадение или ухудшение качества точных движений, затруднительность выполнения целевых движений при сохранности движений мимических, выразительных, позных и т. д.	Пирамидно-стриальный уровень	Пространственная ориентация объектов; ориентация во внешнем пространстве; параличи левых конечностей.
Ниже-теменные синдромы – гностические апраксии, сопровождающиеся сенсорной	Теменно-премоторный уровень	Апраксия одевания (синдром Брейна); нарушение схемы тела; левостороннее

афазией, алексией, слуховыми агнозиями и др. Апраксия Липманна; апраксия позы; апраксия пространства; апраксия Клейста; дезавтоматизация смысловых или предметных цепей.		игнорирование; конструктивная апраксия и агнозия.
Выпадения: 1. Потеря в той или иной области смысловых (уже не предметных) мотивов, (афазия, алексия, амузия и др.) 2. «Любный синдром».	Корковый «символический» уровень	Анозогнозия – не признание заболевания.

Нарушения рубро-спинального уровня характеризуются изменениями мышечного тонуса конечностей. Отличительными особенностями полушарий является то, что ведущее левое отвечает за работу обеих верхних конечностей, а правое – за работу левой верхней конечности [1; 2; 7]. Поражения левого доминантного полушария на таламо-палладирном уровне проявляется двумя группами нарушений. Первая группа – гипофункция, т.е. выпадение, характеризуется симптомокомплексом паркинсонизма, персеверациями, параличом инициативы. Вторая группа – гиперфункция – возникновение разнообразных патологических произвольных движений. При поражении правого полушария на данном уровне отмечаются паракинезии. Описанные уровни построения движений совместно отвечают за регуляцию произвольных движений [8].

Пирамидно-стриальный уровень характеризуется нарушениями в области пространственного поля. Правополушарные дефекты проявляются в виде пространственной ориентировке, параличи левых верхних конечностей; левополушарные – нарушения координации, параличи и парезы обеих верхних конечностей, страдает точность движений. Теменно-премоторный уровень ответственен за выполнения действий с предметами. При поражении правого неведущего полушария возникают апраксия одевания, нарушения схемы тела, конструктивная апраксия. Нарушения, которые возникают при поражении левого ведущего полушария, характеризуются поражением смысловой структуры предметного действия. К данной группе относятся апраксия Липманна, при которой нарушается смысловая последовательность действий; апраксия Клейста – страдает выполнение отдельных элементов двигательной программы. Также возникают апраксия позы и апраксия пространства. Данные нарушения, связаны с другими уровнями, а именно с таламо-палладирным и пирамидно-стриальным. Корковый «символический» совместно с описанными ранее двумя уровнями регулирует произвольные движения [8]. Поражение правого полушария

характеризуется возникновением анозогнозии – не признание своего заболевания. Данный синдром по внешним проявлениям может быть похож на «лобный синдром», который возникает при левополушарном поражении. Он характеризуется несогласованностью поведения, распадом соответствия между ситуацией и действием и т.п. Также возникают в зависимости локализации очага поражения нарушения высших психических функций [1; 2].

Таким образом, при диагностике пациентов, перенесших ишемический инсульт на основании описанных двигательных нарушений, можно установить степень поражения головного мозга. Понимание нарушенного уровня построения движений необходимо для коррекционно-восстановительных мероприятий.

Список литературы

1. Бершнштейн Н.А. О построении движений. – М.: Книга по Требованию, 2012. –253 с.
2. Бершнштейн Н.А. Физиология движений и активность. М.: Книга по Требованию, 2012. –496 с.
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. — М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. –336 с.
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.
5. Парфенов В.А. Ишемический инсульт. –М.: ООО «Издательство «Медицинское информированное агентство», 2012. –288 с.
6. Пашков А.А. Неврология и нейрохирургия: пособие.– Витебск: ВГМУ, 2015. –190 с.
7. Фокин В.Ф., Боголепова И.Н. Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. –М.: Научный мир, 2009. –836 с.
8. Хомская Е. Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е издание. СПб.: Питер, 2018.– 496 с.
9. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. – М.: «Медицина», 1976. –284 с.

ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ГНОЗИС У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Симочкина Ю.И.

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

**Научный руководитель: к.психол.н., доцент кафедры
психологии здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования зрительно – пространственного гнозиса у детей младшего подросткового возраста с умственной отсталостью. Зрительно – пространственный гнозис у данных детей характеризуется отсутствием целостных образов предметов, нарушением пропорции и пространственного соотношения частей, бледностью деталей, примитивностью предметных рисунков.

Ключевые слова: нейропсихология, зрительно – пространственный гнозис, умственная отсталость.

**EMPIRICAL RESEARCH RESULTS
SPATIAL AND SPATIAL GNOSIS IN CHILDREN OF
YOUNGER TEENAGERS WITH EASY MENTAL DISABILITY**

Simochkina Y.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Candidate of Psychological Sciences, Associate
Professor of the Department of Psychology of Health and
Neuropsychology Kuznetsova A.A.**

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the features of visual - spatial gnosis in young children with mental retardation. Visual - spatial gnosis in these children will be characterized by the absence of integral images of objects, a violation of the proportion and spatial ratio of parts, pallor of details, primitiveness of subject drawings.

Key words: neuropsychology, visual - spatial gnosis, mental retardation.

Актуальность исследования обусловлена тем, что количество детей с проблемами развития зрительно - пространственного гнозиса постоянно увеличивается. Недостаточное развитие пространственных функций считается одной из распространенных причин неуспешности ребенка в школе.

Восприятие пространственных отношений и ориентировка человека в пространстве является одной из наиболее комплексных форм

восприятия. Оно базируется на зрительном восприятии предметов окружающего мира, восприятии собственного тела [3]. Пространственная ориентировка связана с выделением в пространстве горизонтального и вертикального вектора. Поэтому пространственный гнозис обеспечивается работой различных факторов, но основной зоной совместной работы является височно-теменно-затылочная (зона ТРО) [1]. Головной мозг находится в постоянном развитии, психика в детском возрасте особенно пластична. Существует необходимость учитывать особенности онтогенеза ребенка в целом и развитие зрительно - пространственного гнозиса в частности, для построения наиболее адаптивной и сенсibilизированной среды для воздействия на ближайшую зону развития школьника [2].

В данной статье будут рассмотрены результаты эмпирического исследования особенностей зрительно – пространственного гнозиса, системы факторов, обеспечивающих его функционирование, взаимосвязи с другими психическими функциями, онтогенетические особенности, а также значимость для учебной деятельности.

Умственно отсталые дети не в состоянии воспринимать совокупность предметов во всем богатстве признаков и пространственных отношений. С.Я. Рубинштейн, И.М. Соловьев, показывают, что этим детям анализ пространственных признаков отдельных предметов (форма, величина) удастся несколько легче, чем восприятие нового пространственного качества, возникающего в группе предметов, а при обозрении действительности такие дети плохо усматривают связи и отношения между объектами [4].

В структуре пространственных представлений А.В. Семенович выделяет 4 основных уровня: пространственные представления о собственном теле, пространственные представления о взаимоотношении внешних объектов и тела (по отношению к собственному телу), уровень вербализации пространственных представлений, лингвистические представления (пространство языка) [5].

Сложноразвивающаяся организация работы зрительно-пространственного гнозиса обеспечивается системно-динамическими связями с другими психическими функциями. Белова О. А. в своем исследовании указывает на взаимосвязь зрительно - пространственного восприятия со многими психическими функциями, например, с речью. А. Р. Лурия [2], отмечал, что слово изменяет непосредственное восприятие предмета, оно выделяет его существенные признаки, делает восприятие предмета более устойчивым, вносит в восприятие те формы анализа и синтеза, которые ребенок не мог бы сформировать в своем индивидуальном опыте [3]. Так же зрительно - пространственный гнозис теснейшим образом связан с такой функцией, как письмо.

Таким образом, можно сделать вывод о высокой роли зрительно-пространственного гнозиса в осуществлении успешной учебной деятельности в частности и конструктивной деятельности, в целом.

Целью исследования является выявление особенностей зрительно – пространственного гнозиса у детей младшего подросткового возраста с умственной отсталостью.

Объект исследования – зрительно – пространственный гнозис. Предмет исследования – особенности зрительно – пространственного гнозиса у детей младшего подросткового возраста с умственной отсталостью.

Гипотезой является выступило предположение о наличие у детей младшего школьного возраста с легкой умственной отсталостью особенностей в зрительно – пространственном гнозисе. Он будет характеризоваться: отсутствием целостных образов, искажением строения предметов и их формы, примитивностью предметных рисунков, нарушением пропорции и пространственного соотношения частей. У детей с умственной отсталостью развитие зрительно – пространственного гнозиса сдвигается на подростковый возраст.

В выборку вошло 30 детей младшего подросткового возраста с диагнозом умственная отсталость.

На основе информированного согласия реализовано индивидуальное нейропсихологическое исследование, были использованы нейропсихологические пробы: «Реалистичные предметы», «Перечеркнутые предметы», «Зашумленные предметы», «Наложенные предметы», «Химеры», «Геометрические фигуры», «Рисунок человека», «Заборчик» [6]. Диагностика каждого ребенка осуществлялась в индивидуальном порядке, представленные методики оценивались по шкале Вассермана (0-3 балла) по критериям: темп, точность.

Обработка данных осуществлялась с помощью методов статистики. Для компьютерной обработки результатов применялся статистический пакет «Статистика» («STATISTICA 8.0»).

В результате проведенного исследования, проведя статистический анализ критериев «темп» и «точность» по шкале Вассермана, были получены средние значения по выборке: в методике «Реалистичные предметы» точность называния изображений $1,96 \pm 0,21$, темп $2,1 \pm 0,43$; в «Перечеркнутых изображениях» точность $1,26 \pm 0,67$, темп $1,33 \pm 1,02$; в «Зашумленных изображениях» точность $1,16 \pm 0,43$; темп $1,2 \pm 0,53$; в «Наложенных изображениях» точность $2,6 \pm 1,1$, темп $2,4 \pm 0,67$; в пробе «Химеры» точность $1,33 \pm 0,47$, темп $1,23 \pm 0,13$; в методике «Геометрические фигуры» точность $0,5 \pm 0,15$; темп $1,06 \pm 0,76$; в методике «Рисунок человека» точность $1,53 \pm 0,25$, темп $1,56 \pm 0,78$, полученные результаты свидетельствуют о том, что наблюдаются средний уровень выполняемых проб, соотносимых с результатами выполнения детей

младшего школьного возраста с нормой интеллектуального развития, выполненного нами ранее. В младшем школьном возрасте в норме происходит формирование вышеуказанных компонентов [5], а в группе с диагнозом умственная отсталость это сдвигается на подростковый возраст. Трудности в зрительно – пространственном гнозисе проявляются в виде снижения отсутствия целостности образов предметов, нарушений пропорций и пространственного соотношения частей, бледности деталей и примитивности предметных рисунков.

Таким образом, выдвинутая гипотеза была подтверждена. Нами были получены результаты, которые позволяют сделать вывод о том, что у детей с умственной отсталостью развитие зрительно – пространственного гнозиса сдвигается на подростковый возраст.

Список литературы

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. – М.: АСТАстрель, 2005. – 384 с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
3. . Ислямова Э.Э. Особенности восприятия детей с умственной отсталостью / Молодая наука. – 2016. – С. 350-352.
4. . Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков /Д.Н. Исаев / Речь. – 2007. – С. 105-106.
5. Кузнецова А.А., Воробьева В.В., Золотарева И.В., Моренко И.М., Ушакова Н.И. Особенности личностного развития детей младшего школьного возраста в процессе адаптации к школьному обучению//Коллекция гуманитарных исследований. –2019. –№ 1 (16). – С. 12-20.
6. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. –М.: Академия. –2002. – С.232.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Сирош Д.С.

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

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пастух И.А.

Аннотация. В статье представлены результаты изучения особенностей качества жизни 22-х больных, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством. Представленные результаты свидетельствуют о значительном снижении качества жизни больных рекуррентным депрессивным расстройством текущий эпизод средней степени тяжести по следующим показателям: «физическая мобильность», «эмоциональное состояние», «сексуальная функция», «интегративный показатель».

Ключевые слова. Рекуррентное депрессивное расстройство, качество жизни, физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальное функционирование, аффективная патология.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL STUDY OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Sirosh D.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of medical sciences, associate professor Pastukh I.A.

Abstract. The article presents the results of a study of the quality of life of 22 patients, suffering from recurrent depressive disorder. Representations of the results indicate a significant decrease in the quality of life of patients with recurrent depressive disorder, depending on the following indicators: “physical mobility”, “emotional state”, “sexual function”, and “integrative indicator”.

Keywords. Recurrent depressive disorder, quality of life, physical mobility, emotional state, sexual functioning, affective pathology.

Рекуррентное депрессивное расстройство – наиболее распространенное психическое заболевание, затрагивающее значительную часть населения трудоспособного возраста [1]. По данным эпидемиологических исследований, депрессивные расстройства сопровождаются выраженными медико-социальными последствиями, к которым относятся снижение социального функционирования, склонность к рецидивам, суицидальное поведение и изменение качества жизни больного [4]. В психиатрии под качеством жизни понимают описание соматических, ментальных, социальных и функциональных аспектов субъективного самочувствия пациентов. Психологическое содержание понятия «качество жизни» определяется как чувство удовлетворенности жизнью, преобладанием в состоянии человека позитивных эмоций и положительная оценка когнитивного

функционирования [2; 3]. Изучение особенностей качества жизни у больных рекуррентным депрессивным расстройством, через их субъективную оценку удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности является актуальной проблемой для клинической практики [5]. Результаты исследования помогут разработать эффективную психокоррекционную программу.

Целью исследования явилось изучение особенностей качества жизни больных рекуррентным депрессивным расстройством.

Методы и материалы. В период с 2018-2019 гг. на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областной клинической наркологической больницы» Комитета здравоохранения Курской области обследовано 22 пациента (100%) с рекуррентным депрессивным расстройством. В основную группу (ОГ) вошли больные, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод средней степени тяжести – (11 больных 50,0%). Контрольную группу (КГ) составили больные, обнаруживших рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени тяжести (11 больных – 50,0%). Критерием исключения из исследования стало наличие органического поражения головного мозга, отсутствие тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения. Для оценки показателей качества жизни использовалась «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов NAIF». Для оценки статистической значимости уровня различий в двух группах был использован U-критерий Манна-Уитни ($p < 0,05$). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

В таблице №1 представлены средние значения показателей качества жизни основной и контрольной групп по методике NAIF. В ходе проведенного исследования установлено, что средний количественный показатель КЖ был достоверно ниже в ОГ в сравнении с КГ по следующим шкалам: «эмоциональное состояние» и «сексуальная функция». Так же были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по шкалам «физическая мобильность» и «интегральный показатель», что говорит о значительном снижении качества жизни у больных основной группы.

Таблица 1

Среднее значение показателей качества жизни основной и контрольной групп

Шкалы NAIF	Основная группа	Контрольная группа	p-level
	среднее значение показателей		
Физическая мобильность	60,5 ±11,2	80,3±7,1	0,000823**
Эмоциональное состояние	54,9 ±18,7	76,5±10,9	0,020137*

Сексуальная функция	43,6 ±28,8	62,8±14,2	0,037772*
Социальная функция	46,2 ±21,7	62,1±22,6	0,245279
Познавательная функция	57,4 ±11,5	63,6±17,8	0,597407
Экономическое положение	58,6 ±31,9	69,9±14,2	0,290847
Интегральный показатель	63,3±36,5	84,2±4,8	0,001946**

Примечание: * — различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$);

** — различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$)

Таким образом, нами были выявлены предварительные показатели изменения качества жизни у больных рекуррентным депрессивным расстройством. Исходя из анализа материалов исследования, следует, что проведенная пациентами с рекуррентным депрессивным расстройством (текущий эпизод средней степени тяжести) субъективная оценка качества их жизни значительно хуже, чем такая же самооценка КЖ пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (текущий эпизод легкой степени тяжести). Значительные различия наблюдались в оценке физической мобильности, эмоционального состояния, сексуальной функции, что в совокупности привело к более низкому интегральному показателю качества жизни.

Список литературы

1. Кот, Т.Л. Латентные факторы качества жизни у больных с депрессивными расстройствами /Т.Л. Кот, Аэ.В. Сирусина и др. // Мир науки, культуры, образования. – 2014.– №1(44). –С.342-344.
2. Пастух, И.А. Особенности качества жизни и психологического благополучия больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами в результате комплексных психотерапевтических мероприятий / И.А. Пастух, К.Н. Голозубова // Психология здоровья и болезни: Клинико-психологический подход. – 2018.– С.281-288.
3. 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. – Т2. –С.40-45.
4. Суровцева, А.К. Особенности субъективной оценка качества жизни пациентов аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения / А.К. Суровцева, Е.Д. Счастливый//Суицидология. – 2014. –№4(17). –С.52-57.
5. Бельская, Г.Н. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения

ишемического инсульта / Г.Н. Бельская, Л.В. Лукьянчикова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – №1. – С.51-57.

**ВЗАИМОСВЯЗИ СТРАТЕГИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И
ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ МАТЕРЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

Стулова А.В.

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

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

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи стратегии семейного воспитания и психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха. Эмпирически доказано, что использование либерального стиля в семейном воспитании усиливают у матерей чувство собственной несостоятельности, редуцируют достигнутые ими в реализации родительских функций успехи. Категоричность, неуступчивость матерей, их постоянный контроль за поведением ребенка усиливают эмоциональную опустошенность и усталость, а авторитетный стиль воспитания, наоборот, может выступить ресурсом их преодоления.

Ключевые слова: психическое выгорание, матери, стратегия семейного воспитания, дети с нарушениями слуха

**INTERRELATION STRATEGIES FAMILY EDUCATION AND
MENTAL BURNOUT OF MOTHERS RAISING CHILDREN WITH
HEARING IMPAIRMENTS**

Stulova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, professor of the
Department of Psychology of Health and Neuropsychology
Molchanova L.N.**

Abstract. The results of a study of the relationship between the strategy of family education and mental burnout of mothers raising children with hearing impairments are presented in the article. It is empirically proven that the use of the liberal style in family education reinforces the feeling of insolvency among mothers, and reduces the successes achieved by them in the implementation of parental functions. Categoricalness, intransigence of mothers, their constant control over the behavior of the child increase emotional emptiness and fatigue, and an authoritative style of education, on the contrary, can be a resource for overcoming them.

Keywords: mental burnout, mothers, family education strategy, hearing impaired children

На протяжении долгого времени проблемы развития ребенка с ОВЗ выходили на первый план [3], а вопросы психологического здоровья родителей детей с ОВЗ оставались в стороне. Но для развития личности ребенка, для его успешной адаптации к социуму важен факт сопровождения, точнее — взрослый, от которого зависит его развитие в рамках имеющихся возможностей [7]. Поэтому необходимо учитывать психологическое состояние родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ [1].

Рядом ученых доказано, что обстоятельства, связанные с рождением ребёнка, имеющего особенности развития, в большей степени оказывают влияние на психоэмоциональное состояние матерей, нежели отцов. Этот факт связан с тем, что преобладающая роль в воспитании ребенка в настоящее время лежит на матерях.

Развитие психического выгорания при воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья требует особого внимания и подробного изучения как специалистами, так и обществом. Это многогранный, сложный процесс, формирование которого происходит не только из-за накопления негатива, но и в результате одиночества и однообразия. Период повышенной активности, когда матери сконцентрированы на заботе о ребёнке (нередко забывают о собственных нуждах) сменяется потерей интереса к профессиональной деятельности, эмоциональный отклик: ни положительный, ни отрицательный. Постепенно утрачивается интерес ко всему, в том числе и к ребёнку [4; 5].

Важным аспектом, влияющим на психоэмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, является стратегия семейного воспитания ребенка, среди которых известны авторитетный,

авторитарный, либеральный и индифферентный стили. Отводя достаточное время, используя все возможные ресурсы для воспитания ребенка, родители часто не замечают собственного эмоционального истощения.

В этой связи в качестве объекта исследования выступает психическое выгорание матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.

Предметом исследования являются взаимосвязи стратегии семейного воспитания и психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.

Гипотеза исследования – предположение о существовании взаимосвязей стратегий семейного воспитания и психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха.

Затрачивая собственный ресурс на развитие и воспитание личности ребенка, матери испытывают собственное психоэмоциональное истощение.

Исследование проводилось на базе областного казенного общеобразовательного учреждения «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья». В нем приняли участие 36 матерей, воспитывающих детей с нарушением слуха, в возрасте $\bar{X}_1 \pm \sigma = 33,8 \pm 4,9$, 25 из которых имели высшее образование, а 11 – среднее профессиональное, 23 матерей совмещают профессиональную деятельность с воспитанием ребенка. Дети имели нарушения слуха I и II степени.

В качестве методов исследования использовали методики «Родительское выгорание» (И.Н. Ефимова) [2], «Стратегия семейного воспитания» (С.С. Степанова в модификации И.И. Махониной) [6]. С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику и корреляционный анализ r-Спирмена. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения («Statistica 11.0»).

Исследование с помощью методики «Родительское выгорание» (И.Н. Ефимова) [2] указывает на следующие результаты. Высокий уровень выраженности психического выгорания диагностирован по шкалам: «Эмоциональное истощение»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 25,94 \pm 3,50$ и «Редукция родительских достижений»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 35,00 \pm 2,37$, а средний – по шкале «Деперсонализация»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 8,50 \pm 3,50$, свидетельствующие о высоком эмоциональном перенапряжении, утрате интереса к собственным детям, о равнодушии, чувстве опустошенности и истощенности собственных эмоциональных ресурсов, о негативном самовопрятии выполнения своих родительских обязанностей, безразличии в выполнении своей

родительской роли, снижении значимости достигнутых результатов в воспитании ребенка с нарушениями слуха.

С помощью методики «Стратегия семейного воспитания» (С.С. Степанова в модификации И.И. Махониной) [6] диагностировали средние значения показателей стратегий семейного воспитания по шкалам: «Авторитетный стиль»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 5,33 \pm 1,80$, «Авторитарный стиль»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 2,00 \pm 1,07$, «Либеральный стиль»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 1,67 \pm 1,12$, «Индифферентный стиль»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 1,17 \pm 1,30$, указывающие на преобладание авторитетного стиля. Таким образом, матери, воспитывающие детей с нарушениями слуха, осознают собственную роль в становлении личности ребенка как важную. Вместе с тем в соответствии с возрастными возможностями детей они поощряют их личную ответственность и самостоятельность. Дети включены в обсуждение семейных проблем, участвуют в принятии решений, выслушивают и обсуждают мнение и советы родителей. Матери требуют от детей осмысленного поведения и стараются помочь им, чутко относясь к их запросам. При этом они проявляют твердость, заботятся о справедливости и последовательном соблюдении дисциплины, что формирует правильное, ответственное социальное поведение.

Изучение взаимосвязей стратегий семейного воспитания и психического выгорания матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, осуществлялось с помощью метода корреляционного анализа г-Спирмена и засвидетельствовало наличие статистически высоко значимой отрицательно направленной корреляции умеренной выраженности между показателями «Авторитетный стиль» и «Эмоциональное истощение» ($r = -0,49^{**}$ при $p = 0,002$), достоверно значимых и положительно направленных корреляций средней выраженности между показателями «Авторитарный стиль» и «Эмоциональное истощение» ($r = -0,59^{**}$ при $p = 0,000$), а также умеренной выраженности между показателями «Либеральный стиль» и «Редукция родительских достижений» ($r = 0,34^*$ при $p = 0,040$). Это позволяет выдвинуть предположение о том, что категоричность, неуступчивость матерей, их постоянный контроль за поведением ребенка с нарушением слуха усиливают эмоциональную опустошенность и усталость, а авторитетный стиль воспитания, наоборот, может выступить ресурсом их преодоления. Использование либерального стиля в семейном воспитании, представленного доверием, исключением запретов и ограничений в общении с ребенком с нарушением слуха усиливают у матерей чувство собственной несостоятельности, редуцируют достигнутые ими в реализации родительских функций успехи.

Список литературы

1. Базалева Л.А. Возможности исследования эмоционального «выгорания» у матерей в психологии личности // Вестник

- Адыгейского государственного университета. Серия «Педагогика и психология». – 2010. – № 1. – С. 174-182.
2. Ефимова И.Н. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – №4. – 2013. – С.31-40.
 3. Молчанова Л.Н., Ситникова А.В. Особенности функционирования семей, воспитывающих детей с нарушением слуха // Коррекционно-педагогическое образование. – 2015. – №3 (3). – С. 16-27.
 4. Молчанова Л.Н., Чеканова А.В. Особенности взаимосвязи психического выгорания и социального интеллекта матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха // Перспективы науки и образования. – 2019. – №3 (39). – С.267-276.
 5. Молчанова Л.Н., Чеканова А.В. Проблема детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с нарушениями слуха /ЛУЧШАЯ НАУЧНАЯ СТАТЬЯ 2016: сборник статей III Международного научно-практического конкурса. – Пенза, 2016. – С. 173-176.
 6. Тест «Стратегия семейного воспитания». [URL:https://www.sochi-schools.ru](https://www.sochi-schools.ru) (дата обращения: 1 июня 2019).
 7. Molchanova L.N., Chekanova A.V. Development of parental competence through psychological and pedagogical support for families in the upbringing of hearing-impaired children // Psychology in Russia: State of the Art. – 2018. – Т. 11. – № 4. – С. 223-238.

СВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СО СКЛОННОСТЬЮ К ДЕПРЕССИВНЫМ СОСТОЯНИЯМ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Ткачева Е.В.

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

**Научный руководитель: к.психол.наук, доцент кафедры общей и
клинической психологии Гут Ю.Н.**

Аннотация. Проанализирована степень разработанности исследуемой проблемы в трудах отечественных и зарубежных авторов. Изучена связь тревожности и депрессивных состояний у старших

школьников. Проведено исследование, нацеленное на выявление влияния уровня тревожности на выраженность симптомов депрессии.

Ключевые слова: депрессия, тревожность, старший школьный возраст, эмоциональная сфера, депрессивные состояния.

THE RELATIONSHIP OF THE ANXIETY LEVEL WITH A PERSPECTIVE TO DEPRESSIVE STATES IN SENIOR SCHOOLCHILDREN

Tkacheva E. V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate
professor of the Department of General and Clinical Psychology Gut
Yu.N.**

Abstract. The degree of development of the investigated problem in the works of domestic and foreign authors is analyzed. The relationship of anxiety and depressive states in older students was studied. A study was conducted aimed at identifying the effect of the level of anxiety on the severity of symptoms of depression.

Key words: depression, anxiety, senior school age, emotional sphere, depressive states.

В настоящее время все большее внимание уделяется изучению эмоциональной сферы подростков и факторов, влияющих на её становление. Под эмоциональной сферой личности принято понимать субъективные переживания человека, его отношения к предметам, явлениям, событиям или другим людям [2]. Собственно говоря, это и есть эмоции, чувства и переживания человека.

Стоит уделить отдельное внимание тревожности в контексте эмоциональной сферы старших школьников. Соловьева Л.С. определяет тревожность как отрицательное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-либо опасного, не связанного с конкретными событиями [3]. Таким образом можно сказать, что тревога является эмоциональной реакцией на стресс.

Депрессивное состояние – это «тип психического расстройства с характерными соматическими, когнитивными и эмоциональными нарушениями: сниженная энергичность, упадок сил и утомляемость, утрата удовольствия и интереса, ухудшение самочувствия и настроения и другие проявления» [1]. Феномен депрессии является объектом изучения

многих ученых (Б.М. Бехтерева, Д.Н. Исаев, И.П. Павлов, И.М. Сеченов, А. Адлер, К.Э. Изард, Г. Селье, К. Юнг, З. Фрейд.).

Депрессия является серьезным эмоциональным расстройством, подвержены ему могут быть люди любого возраста, а тем более те, кто находятся в ситуации выбора, имеют неадекватное представление о себе. Депрессия характеризуется устойчивым грустным, подавленным и раздражительным настроением и потерей интереса, удовольствия в жизни. Также эти чувства будут сопровождаться рядом дополнительных симптомов, которые, в свою очередь, влияют на аппетит, сон, на уровень активности и на концентрацию внимания, а также на общее самочувствие.

Депрессивные расстройства считаются наиболее распространёнными видами психической патологии, встречающейся в любой возрастной категории, в т. ч. и подростковой. В старшем школьном возрасте существует наибольший риск появления депрессивных состояний. Кроме того, у подростка, перенесшего депрессию в старшем школьном возрасте возрастает риск формирования аффективной патологии в дальнейшей жизни, особенно если депрессивный эпизод имел место быть уже после наступления половой зрелости [4].

Задачей нашего исследования является выявление взаимосвязи уровня тревожности с риском формирования депрессивного состояния у старших школьников. При планировании и организации исследования мы полагали, что имеется определенная взаимосвязь между уровнем тревожности и риском формирования депрессивного состояния, а именно, чем выше уровень тревожности, тем выше риск формирования депрессивных состояний.

Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ №4, выборку составили 30 учеников 9 и 11 классов в возрасте от 15 до 17 лет. Методы исследования были представлены: анализом психологической литературы, опросом, качественным сопоставительным анализом полученных в ходе осуществления предыдущих этапов результатов. В ходе проведения исследования нами были использованы следующие методики исследования: Опросник депрессии (CDI) М.Ковач, Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) Е.Е. Ромицына.

В ходе проведенного исследования мы выяснили, что из 30 учеников, участвовавших в тестировании, крайне высокий уровень тревожности был выявлен у 1 ученика (3%), повышенный уровень у 7 (23%), средний уровень у 17 (57%) и низкий уровень тревожности у 5 (17%) учеников (рис.1).

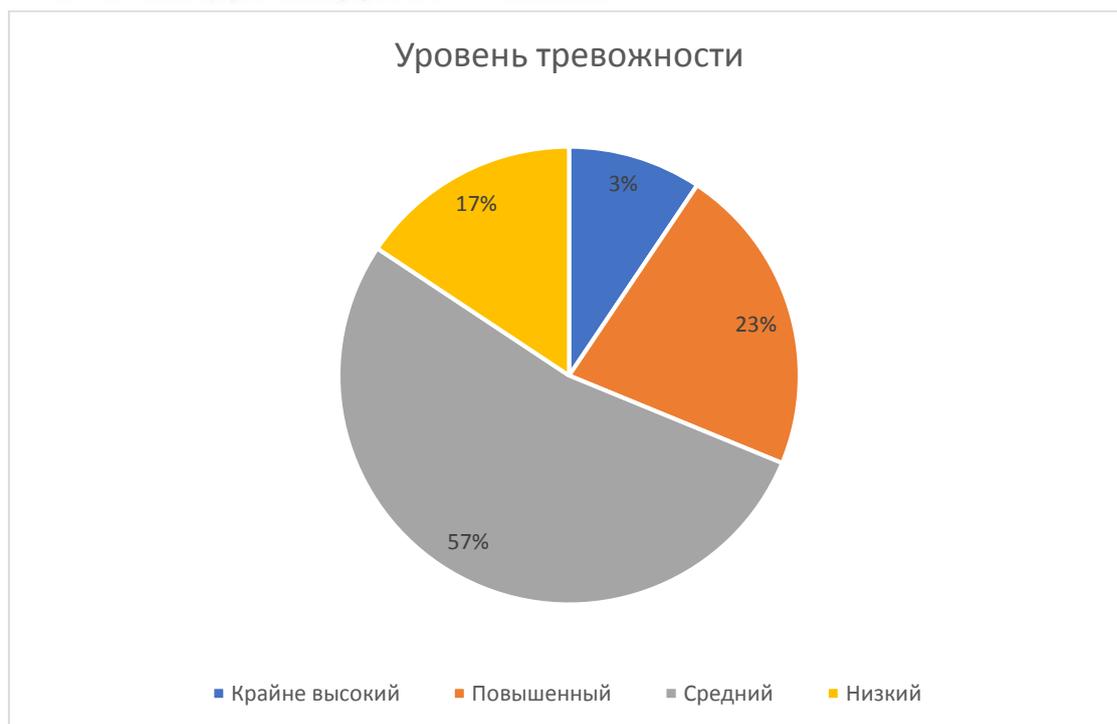


Рис. 1. Уровень тревожности

Высокий уровень выраженности симптомов депрессии отмечается у 8 (27%) учеников, средний у 7 (23%) и низкий у 15 (50%) учеников (рис. 2).

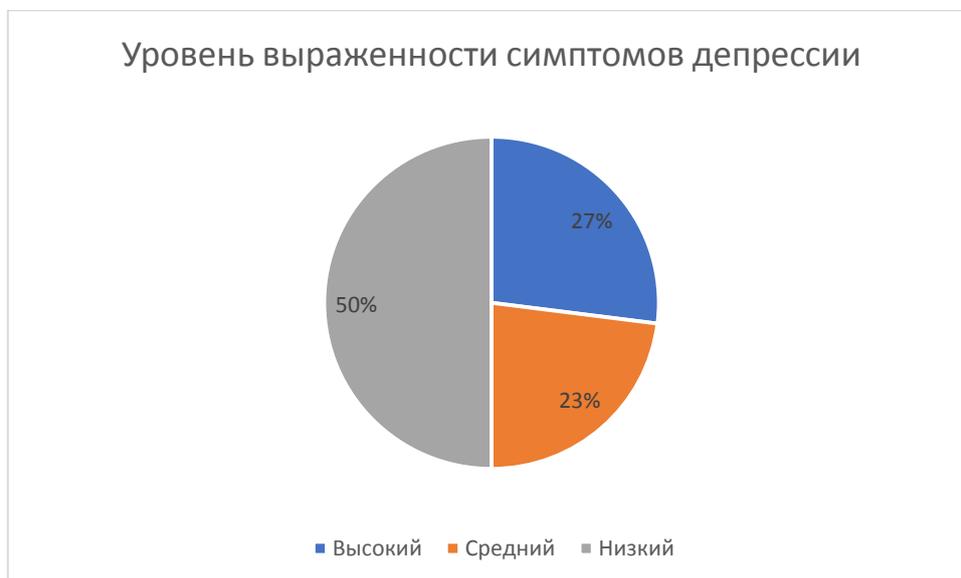


Рис. 2. Уровень выраженности симптомов депрессии

Затем был проведен качественный сопоставительный анализ полученных данных который показал, что существует достоверная обратная корреляционная связь на высоком уровне значимости ($p < 0,001$) между показателями уровня выраженности симптомов депрессии и

уровнем тревожности. Это говорит о том, что чем выше уровень тревожности, тем выше выраженность симптомов депрессии.

Таким образом, в результате проведенной работы было выявлено, что чем выше уровень тревожности, тем выше уровень выраженности симптомов депрессии. Повышение уровня тревожности влечет за собой нарастание депрессивных симптомов, так как с потерей адекватности в своих действиях личность начинает совершать больше ошибок, что ведет к искаженным результатам деятельности.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения (Европейское региональное бюро) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.euro.who.int/ru/countries/latvia/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> . (дата обращения 15.10.19).
2. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства. –СПб.: 2001 – 752 с.
3. Соловьева, С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 6 (17).
4. Marcelli D. Depression de l'adolescent // Perspectives Psy. 1998; 37: 4: 241-248.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

Усачева Д.Н.

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

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В предложенной статье будут рассмотрены теоретическое представление понятия жизнестойкость и его составляющие: профессиональная деформация и профессиональное выгорание. А также анализ некоторых опросов на стрессоустойчивость.

Ключевые слова: жизнестойкость, профессиональная деформация, дезинтеграция личности, профессиональное выгорание, стрессоустойчивость, стрессогенность, совладающее поведение.

RESILIENCE AND ATTITUDE TO DISEASE.

Usacheva D.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Annotation. The proposed article will consider the theoretical representation of the concept of resilience and its components: professional deformation and professional burnout. As well as the analysis of some surveys on stress resistance.

Keywords: resilience, professional deformation, professional burnout, disintegration of personality, stress resistance, stress.

Феномен жизнестойкости и его определение было введено в понятийный аппарат науки психология под термином “hardiness” в конце 20-ого века психологами Сальватором Мадди и Сьюзен Кобейса (США). Термин, нововведенный за рубежом, был рассмотрен в России в 2000 г Дмитрием Алексеевичем Леонтьевым и перефразирован в понятие “жизнестойкость” [3].

Леонтьев, давая определение явлению жизнестойкость, утверждал, что оно представляет собой определенные границы в пределах, которых личность способна выдерживать психологическую нагрузку, а также сохранить совладающее и адекватное поведение в перенапряженной обстановке. Помимо выше описанного Дмитрий Алексеевич по отношению явления жизнестойкость рассматривал такое свойство как способность адаптации и приспособления на основе общих ресурсов. Структура феномена жизнестойкость была составлена Мадди на основании психологии стресса и теоретических положений экзистенциальной психологии. Ее составляющими являются следующие компоненты:

- Вовлеченность - втянутость субъекта в события собственной жизни, получение удовлетворения от них.
- Контроль - осознание субъектом его роли на формирование результатов, вытекающих из повседневной деятельности.
- Принятие риска или же способность действовать в ситуациях околоэкстремального и стрессового характера, не гарантирующих успеха в выполняемой субъектом деятельности.

По данным компонентам в исследованиях составлялся психологический портрет личности, а также мера стрессоустойчивости и жизнестойкости [2].

В настоящее время не существует общепринятого определения термина “жизнестойкость” так как он обладает некой схожестью с большим количеством философских терминов: “жизнеспособность” (Б.Г. Ананьев), “трансценденция” (С.Л. Рубинштейн) [1].

Актуальность изучения понятия жизнестойкость объясняется тем, что в наше время среди людей никто не ограничен от угрозы влияния стрессогенных факторов в повседневной жизни. Именно данные факторы являются детерминантами возникновения патологического состояния, а также дезинтеграции личности [1].

Согласно проведенному опросу ВЦИМ с 2010 по 2019 год процент стрессоустойчивых людей среди населения России вырос с 29 до 40%, также упал процент людей, которые в своей жизни все же сталкиваются со стрессом, но в крайне редких случаях (с 52 до 35%). В то же время процент постоянно сталкивающихся со стрессогенными обстоятельствами людей в 2019 году вырос с 3 до 8%, большую часть которых составили женщины (29%) и молодые люди в возрасте 18-24 лет (29%). При этом мужчины утверждают, что стресса они не испытывают, что составило 48%. Проводя выше описанный опрос, выяснилось, что основными причинами для развития патологий, по мнению интервьюируемых, является рабочий процесс. Помимо патологий в процессе выполнения работы субъектом в стрессовых условиях возможно развитие профессионального выгорания и профессиональной деформации [5].

В настоящее время нет единого видения сущности синдрома профессионального выгорания. По определению В.В. Бойко, введенному в 2004 году, “выгорание” предполагает выработанный субъектом способ психологической защиты в виде снижения или полного исключения эмоционального фона в ответ на влияние стрессовых, а также психотравмирующих факторов в трудовом процессе личности. Исходя из этого Бойко выдвинул собственную методику, которая была направлена на исследование эмоционального выгорания [4].

Существует мнение о том, что синдром профессионального выгорания есть состояние возникающее в процессе трудовой деятельности, которое возникает по причине избыточных профессиональных контактов и связей - «интоксикация».

Таким образом, по определению ВОЗ профессиональное выгорание (burnout syndrome) - это истощение или изнурение при котором наблюдается эмоциональное, физическое и мотивационное опустошение. Такое состояние значительно отражается на продуктивности результатов работы, часто сопровождается усталостью, бессонницей, а также увеличением риска развития соматических заболеваний. При таком состоянии возможно использование психоактивных средств с целью получения облегчения на короткий промежуток времени.

При рассмотрении ряда профессий можно смело утверждать, что работа в сфере медицины характеризуется высокой стрессогенностью. Например, после проведения исследований по профессиональному выгоранию медицинских сестер ГУЗ “ККБ №2” г. Хабаровск

применялись методики: “диагностика профессиональной деформации” А.А. Рукавишников, “диагностика уровня профессионального выгорания” Н.Е. Водопьяновой [1].

Исходя из результатов вышеуказанного исследования было выявлено 2 основных вида деформации: личностное отдаление (15 случаев); эмоциональное истощение - как основное составляющее; деперсонализация (обезличивание) или изменение самосознания медицинских сестер, которое проявляется в состоянии потери собственного Я. Основными причинами такого неблагоприятного состояния медицинских сестер является режим работы, который носит экстремальный и околоэкстремальный характер; а также излишняя нагрузка [1]. Следовательно, представленные виды деформации являются основными составляющими феномена профессионального выгорания медицинского работника.

Таким образом можно сделать вывод, что феномен жизнестойкости является очень важным компонентом в жизнедеятельности каждого человека. Именно данное явление способно обеспечить человека возможностью достижения баланса его взаимоотношения с окружающей средой, а также способностью к сохранению совладающего поведения в стрессовых ситуациях.

Список литературы

1. Им О.Т. Синдром профессионального выгорания, как следствие профессиональной деформации у медицинских сестер ГУЗ “ККБ №2” // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2009. –№ 7-2. –С. 193-195.
2. Лапкина Е.В. Совладающее поведение, жизнестойкость и жизнеспособность личности: связь понятий, функции // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2015. – № 4. – С. 130 - 133.
3. Никитина Е.В. Феномен жизнестойкости: концепция, современные взгляды и исследования // Academy. –2017. – № 4. – С. 100-104.
4. 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.
5. ВЦИОМ сегодня. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9673> (дата обращения 15.10.19).

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ
ИНТЕГРАЦИИ НА АКТИВИЗАЦИЮ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С РАС 3-4
ЛЕТ**

Федотова А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Научный руководитель: д.психол.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Симоненко И.А.; к.психол.н.,
преподаватель кафедры общей и клинической психологии
Дёмина Д.С.**

Аннотация. В статье представлен дизайн исследования проблемы коммуникативной сферы детей с РАС под воздействием техник сенсорной интеграции поскольку расстройство аутистического спектра и проблема активизации речевой функции является актуальной и представлено обоснование разработки нашей программы.

Ключевые слова: сенсорная интеграция, расстройство аутистического спектра, речевая деятельность, речевое развитие

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE SENSORY
INTEGRATION METHOD FOR ENHANCING SPEECH IN
CHILDREN WITH ASD 3-4 YEARS**

Fedotova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychological Sciences I.A. Simonenko;
Candidate of Psychological Sciences D.S. Demina**

Abstract. The article presents the design of a study of the problems of the communicative sphere of children with ASD under the influence of sensory integration techniques since the autism spectrum disorder and the problem of activating speech function are relevant and the rationale for the development of our program.

Keywords: sensory integration, autism spectrum disorder, speech activity, speech development

Развитие человека с самого начала его жизни происходит лишь в условиях непрекращающейся стимуляции различными ощущениями, возникающими от своего тела и окружающей его среды. Бесконечное

количество различной информации, поступающей к нам от органов чувств в головной мозг происходит каждую секунду. Задача мозга - организация полученной информации, отборка наиболее важных и удаление несущественных из большого количества поступающих сенсорных сигналов. Данный процесс называется сенсорной интеграцией.

Сенсорная интеграция – это бессознательный процесс, который происходит в головном мозге и организует информацию, полученную с помощью органов чувств, упорядочивая ощущения [1].

Актуальность определяется заметно возросшим количеством детей с искаженным психическим развитием в целом, среди которых присутствует и расстройство аутистического спектра (РАС). В последнее время отмечается тенденция к увеличению частоты данного нарушения развития. В настоящее время РАС определяется не только как клиническая проблема, но и как социально-психологическая в связи с частыми запросами родителей на введение в образовательное и социальное пространство данной категории детей.

Аутизм – болезненное состояние психики, характеризующееся сосредоточенностью человека на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира. (Э. Блейлер).

Ранний детский аутизм – сравнительно редкая форма патологии. Основными проявлениями синдрома, которые наблюдаются при всех его разновидностях, является выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к близким («аффективная блокада», по L. Kanner), страх новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненная приверженность к рутинному порядку, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, а также расстройства речи, характер которых существенно отличается при разных вариантах синдрома (В.В. Ковалева).

Проблема: как влияет сенсорная интеграция на активизацию речи у детей с РАС.

Объект: коммуникативная сфера детей с РАС.

Предмет: коммуникативная сфера детей с РАС под воздействием техник сенсорной интеграции.

Цель: изучить как влияют коммуникативные навыки детей с РАС под воздействием техник сенсорной интеграции на активизацию речи.

Задачи:

Провести теоретико – методологический анализ коммуникативной сферы детей с РАС под воздействием техник сенсорной интеграции.

2. Построение модели активизации речевой деятельности посредством технологий сенсорной интеграции.

3. Оценка уровня коммуникативных навыков детей с РАС.

Разработка и проведение коррекционно-развивающей программы с включением метода сенсорной интеграции.

5. Оценка уровня коммуникативной сферы детей с РАС под воздействием техник сенсорной интеграции.

Гипотеза: предполагается что для детей с РАС дошкольного возраста, необходимо создать специальные коррекционно-развивающие программы включающие в себя сенсорную интеграцию (как групповых, так и индивидуальных) более эффективной активизации и развития речи.

Важной особенностью развития детей с РАС считается нарушение сенсорной интеграции, когда сохраняется процесс ощущения и восприятия, но искажается или совсем отсутствует интерпретация воспринятого сигнала: ощущение ребенком дискомфорта без осознания им причины данного состояния, из-за чего реакция ребенка направлена на данный дискомфорт (проявляется в крике, плаче, агрессивных действиях). При отсутствии интерпретации, ребенок может не распознать нужной тревожности сигнала, что может привести даже к прекращению ее физического существования.

Проведенные исследования позволили Л. А. Хоекману выделить две главные причины дисфункции сенсорной интеграции: проявляется через ограничения поведенческого спектра: гиперфункция - в виде сенсорных защит, гипофункция - в виде сенсорной аутостимуляции.

Познание мира ребенком происходит не так, как у взрослого человека. Взрослый познает мир умом, а ребенок - своими эмоциями и ощущениями. В результате проведенных наблюдений за детьми 3-4 летнего возраста было выяснено, что выражение их познавательной активности происходит сначала в развитии восприятия и осмыслении предметной деятельности. В значительной мере можно отнести это заключение и к развитию детей с РАС. Выраженная дисфункция сенсорной интеграции делает невозможным полноценное обучение и воспитание таких детей [4].

Мы рассмотрели особенности сенсорного развития детей с нарушением аутистического спектра. Можно сказать, что расстройства сенсорного развития оказывают отрицательное воздействие на процесс полноценного развития таких детей.

Сущность сенсорной интеграции заключается в том, чтобы решить проблемы, связанные с интерпретацией мозгом разнообразных сигналов, поступающих от нервной системы. Основная мысль, лежащая в основе метода сенсорной интеграции, заключена в том, что для правильной и комфортной работы мозга ему необходимо получать ответ от различных рецепторов (слуховых, вестибулярных, тактильных, проприоцептивных) на определенном уровне. Является достаточно известным тот факт, что любой человек может одновременно предпочитать яркие цвета, и в то же время негативно относиться к громким звукам; при этом может любить

носить тяжелую обувь и грубой вязки носки, но избегать одевать свитера и украшения. Все это говорит о том, что для ощущения комфорта каждому из нас нужны различные условия [5].

Основной идеей технологий коррекции развития и обучения, основанных на сенсорной интеграции является обеспечение возникновения сенсорных импульсов и контроль за ними, особенно импульсов от вестибулярной системы, мышц, суставов и кожи в таком виде, чтобы ребенок с РАС сам с легкостью мог формировать необходимые реакции, отвечая на сенсорные раздражители. Целью сенсорной интеграции является налаживание процесса одновременной совместной работы разных отделов ЦНС, чтобы в значительной мере расширить рамки компенсаторных возможностей высшей нервной деятельности ребенка. Для сравнения можно привести данные, что в процессе обучения основное внимание уделяется тому, что ребенок изучает, а в коррекционной деятельности сенсорной интеграции - основным моментом является, как он изучает и почему не усваивает пройденный материал [2].

В процессе сенсорной интеграции коррекция и стимуляция психофизического развития происходит эффективно в том случае, если ребенок самостоятельно управляет своей деятельностью, а педагог лишь незаметно формирует среду. Результат действий гораздо выше, когда ребенок сам прилагает усилия для его достижения. Если у ребенка возникло желание действовать самостоятельно, то его мозг, как правило, успешно справляется с организацией ощущений от этой деятельности. Чаще всего занятия сенсорной интеграцией состоят из заданий, самостоятельно выполняемых ребенком, и заданий, сделанных вместе со взрослым [3].

Актуальность изучения речевых функций заключается на нескольких уровнях: практическом и теоретическом.

Практический уровень детерминирован тем, что расстройство аутистического спектра является важной проблемой современного мира. По показателям распространенности, согласно статистическим данным, 1 из 160 детей страдает расстройством аутистического спектра (РАС). Всемирная организация здравоохранения.

Список литературы

1. Айрес Э. Дж. Ребёнок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес. [пер. с англ. Юлии Даре]. – Москва, 2009. – 272 с.
2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский. – Москва, 1936. – 78 с.
3. Гилберг К., Питерс, Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс // [Под ред. Л.М. Шипициной]. – Санкт-Петербург, 1998. – 124 с.

4. Граборов А.Н. Вспомогательная школа / А.Н. Граборов – Липецк, 1925. – 368 с.
5. Марцинковская Т.Д. Детская практическая психология / Т.Д. Марцинковская. – М.: Просвещение, 2004. –253 с.

**ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ
СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ)**

Федяева Т.В.

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

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.

Аннотация. В данной статье представлены результаты теоретико-методологического и эмпирического исследования особенностей внутренней картины болезни у младших школьников с острыми респираторными заболеваниями. Определено теоретическое обоснование зависимости отношения ребенка к своему заболеванию от факторов воспитания и их влияние на формирование определенного типа пациента.

Ключевые слова: здоровье, внутренняя картина болезни, соматические болезни, младший школьный возраст, воспитание, эмпирическое исследование.

**FEATURES INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE
SOMATICALLY ILL CHILDREN (FOR EXAMPLE, PATIENTS
WITH ACUTE RESPIRATORY DISEASES)**

Fedyayeva T. V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: candidate of psychological sciences, associate professor
Nedurueva T.V.**

Abstract. This article presents empirical methods and results of the study of the features of the internal picture of the disease in younger students with acute respiratory diseases. The theoretical substantiation of dependence of the

relation of the child to the disease from factors of education and their influence on formation of a certain type of the patient is defined.

Key words: health, internal picture of the disease, somatic diseases, primary school age, empirical study.

На протяжении всего периода развития медицины, становлении представлений о лечении, о враче и больном, о здоровье и болезни, происходило формирование такого понятия как внутренняя картина болезни [4]. Это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний, мыслей и суждений, определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. Другими словами, внутренняя картина болезни – это отношение человека к своему заболеванию [4; 5].

Актуальность данной темы заключается в том, что болезнь имеет как объективные (данные клинических исследований), так и субъективные (внутренняя картина болезни) стороны, поэтому для полноценного выздоровления человека необходимо учитывать все факторы, составляющие некую патологию. Очень важно осознать связь «причина болезни – ее проявление – отношение человека к болезни – последствия». Процесс выздоровления зависит не только от стратегии лечения, но и от отношения больного к своему заболеванию. Обладая данной информацией, врач сможет составить наиболее эффективную политику диалога с пациентом [3; 5].

По данным Роспотребнадзора с 28.10.19 по 3.11.19 по Курской области заболеваемость острыми респираторными заболеваниями оставалась ниже порогового уровня на 42,8%. В целом за неделю заболели ОРВИ 4446 человек, в том числе 3513 детей. Это свидетельствует о том, что основной процент заболевших, а именно 79%, составляют дети [6].

В младшем школьном возрасте основной вид деятельности ребенка – это учебная деятельность. Она направлена на приобретение новых знаний и умений, что расширяет возможности в познании окружающего мира, представление о котором не может сложиться без участия родителей.

Фактор воспитания является одним из ключевых в формировании у ребенка внутренней картины болезни. В семье может воспитываться или стоический или ипохондрический вид отношения к своему заболеванию. Первый подразумевает, в некоторой степени, игнорирование болезни. Ребенка учат вести определенный образ жизни не зависимо от его состояния. Ипохондрический тип предполагает повышенное внимание к своему здоровью, улавливание признаков болезни при первом их проявлении [2; 5].

Целью моего исследования является выявление зависимости между типом воспитания младшего школьника, и его отношением к своему заболеванию на примере заболеваемости ОРВИ.

В данном исследовании приняли участие 20 детей младшего школьного возраста (9-10 лет) с диагнозом ОРВИ. В качестве метода исследования был использован опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Эмпирические критерии включали в себя:

- Когнитивный уровень. На нем оцениваются знания ребенка о здоровье и его осведомленность в целом.
- Поведенческий уровень. Характеризуется поступками, направленными на поддержание здорового образа жизни.
- Эмоциональный уровень. Включает в себя мысли ребенка по поводу его заболевания и способность школьника радоваться жизни.
- Ценностно-мотивационный уровень. Показывает степень значимости для ребенка тех или иных факторов, относящихся к его здоровью [1].

Обработка результатов включала качественный и количественный анализы.

В результате исследования было выявлено, что дети младшего школьного возраста не осознают в полной мере само понятие «здоровье», однако осознают его важность и роль в повседневной жизни. Школьники хорошо осведомлены о понятии «здоровый образ жизни» и стараются его придерживаться.

При анализе эмоционального и ценностно-мотивационного уровней можно проследить разделение группы детей на два типа: первые переносят заболевание бодро, стараются терпеть неприятные симптомы и активно участвуют в лечении. Вторая группа отметила, что во время болезни чувствует себя подавлено, настроение зависит от окружающих, а иногда возникает чувство вины.

При дальнейшей индивидуальной работе было выяснено, что дети первой группы относятся к семье, предпочитающей стоический тип воспитания ребенка, а второй – ипохондрический. При этом большую роль в выборе типа воспитания играли представления родителей о здоровье и наличие у них самих хронических заболеваний.

Таким образом, следует сделать вывод о том, что отношения ребенка к своему состоянию здоровья первостепенно зависят от его семейной среды.

Список литературы

1. Березовская, Р.А. Отношение к здоровью / Р.А. Березовская // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 110с.

2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. –2012. –№ 3. –С. 3-8.
3. Гаврилова М.В., Недуруева Т.В., Павлова Л.Е. Клинико-психологический аспект в исследовании комплаенса врачей-терапевтов и пациентов с соматическими заболеваниями. В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. –Курск, 2016. –С. 18-24.
4. Громыко Е. В., Соколова Э. А. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №1 (31). – С. 37- 44.
5. Яковлева Н.В. Витальная /метакомпетентность личности: теория и практика психологических исследований здоровья. – Рязань, 2012. – 285 с.
6. Об эпидемической ситуации по заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями в Курской области. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://46.rospotrebnadzor.ru/content/ob-epidemicheskoy-situacii-po-zabolevaemosti-ostryimi-respiratornymi-virusnymi-infekciyami-18> (дата обращения 10.11.19).

ФЕНОМЕН БУЛЛИНГА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Фомина А.В.

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

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

Аннотация. В статье представлены результаты теоретического анализа по проблеме буллинга в образовательной среде, приводятся данные распространенности феномена буллинга в мире и в Российской Федерации.

Ключевые слова: буллинг, школьный буллинг, школьная травля, распространенность буллинга, подростковый возраст, агрессия.

BULLING PHENOMENON IN EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Fomina A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, professor of the
Department of Psychology of Health and Neuropsychology
Molchanova L.N.**

Abstract. The results of a theoretical analysis on the problem of bullying in the educational environment are presented in the article. data on the prevalence of the phenomenon of bullying in the world and in the Russian Federation are given.

Keywords: bullying, school bullying, school harassment, the prevalence of bullying, adolescence, aggression

В образовательной среде важное место занимает тема межличностных отношений, так как она обуславливает развитие школьников: личностное, социальное, психологическое. В школьной жизни нередки случаи проявления агрессии и травли. Практически в каждой образовательной организации, в каждом классе есть ученики, которые подвергаются жестокому обращению со стороны своих сверстников.

До недавнего времени о проблеме травли в образовательной среде было принято молчать, многие педагогические работники отрицали феномен буллинга в школьном коллективе.

Насилие и жестокость среди подростков в образовательной среде существовали всегда. В 1910 году в Вене А. Адлер, У. Стекел и З. Фрейд провели конгресс по теме «О суициде среди учащихся в школе». Зигмунд Фрейд в рамках психоаналитической теории рассматривал два понятия: агрессия и насилие. Ученый отмечает, что агрессия- это механизм высвобождения разрушительной энергии, накопленной в каждом организме, а насилие рассматривал как один из основных компонентов мотивации поведения человека.

Один из основателей неопсихоанализа Эрих Фромм отмечает, что насилие и агрессия постоянно находятся в организме человека и так или иначе постоянно проявляют себя. В теории социального научения насилие рассматривается, как поведение ориентированное на образец. К. Роджерс, В. Франкл, Ф Перлс в рамках гуманистического направления рассматривают агрессию как ответную реакцию организма на угрозу, а насилие является вынужденным ответным действием. Представитель гуманистического направления К. Роджерс отмечал, что насилие и агрессия разновидность психологической защиты индивида. Теория агрессии К. Лоренца гласит, что организм человека непрерывно

накапливает агрессию и в зависимости от количества накопленной агрессии и силы внешнего воздействия, он способен вызвать агрессивную реакцию [4].

Собственно буллинг как проблема образовательного пространства известен давно. Первые публикации на тему школьной травли появились еще в 1905 г., когда К. Дьюкс опубликовал свою работу, посвященную теме травли в образовательной среде. Первые масштабные практические исследования проблемы буллинга принадлежат скандинавским ученым, среди них: Д. Олвеус, П.П. Хайнеманн, А. Пикас, Е. Роланд. Среди перечисленных ученых Д. Олвеус и сегодня остается самым авторитетным исследователем проблемы буллинга, он впервые провел масштабный эксперимент. Опросив более 130 тыс. норвежских и швейцарских школьников, был сделан вывод об актуализации проблемы травли в подростковой среде: более 15% школьников были вовлечены в процесс травли. Петер Пауль Хайнеманн отмечал, что феномен данного явления заключается в том, что из локального исследования, оно превратилось в глобальную проблему. Хайнеманн проводил свое исследование в школьной среде, наблюдая и описывая случаи агрессивного поведения школьников, преимущественно подросткового возраста, по отношению друг к другу. Затем интерес возник и в Великобритании, публикации на эту тему появились в работах В.Т. Ортона, Д.А. Лэйна, Д.П. Таттума, Е. Мунте. В США особое внимание к буллингу стали проявлять в начале 90-х гг. [2]. С каждым годом проблеме буллинга посвящено все больше научных исследований. В современном мировом сообществе проблема буллинга приобрела глобальный масштаб.

В 2006 году состоялось заседание ООН по вопросам травли подростков в школе и интернете. Основой дискуссии был доклад Генерального секретаря на тему: «Защита детей от издевательств». Согласно информации, озвученной в выступлении, проблема буллинга приняла глобальный масштаб: девять из десяти детей считают, что травля в школе большая проблема, две трети сами когда-либо подвергались издевательствам.¹ Поэтому решение проблемы буллинга в образовательной среде сейчас стоит наиболее остро.

В 2014-2015 годах в мире было проведено исследование в 27 странах по распространенности буллинга в образовательной среде среди подростков. По итогам Россия заняла 3 место по распространенности буллинга, на первом месте Австрия, на 27-Швеция.

Генеральная прокуратура Российской Федерации сообщает, что за 8 месяцев текущего года произошел резкий скачок правонарушений, совершенных обучающимися в отношении своих сверстников. В Москве стали популярными массовые кулачные бои, в которых участвуют

¹ Ответные меры системы образования на буллинг, вызванный гомофобией. UNESCO. – 2013. – № 8.

обучающиеся 5-6 классов, один из страшных примеров агрессии среди подростков: в Нижнем Новгороде обучающиеся облили одноклассника бензином и подожгли.²

Россия сегодня находится в первой десятке развитых стран по распространенности буллинга среди подростков 11-15 лет [5]. Проблема школьной агрессии и насилия приобрела глобальный масштаб в образовательных учреждениях. Российские ученые в последнее время говорят о 12 видах девиантного поведения, и одно из них – «буллинг».

Как отмечает Е.Н. Ожиева буллинг – довольно новое понятие в жизни современного человека. Из повседневного определения это слово преобразовалось в международный термин и содержит в себе ряд проблем: социальных, психологических, юридических и педагогических.

По мнению Е.С. Илларионовой буллинг-это запугивание, психологический или физиологический террор, агрессия, направленная на подчинение себе другого человека или вызывание у него чувства страха. По определению А.И. Аверьянова буллинг – это особый вид насилия, когда один человек (или группа) физически нападает или угрожает другому человеку (группе), последний из которых слабее и не может себя защитить ни физически, ни морально [3].

По мнению ряда авторов (И.А. Баева, 2013; Д.Н. Соловьев, 2015; Л.З. Зарипова, 2018) наибольший интерес вызывает изучение школьного буллинга, так как он сопровождается развитием кризисных состояний. Он не проходит бесследно ни для одного из его участников и буквально ломает личности детей. У детей, вовлеченных в процесс буллинга, проявляется чрезмерная тревожность, депрессия, нарушения сна, аппетита, снижение когнитивных способностей, ухудшение концентрации внимания. Проанализировав реальные истории подростков, подвергшихся буллингу, пришли к выводу, что травля не только в подростковом возрасте может представлять опасность для здоровья учащегося и его успеваемости, но и в зрелом возрасте человек может по-прежнему выбирать роль жертвы. Довольно широко распространена травля на рабочем месте – моббинг, а также в интернете – кибербуллинг (Н. Сулейманова, 2019).

Подростковый возраст один из самых важных периодов развития человека, отличающийся своей сложностью и непредсказуемостью. Этот возраст считается кризисным, так как происходят резкие изменения, затрагивающие все стороны жизни. В данном периоде происходит половое созревание, изменение социальной ситуации развития, смена ведущей деятельности, познание себя, поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений, развитие саморегуляции действий.

² По материалам программы «Человек и закон», выпуск от 11.10.2019г.

В подростковом возрасте ведущей деятельностью является общение со сверстниками, и в случае, если у подростка данное общение состоит из ситуаций буллинга, то опыт переживания подобных случаев является травмирующим для жертвы и негативно сказывается на развитии её личности в целом. В частности, негативное влияние сказывается на формировании его Я-концепции, самооценке, на системе ценностей, стиле взаимодействия со сверстниками. В результате длительного преследования, постоянных унижений, морального подавления жертва буллинга не чувствует себя в безопасности в рамках образовательной среды [1].

Список литературы

1. Аптикиева Л.Р. Буллинг как преморбид асоциальной направленности личности подростка //Вестник Оренбургского государственного университета.– 2018.– №2(214).– С 39-46.
2. Кривцова С., Шапкина А., Белевич А. Буллинг в школах мира: Австрия, Германия, Россия // Образовательная политика.– 2016.– № 3 (73). – С. 97.
3. Норкина Е.Г. Методика на выявление «буллинг-структуры» // Таврический научный обозреватель.– 2016.– №3(8). – С. 170-174.
4. Рык А.И. Детерминанты буллинга в психологических теориях и современной практике // Научные труды республиканского института высшей школы. – 2017.– №17-3.– С.324-331.
5. Соловьев Д.Н. Использование потенциала первичного коллектива в профилактике буллинга среди школьников подросткового возраста: автореф. дис. канд. пед. наук. – Тюмень, 2015.– 26с.

ВЛИЯНИЕ МЕТАДОНА НА ПРОСПЕКТИВНОЕ ЗАПОМИНАНИЕ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Чуйкова Ж.В.

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

**Научный руководитель: зав. кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье представлены результаты анализа клинического случая. Пациенты, злоупотребляющие метадоном, не обнаруживают после 3-5 краткого употребления нарушений исполнительных функций и кратковременной памяти. Проспективная

временная память нарушена. Однако сделать однозначных выводов по поводу проспективной событийной памяти не удалось.

Ключевые слова: исполнительные функции, метадон, проспективная память.

EFFECTS OF METHADONE ON PROSPECTIVE MEMORY: CLINICAL CASE

Chuikova Zh.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.

Abstract. The article presents the results of the analysis of the clinical case. Methadone patients don't detect disorders of executive functions and short-term memory at the early stages of addiction. Prospective temporal memory is impaired. However, it was not possible to draw definite conclusions about prospective event memory.

Keywords: executive functions, methadone, prospective memory.

Немедицинское использование рецептурных препаратов начинает представлять угрозу для здоровья населения и органов правопорядка по всему миру. Количество смертельных случаев, вызванных приемом опиоидов, составило 76% от всех смертей, связанных с приемом наркотических веществ. С 2016- 2017г. мировое производство опиума выросло на 65% и составило 10500 тонн. Данные цифры являются самой высокой отметкой из когда-либо зарегистрированных UNODC с момента начала мониторинга мирового производства опиума в начале XXI века (доклад ООН 2018).

Опиатная зависимость является серьезной опасностью для здоровья во всем мире, и в большинстве стран метадонная заместительная терапия является стандартным методом доказательной медицины для лиц, зависимых от опиатов. Метадонная поддерживающая терапия (ММТ) - это комплексная программа лечения, которая включает назначение метадона в качестве альтернативы опиоиду, от которого зависел человек. Напомним, что метадон - это синтетический агонист опиоидных рецепторов применяемый как анальгетик, а также при лечении наркотической зависимости [3].

Исследования показали, что после того, как человек стабилизируется в правильной дозе, долгосрочное назначение метадона облегчает симптомы отмены, блокирует эйфорические эффекты и

уменьшает тягу, связанную с опиоидами. Сообщалось также, что метадон улучшает физическое и психическое здоровье, социальное функционирование и качество жизни. С точки зрения преимуществ для общества, ММТ имеет потенциал для сокращения незаконного употребления наркотиков, преступной деятельности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией [3].

Однако не стоит забывать, что метадон очень быстро вызывает привыкание, а в случае прекращения приема — тяжелый и долго не купирующийся абстинентный синдром [1]. Помимо этого, некоторые исследования показали, что хроническое употребление опиатов, будь то природные или синтетические, связано с несколькими нейропсихологическими нарушениями, как во время активного употребления, так и после периода абстиненции. Дефицит нейропсихологического функционирования, отмечаемый у лиц, перенесших ММТ, проявляется в нарушении функционирования исполнительных функций. Существуют исследования, демонстрирующие влияние употребления метадона в виде когнитивного нарушения, как в горячих, так и в холодных исполнительных функциях, таких как внимание, рабочая память, скорость обработки, принятие решений и когнитивная гибкость [3].

Однако выше изложенные данные вступают в противоречие с другими исследованиями (Рапели, Грубер и др.), результаты которых доказывают улучшение когнитивных функций, что определяет ситуацию неясности относительно нейропсихологического портрета пациента, принимающего метадон [3]. Помимо этого, стандартные нейропсихологические исследования не включают в себя оценку проспективной памяти (ПП), которая играет огромную роль в повседневном функционировании. Хотя обычно сообщается о негативных последствиях употребления психоактивных веществ для ПП, методологические ограничения в значительном количестве существующих исследований означают, что характер и серьезность проблем ПП, связанных с конкретными наркотиками, в частности, метадоном, остаются неясными [5].

Прспективная память определяется, как память на намерения и запланированные в будущем действия. Существует существенное различие между событийными и временными задачами ПП: в то время как задачи на основе событий требуют от участников выполнения намерения в ответ на внешний сигнал (например, идя по дороге домой, зайти в магазин за хлебом), задачи на основе времени требуют от участников выполнения намерения в определенное время или после задержки (например, принять лекарство в 6 вечера). Что касается морфологической основы данной психической функции, то ее локализацией считается лобная кора, а именно ее префронтальные

отделы, которые также являются «источником» исполнительных функций [4].

Таким образом, на данный момент нет точной нейропсихологической картины лиц, злоупотребляющих метадон. Большая часть исследований посвящена о влиянии ММТ терапии, которая является долгосрочным воздействием и имеет свои последствия на когнитивные функции. Но на сегодняшний день нет исследований касающихся случаев нелегального его употребления с целью получения состояния одурманивания.

Цель исследования: изучение проспективной памяти на примере пациентов, проходивших принудительное лечение в Областной наркологической больнице, по причине нелегального употребления метадона. Выборку составили 4 пациента мужского пола в возрасте от 28 – 35 лет. Все четверо употребляли метадон в количестве от 3 до 5 раз.

Нейропсихологические методы: для оценки кратковременной памяти использовалась методика «10 слов»; оценка исполнительных функций проводилась с помощью «ВТСК» - Висконсинский тест сортировочных карточек; ПП, связанная с событием оценивалась с помощью методики, представленной в работе Т. Dong, J. Qiu и др. «Impairment of time-based prospective memory in patients with Wilson's disease» (Dong, 2016) [4]; для исследования ПП, связанной с событием, воспроизводился эксперимент, описанный в работе Л. Дж. Квавилашвили «Вспоминание намерения, как особая форма памяти» [2].

В ходе исследования у всех испытуемых не было обнаружено снижения объема кратковременной памяти, кривая запоминания носила восходящий характер. Однако характерной особенностью для всех испытуемых являлось частое повторение уже названных слов. По результатам проведения ВТСК не обнаружено нарушений в исполнительных функциях: пациенты не испытывают затруднения в выделении абстрактных категорий, удерживают внимание на выбранной категории, персеверативных и неперсеверативных ошибок не было допущено.

На последнем этапе проводилась оценка проспективной памяти. В ходе исследования ПП на время было установлено следующее: все испытуемые не забывали постучать по столу, однако делали это не через 5 минут, как того требовало задание, а через более позднее время. Таким образом, только 1 человек постучал вовремя, остальным соответствуют результаты 8, 7 и 8 минут после начала тестирования. Такие показатели оцениваются в 0 баллов, что свидетельствует о нарушении ПП, связанной со временем.

Прспективная память, связанная с событием у двоих пациентов нарушена, другие двое вспомнили о просьбе экспериментатора в конце исследования и тем самым выполнили задание.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод. Исполнительные функции и кратковременная память остаются сохранными после трех – пяти кратного употребления метадона. Проспективная память на время у данной категории пациентов нарушена. О проспективной памяти, связанной с событием, сложно сделать какой – то однозначный вывод, поскольку результаты исследования поделены равнозначно. Таким образом, пока сложно сделать вывод о функционировании проспективной событийной памяти. Поскольку есть данные, доказывающее, что нарушение ПП на время, не обязательно приводит к нарушению таковой на события, то заключить о ее нарушении у данной категории больных будет не правильно. Данная проблема требует дальнейшего изучения с формированием более полной выборки.

Список литературы

1. Иванец Н.Н., Альтшулер В.Б. «Заместительная терапия» наркомании метадонем и другими опиоидными наркотиками: происхождение, суть, тенденции // Вопросы наркологии. – 2004. – №2. – С.3- 7.
2. Квавилашвили Л. Дж. Вспоминание намерения как особая форма памяти // Вопросы психологии. – 1988. – № 2. – С. 142- 146.
3. Barahmand U. Hot and cold executive functions in pure opioid users undergoing methadone maintenance treatment: Effects of methadone dose, treatment duration, and time between last methadone administration and testing. Nigerian journal of clinical practice. September.– 2016. –19(5). 603 p.
4. 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), pp.1845- 1851.
5. Platt B., O'Driscoll C., Curran V.H., Rendell P.G., Kamboj S.K. The effects of licit and illicit recreational drugs on prospective memory: a meta-analytic review. Psychopharmacology (Berl). 2019 Apr; 236(4):1131-1143.

СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ РЕФЛЕКСИИ

Швец Д.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск,
Россия

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

Аннотация. Данная статья посвящена выявлению стилевых особенностей саморегуляции поведения при различных уровнях рефлексии у студентов-первокурсников. Эмпирически доказано, что они обладают средним уровнем выраженности регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств вне зависимости от уровня рефлексивных способностей. Студенты склонны самостоятельно планировать свою деятельность и ее способы, адекватно ее оценивать, выделять значимые условия достижения цели, гибко реагировать на изменение ситуации. Такой регуляторный процесс, как моделирование, выраженное проявляется при условии повышения уровня рефлексии настоящей деятельности. То есть выраженная развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях учебной деятельности, степень их осознанности, детализированности и адекватности может способствовать благоприятной адаптации студентов-первокурсников к новым условиям жизни и обучения.

Ключевые слова: саморегуляция, рефлексия, рефлексивные способности, моделирование, рефлексия настоящей деятельности, студенты

**STYLISTIC FEATURES OF SELF-REGULATION OF BEHAVIOR
AT DIFFERENT LEVELS OF REFLECTION IN FIRST-YEAR
STUDENTS OF THE FACULTY OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

Shvets D.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, professor of the
Department of Psychology of Health and Neuropsychology
Molchanova L.N.**

Abstract. This article is devoted to identifying the style features of self-regulation of behavior at various levels of reflection in freshmen. It is empirically proven that they have an average level of severity of regulatory processes and regulatory-personal properties, regardless of the level of reflexive abilities. Students are inclined to independently plan their activities and their methods, adequately evaluate it, highlight significant conditions for achieving the goal, and respond flexibly to changing situations. Such a regulatory process as modeling, expressed manifests itself subject to an increase in the reflection level of the present activity. That is, the pronounced

development of ideas about the external and internal significant conditions of educational activity, the degree of their awareness, detail and adequacy can contribute to the favorable adaptation of first-year students to new conditions of life and learning.

Keywords: self-regulation, reflection, reflective abilities, modeling, reflection of real activity, students

В современном темпе жизни люди вынуждены приспосабливаться к новым постоянно формирующимся условиям. Изменения затрагивают все сферы жизнедеятельности, порождая необходимость саморегуляции человека с целью осуществления своей личностной активности. В широком психологическом контексте, саморегуляция представляет собой использование субъектом психических средств отражения и моделирования реальной жизни, управление поведением и целенаправленное самовоздействие [1]. Общая развитость её уровня также выступает регуляторной предпосылкой успешности овладения новыми видами деятельности, реализацией актуальных и потенциальных возможностей [4].

Целью данной статьи является установление стилевых особенностей саморегуляции поведения у студентов при различных уровнях рефлексии. Рефлексия – это один из компонентов саморегуляции представляющий необходимым этапом в становлении студента – она является механизмом приспособления к новым незнакомым условиям, помогает справиться со стрессом. Нерефлексирующий человек не в состоянии определить своё место в мире, уяснить цель и смысл своей жизнедеятельности [5]. По мнению И.Н. Семенова, рефлексия – это процесс преобразования стереотипов опыта, внутренние условия выхода в инновационную (порождение новых идей, построение нового опыта) практику [6]. Рефлексию выделяют как один из главных показателей успешности личности. Её считают двигателем постоянного саморазвития, потенциалом, являющимся залогом эффективной самообразовательной деятельности студента. А.В. Карпов утверждал, что рефлексия является значимым процессом для саморегуляторной системы человека в целом [3]. Интерес к рефлексивным способностям объясняется также целым рядом тенденций современной культуры: усложнением познавательных процессов, возрастанием самосознания личности в актах поведения и сознания, развитием обратных связей в социальном мире, осознанием коммуникативной природы научного знания [2]. Существенные трудности теоретического плана обусловлены чрезвычайной широтой и вариативностью подходов к исследованию проблемы профессиональной рефлексии [2].

Рефлексия и саморегуляция являются одними из самых значимых и важных качеств личности клинического психолога, именно поэтому их

измерение необходимо, ведь, например, высокий уровень рефлексии и саморегуляции может негативно сказываться на работе будущего специалиста. По этой причине выявление уровня рефлексии и саморегуляции у студентов-первокурсников является необходимым и важным.

Объект исследования – стилевые особенности саморегуляции поведения студентов-первокурсников.

Предметом исследования являются стилевые особенности саморегуляции поведения студентов-первокурсников при различных уровнях рефлексии.

Исследование публикационной активности по данной проблеме осуществлялось с помощью библиометрического анализа (глубина поиска составила 9 лет: с 2010 г. по 2019 г.). Анализ проводился с помощью информационной системы e-library.ru. Использовались следующие поисковые запросы: «саморегуляция», «рефлексия», «студенты». Поисковый запрос по ключевому слову «саморегуляция» показал наличие 5617 статей, диссертаций и материалов конференций (см. рис.1). Доля от общего объема (31827593) составила 0,0002%. Можно сделать вывод, что данная проблема в настоящее время достаточно изучается.

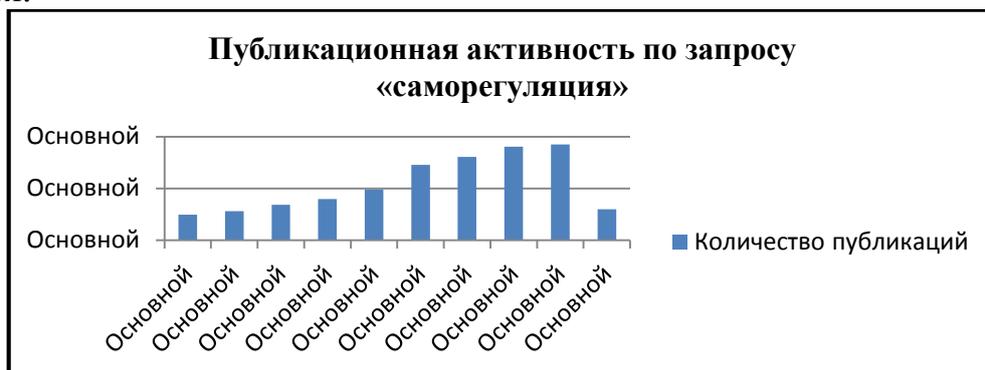


Рис 1. Гистограмма распределения публикационной активности по запросу «саморегуляция» с 2010 г. по 2019 г.

Поисковый запрос по ключевому слову «рефлексия» засвидетельствовал 7870 статей, диссертаций и материалов конференций. Доля от общего объема (31827593) - 0,0002% (см. рис.2) . Можно сделать вывод, что данная проблема в настоящее время достаточно изучается.

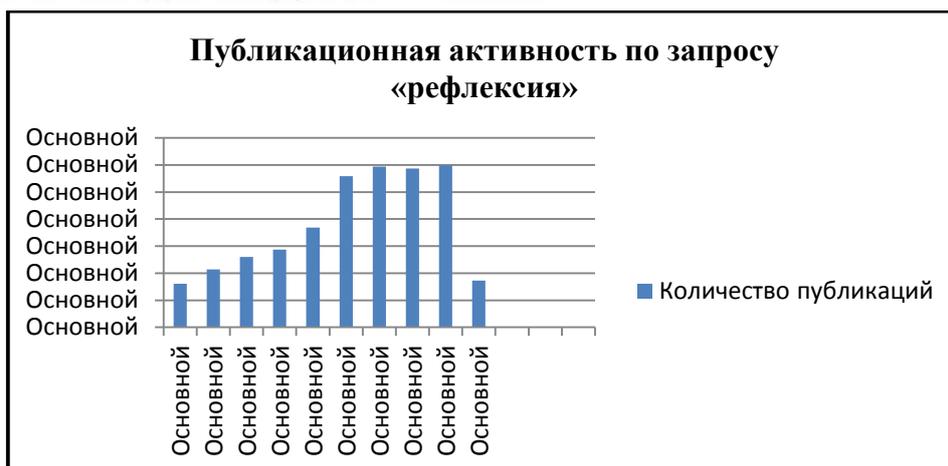


Рис 2. Гистограмма распределения публикационной активности по запросу «рефлексия» с 2010 г. по 2019 г.

Поисковый запрос в информационной системе e-library по ключевому слову «студенты» показал 488552 статей, диссертаций и материалов конференций. Доля от общего объема (31827593) составила 0,015%. Можно сделать вывод, что данная проблема в настоящее время достаточно изучается.

Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета среди 34 студентов I курса факультета клинической психологии (из них юношей: 7 и 27 девушек в возрасте от 18 до 19 лет). В данной работе применялись следующие методы: библиометрический анализ, эмпирические методы и методы статистической обработки информации (описательная статистика и корреляционный анализ Спирмена).

Среди эмпирических методов для оценки саморегуляции мной был выбран опросник «Стиль саморегуляции поведения — ССП-98» В.И. Моросановой. Утверждения опросника построены на типичных жизненных ситуациях и не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной или учебной деятельности, что позволяет получить наиболее объективные данные. С целью диагностики рефлексии мной была использован опросник уровня рефлексивности (А.В. Карпов, В.В. Пономарева). Обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения («Statistica 11.0»).

Исследование структуры рефлексии с помощью выбранной мной методики указало на следующие результаты. Высокий уровень выраженности по шкале «Ретроспективной рефлексии»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 36,73 \pm 6,60$ и «Рассмотрение будущей деятельности»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 40,98 \pm 6,62$, а средний по шкалам «Рефлексия настоящей деятельности»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 33,56 \pm 6,15$ и «Рефлексия взаимодействия и общения с другими людьми»: $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 34,02 \pm 6,25$, что свидетельствует о том, что студенты-первокурсники в основном склонны анализировать свои прошлые и

будущие переживания, осознавая в рефлексии своё прошлое и будущее бытие в рамках временной перспективы.

Исследование саморегуляции, а именно регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств, поделенных на 6 шкал по опроснику «Стиль саморегуляции поведения – СПП-98» позволило получить следующие результаты. По всем 6 шкалам был выявлен средний уровень выраженности (от 4 до 7 баллов) : «Планирование» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 5,34 \pm 2,6$; «Моделирование» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 5,07 \pm 1,85$; «Программирование» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 6,05 \pm 1,58$; «Оценивание результатов» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 5,8 \pm 1,78$; «Гибкость» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 6,27 \pm 1,91$; «Самостоятельность» : $\bar{X}_{cp} \pm \sigma = 5,66 \pm 1,87$.

Используя корреляционный анализ Спирмена, удалось выявить наличие корреляционных связей умеренной выраженности ($0,30 < r < 0,49$) рефлексивных способностей со стилевыми особенностями саморегуляции. Между показателями «Моделирование» и «Рефлексия настоящей деятельности» наблюдается прямая зависимость, которая представляет собой $r = 0,349$, что означает, что чем выше студенты рефлексиируют то, что с ними происходит в данный момент, тем выраженнее у них проявляется регуляторный процесс моделирования, демонстрирующий индивидуальную развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях учебной деятельности, степень их осознанности, детализированности и адекватности. Между критериями «Самостоятельность» и «Рефлексия общения и взаимодействия» обратная, $r = -0,332$. Отрицательная связь говорит о том, что чем выше рефлексивные проявления общения и взаимодействия, тем ниже самостоятельность студента.

Итак, наличие корреляционных взаимосвязей между рефлексивными способностями и стилевыми особенностями саморегуляции, выраженность которых соответствует зоне средних значений, может способствовать благоприятной адаптации студентов-первокурсников к новым условиям жизни и обучения.

Средние значения стилевых особенностей саморегуляции при различных уровнях рефлексивных способностей (низком, среднем и высоком) у студентов-первокурсников представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения стилевых особенностей саморегуляции при различных уровнях рефлексивных способностей у студентов-первокурсников

Наименование шкалы	Уровень рефлексивных способностей					
	Низкий $\bar{X}_{cp} \pm \sigma$	Качеств.	Средний $\bar{X}_{cp} \pm \sigma$	Качеств.	Высокий $\bar{X}_{cp} \pm \sigma$	Качеств.
		в.	й	в.	й	в.

Планирование	5,54± 1,39	Средни й	5,54± 2,33	Средни й	6,00 ± 2,45	Средни й
Моделирование	5,00 ± 2,16	Средни й	5,00± 1,74	Средни й	5,75± 1,71	Средни й
Программирован ие	6,38 ± 1,45	Средни й	5,71± 1,57	Средни й	7,00 ± 1,83	Средни й
Оценивание результатов	5,46± 2,33	Средни й	5,83± 1,52	Средни й	6,75 ± 0,96	Средни й
Гибкость	6,92± 1,38	Средни й	6,00± 1,96	Средни й	5,75± 2,99	Средни й
Самостоятельно сть	6,31 ± 1,32	Средни й	5,46± 2,11	Средни й	4,75± 1,50	Средни й

Итак, полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты 1 курса факультета клинической психологии обладают средним уровнем выраженности регуляторных процессов и регуляторно-личностных свойств вне зависимости от уровня рефлексивных способностей (низкий\средний\высокий). Они склонны самостоятельно планировать свою деятельность и ее способы, адекватно ее оценивать, выделять значимые условия достижения цели, гибко реагировать на изменение ситуации.

Список литературы

1. Алимова Е.Р., Филимонова Е.А. Особенности саморегуляции поведения на разных возрастных этапах. XXXVII International scientific review of the problems and prospects of modern science and education Boston. USA, 2017. –№ 8 (39).– P. 76–79.
2. Башаева Е.П. Развитие личностной рефлексии у студентов второго курса бакалавров педагогики// Журнал «Вестник Московского университета МВД России».– №8.– 2009. – 10 с.
3. Карпов А. В., Скитяева И. М. Психология рефлексии. М.: Институт психологии РАН, 2002. – 320 с.
4. Осадчук О.Л. Тренинг саморегуляции: теория, диагностика и практика: методическое пособие. Омск, 2008. – С.70.
5. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» учителя // Вопросы психологии. –1994. –№ 6. –С. 54-67.
6. Шучковская Е. Исследование рефлексии у студентов ДВГГУ //Журнал «Высшее образование в России».– №12.– 2006. – 78 с.

ОСОБЕННОСТИ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАС

Ягина Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Научный руководитель: зав.кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.

Аннотация. В данной статье рассматривается РАС как нейроонтогенетическое расстройство, являющееся причиной нарушения графомоторных навыков детей как следствия отставания в развитии предметно - практической деятельности. Описаны клинические случаи исследования графомоторных навыков у детей с РАС. Выявлены различия в графических навыках у детей с РАС, описаны регуляторные нарушения двигательных функций как детерминанта нарушения графических навыков у младших школьников с РАС. Сформирован вывод на основе полученных данных исследования и научной литературы.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, графический навык, графомоторный, мелкая моторика, координация

PECULIARITIES OF GRAPHIC MOTOR SKILLS IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Yagina E.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: Head of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology, Associate Professor Zapesotskaya I.V.

Abstract: ASD as a neuroontogenetic disorder, which is the reason for the violation of the graphomotor skills of children as a result of a lag in the development of substantive and practical activity, is considered in this article. Clinical cases of the study of graphomotor skills in children with ASD are described. Differences in graphic skills in children with ASD were revealed, regulatory dysfunctions of motor functions as a determinant of impaired graphic skills in primary school children with ASD were described. The conclusion is based on the obtained research data and scientific literature.

Key words: disorder of the autistic spectrum, graphic skill, graphomotor, fine motor skills, coordination

Расстройство аутистического спектра (сокращённо РАС, англ. autism spectrum disorder, ASD) — нейроонтогенетическое расстройство, то есть расстройство психического развития с наступлением в

младенчестве или детстве, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями [6]. РАС – это пожизненный комплекс расстройств развития, который влияет на социальные и коммуникационные способности человека. В результате чего человек обрабатывает поступающие стимулы иначе, чем люди, не страдающие от данного поражения. Таким образом, речь идет о врожденном нарушении мозговой функции, затрагивающем сферу общения, социального взаимодействия, воображения и творчества. Экспертная литература утверждает, что РАС затрагивает 0,5-1,0% населения. Указано также, что заболеваемость выше у мальчиков, чем у девочек [7]. По Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) к общим расстройствам развития относятся [6]: Детский аутизм, Атипичный аутизм, Синдром Ретта, другие дезинтегративные расстройства детского возраста (дезинтегративный психоз или синдром Геллера), гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями), синдром Аспергера, другие общие расстройства развития, общее расстройство развития, неуточнённое.

На сегодняшний день в современном психолого-педагогическом пространстве много внимания уделяется комплексному когнитивному и творческому развитию ребенка перед его обучением в школе. Работа проводится со всеми сферами его деятельности, что обеспечивает его подготовку к дальнейшей полноценной работе и получению знаний и навыков. Одной из таких сфер деятельности ребенка дошкольного возраста является овладение им графическими навыками (графомоторными навыками, исходя из прямой связи умений со степенью развития у ребенка мелкой моторики). Особенно актуальной и сложной проблемой во всем многообразии ее решения является овладение такими навыками детьми дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) разной степени сложности, поскольку у таких “особенных” детей возникают трудности в управлении моторикой в связи с РАС. Многими авторами отмечается специфическая рассогласованность (диссоциация) моторного развития у таких детей: при своевременном, а иногда и ускоренном развитии отдельных статистических и локомоторных функций, у них отмечается выраженное отставание в развитии предметно – практической деятельности [7]. Исходя из этого, они имеют проблемы с простыми, в нашем представлении вещами, которые могут вызвать дополнительные социальные проблемы в школе, не говоря о том, с каким трудом таким детям дается контакт со сверстниками, они обозначены как отличные от

других. Среди наиболее частых нарушений моторики при РАС отмечаются: неловкость, неуклюжесть движений, различные типы стереотипной активности. Также различные исследования показали недостаточность зрительно – моторной координации у детей с РАС. Известно, что развитие зрительно – моторной координации является одной из значимых предпосылок для формирования предметно практической деятельности, ручной умелости и графических навыков (Бернштейн Н.А., Запорожец А.В., Лурия А.Р.) [7].

Графический навык – это способность выполнять в процессе графической деятельности ее элементы с минимальным контролем сознания [8]. Это хорошо отработанные графические действия, сформированные путем упражнений, входящие в структуру умений. А также это сложное речукодвигательное действие, которое проявляет себя, с одной стороны, как речевое (интеллектуальное), а с другой как, двигательное [8]. Графомоторные (графические) навыки связаны с произвольным отражением двигательной деятельности за счет тонкой дифференцированной чувствительности, адекватных двигательных представлений, воображения, памяти, обеспечивающих эффективное управление движениями и двигательными действиями на основе точного самоконтроля и саморегуляции [2]. Чтобы данные навыки приобретать, необходимо развитие мелкой моторики и координации движений пальцев рук. На этот факт указывают многие ученые, которые освещают в своих трудах проблему формирования графических навыков у детей дошкольного возраста: А.Р. Лурия, И.М. Сеченов, С.М. Блинова, В.А. Сухомлинский, который утверждал, что истоки способностей и дарования детей - на кончиках их пальцев [2]. Ребенок с высоким уровнем развития мелкой моторики, как показывают многочисленные исследования, имеет высокий уровень логического мышления, у него достаточно хорошо развиты память, внимание, связная речь и графические навыки в особенности, которые относятся к сенсорным навыкам ребенка, тесно связаны с успехом в учебной деятельности и тесно сопровождают процесс письменной речи (письма). Письмо, как сложный навык, требует тонких и координированных движений руки, что вызывает трудности у многих детей и без нарушений психического развития, и с аутизмом [4]. Таким образом, овладение графическими навыками рисования не только развивает двигательные ощущения и мелкую моторику рук и облегчает усвоение письма как сложного навыка, который включает в себя выполнение тонких координированных движений руки, но и создает необходимые условия для воображения, мышления, а также творческого развития будущего школьника.

Исследования зависимости уровня моторных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра на базе Университета Вашингтона в Сент Луисе, проведенные Клаудией Лист Хилтон,

кандидатом медицинских наук, доцентом трудотерапии и инструктором психиатрии, позволили выявить наличие связи между трудностями в развитии моторных навыков и наличием у детей аутизма [9]. Тестирование показало, что уровень развития моторных навыков у 83% аутичных детей находится ниже среднего уровня. Кроме того, исследование показало, что чем ниже показатель уровня развития моторики у аутичного ребенка, тем выше степень у него социальных нарушений и тяжести заболевания. В решение этой проблемы включаются специалисты в области специальной педагогической коррекционной работы, которые, прежде всего, выявляют основные факторные предпосылки для развития того или иного графомоторного навыка. Это предполагает наиболее успешную школьную и социальную адаптацию детей с аутизмом.

Исследование особенностей графомоторных навыков у детей с РАС осуществлялось на базе Школы – интерната №3 для детей с ограниченными возможностями здоровья г. Курска, а также на базе МБОУ «Лицей №21» г. Курска. В исследовании приняли участие два ребенка с РАС. Пол испытуемых – мужской, возраст - 8 и 12 лет. Форма проведения исследования – индивидуально.

Методический инструментарий: графическая проба «Заборчик» Цветковой Л. С.; Ориентационный тест школьной зрелости Керна – Йерасика – 3 графических субтеста; Тест «Нарисуй человека» Гудинаф – Харриса.

1. Заборчик: Данная проба применяется для получения информации о состоянии компонентов произвольных движений: динамический и кинетический, регуляторный компонент, который включает в себя удержание программы, контроль за ходом выполнения, критичность по отношению к допускаемым ошибкам, и пространственный, включающий запоминание координатных характеристик движений, а также порядка следования элементов программы друг за другом (Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. 2012) [3]. Проба заключается в рисовании узоров. Ребенку последовательно предъявляется 2 программы (2 узора), что предоставляет возможность наблюдать за качеством переключения с одной программы на другую, и он продолжает образец узора до конца строки.

При предъявлении методики детям с РАС, ни один из них не справился с заданием. Стоит отметить первого исследуемого – Давида, 8 лет, имеет аутистические черты и Синдром Гиперактивности по общим наблюдениям. Отмечалась неусидчивость, отвлеченность, заинтересованность в происходящем вокруг, но не в задании. За все время проведения испытания мальчик сел за парту несколько раз по просьбам мамы, которая присутствовала, и брал карандаш в разные руки, что говорит об амбидекстрии, или «смешаннорукости», но в некоторых

случаях это говорит о несформированности ведущего полушария головного мозга. Ребенок что-то быстро и импульсивно рисовал на чистом месте бумаги и вставал с места, продолжая исследовать классный кабинет с перебежками и двиганием предметов: стульев, парты, игрушек. Таким образом, у ребенка возникали трудности с точным самоконтролем и саморегуляцией. Результатом рисования стали неразборчивые каракули, что говорит о непонимании задания. Второй мальчик – Никита, 12 лет, с аутизмом, занимавшийся на тот момент в интернате четвертый год, попытался выполнить задание при нескольких указаниях. Ребенок сосредоточенно выполнял все задания, отмечена усидчивость и спокойствие, даже при стереотипии не отрывал карандаш от бумаги. Карандаш в правой руке держал уверенно, сформирована правильное удержание его пальцами. Во время рисования «заборчика», с изначальным неудержанием строки резко вниз, он повторил обе программы в искаженном варианте макрографии (изменение размеров элементов) и продолжил рисовать на листе бумаги круговыми движениями, пока не заполнилось чистое пространство. Эта стереотипия присутствовала у Никиты во всех последующих заданиях, которые ему предъявлялись. После повторного указания на завершение задания мальчик, вместо выполнения этого указания, старательно обвел образец «заборчика» с легким волнистым отклонением от линий, что говорит о нарушении мелкой моторики.

Вся группа детей без РАС без трудностей справилась с заданием. Они сосредоточенно повторяли заданные программы (2 узора), соблюдали одинаковый размер элементов, не отрывали карандаш от бумаги, придерживались стабильного тонуса при нажатии карандашом. Наблюдалось высокое качество переключения с одной программы на другую. Таким образом, графическая проба дала информацию о нормальном состоянии регуляторного компонента и пространственного у всех детей.

2. «Ориентационный тест школьной зрелости» Керна – Йерасика, *Субтест 1*[2] и Тест «Нарисуй человека» Гудинаф – Харриса [9]: данная группа проб используется для измерения уровня интеллектуального развития детей, а также для оценки школьной зрелости. Детям предлагается как можно лучше нарисовать мужчину. При предъявлении методик детям с РАС, оба так же не справились с заданием. Давид, после долгих уговоров матери, сел за парту, быстро и резко нарисовал неразборчивую петлю другой ручкой – красной, и отстранился от задания, продолжая бегать по аудитории. Ребенок не включился в задание. Никита так же не справился. В начале он попытался нарисовать голову вместе с одной точкой, видимо означавшей глаз. Но затем Никита изобразил круг в центре листа и продолжил стереотипичные кругообразные движения, пока не заполнил все

пространство бумаги. По тесту Г. – Х. результаты оцениваются в 2 балла, как попытки нарисовать голову и глаза, что говорит о понимании ребенком задания, его осознания им и попытки его выполнить.

Все дети без РАС справились с заданием. При обработке результатов по тесту «Гудинаф – Харриса» были выявлены высокие результаты, в сравнении с нижней границей нормы – средний показатель группы 30 баллов. По тесту школьной зрелости Керна – Йерасика группа получила средний показатель 3 балла, что так же является нормой.

«Ориентационный тест школьной зрелости» Керна – Йерасика, *Субтест 2*»: Предлагается скопировать фразу «Я ем суп», написанную письменными буквами.

Дети с РАС не справились с заданием. Давид не приступил к нему, нарисовав вместо букв несколько петель, что оценивается в 5 баллов как каракули. Никита вместо выполнения предлагаемого задания старательно обвел буквы образца и рядом с ним заполнил поле кругообразными движениями карандашом.

Все дети без РАС выполнили указание. Они хорошо и полностью разборчиво скопировали данный им образец. Буквы не превышают размер букв образца, четко связаны в три слова, фразы не отклоняются от горизонтальной линии.

«Субтест 3»: Предлагается повторить последовательность изображенных точек.

Дети с РАС не справились с задачей. Давид, нарисовав рядом с точками неразборчивые каракули, что говорит о непонимании задания, однако у него ближе к концу времени проведения исследования появилась усидчивость, и ребенок, чередуя левую и правую руки, пытался что-то изобразить рядом с образцом. Никита, при предъявлении ему задания, обвел карандашом одну точку в образце и отстранился от дальнейшего выполнения. После повторного указания и помощи мальчику, нарисовав три точки его рукой, он не смог продолжить последовательность точек, что говорит о потере работоспособности и концентрации внимания к концу занятия. Таким образом, Никите свойственна быстрая утомляемость и истощаемость.

Все дети без РАС выполнили задание. Наблюдается почти совершенное копирование образца. Рисунки параллельны ему. Все дети получают оценку в 1 балл. Подводя итоги, общая средняя сумма их баллов по трем субтестам - 5, что говорит об их развитии выше среднего.

Таким образом, методики с отдельными субтестами оказались недоступны исследуемым детям с РАС. Они в большинстве случаев не поняли само задание, что говорит о нарушении регуляторного компонента произвольных движений. Изучив теоретическую базу и на основе результатов исследования, можно судить о собственно нарушении у них графомоторного навыка, о его несформированности независимо от

возраста. Уровень сформированности графомоторных навыков — длительный и трудоемкий процесс, который связан, как выяснилось, с психофизиологическими особенностями детей и самим процессом обучения [2]. Эти особенности и ставят перед детьми с РАС препятствия к приобретению этих важнейших навыков. Именно поэтому на специалистов в сферах медицины, психологии, коррекции и педагогики возлагается главная задача. Коррекция моторных нарушений, формирование различных видов практической деятельности и навыков самообслуживания оказывают положительное влияние на психическое и личностное развитие ребенка с РАС.

Список литературы

1. Завадская М. Н. Особенности психофизиологического компонента графической готовности детей 5-8 лет с различными уровнями сформированности графомоторных навыков // Научная Статья в журнале "Здоровье и окружающая среда". – 2014. – Т. 2. – С. 125-128. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29766648> (дата обращения 10.10.19).
2. Лупандина Е. А. Формирование графических навыков у детей дошкольного возраста средствами мезенской росписи: опыт педагогической деятельности // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 13. – С. 150–154. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://e-koncept.ru/2017/770300.htm> . (дата обращения 10.10.19).
3. Мазина В. Д. Графическая проба «Заборчик». [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://mersibo.ru/sites/default/files/education/application/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B0%20%D0%97%D0%90%D0%91%D0%9E%D0%A0%D0%A7%D0%98%D0%9A_1.pdf . (дата обращения 10.10.19).
4. Мишукова Н. А. Формирование графических навыков детей старшего дошкольного возраста // Статья в сборнике трудов конференции «Непрерывное образование в современном мире: история, проблемы, перспективы». – 2017. – С. 71-74. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29249169&> (дата обращения 10.10.19).
5. Расстройство аутистического спектра // Свободная энциклопедия Википедия. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://google.ru/5Rax> (дата обращения 10.10.19).
6. Расстройство аутистического спектра: характеристика, симптомы, коррекция и лечение детей с РАС. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://neurodoc.ru/bolezni/psycho/autism/rasstrojstvo-autisticheskogo-spektra.html> (дата обращения 10.10.19).

7. Ульянова Р.К. Подготовка к формированию графических навыков у детей с аутизмом (дошкольный возраст) // Автореферат диссертации. – 1992. – URL: <https://dlib.rsl.ru/viewer/01000764271#?page=8> (дата обращения 10.10.19).
8. Формирование каллиграфических навыков младших школьников (состояние, проблемы и пути оптимизации). [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.pedagogystudy.ru/pedagogika-36-29.html> (дата обращения 10.10.19).
9. Autism and Motor Skills in Children // Publish Date: 2012/02/17 - (Rev. 2015/02/07). - Author: Beth Miller. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.disabled-world.com/health/neurology/autism/motor-skills.php> (дата обращения 10.10.19).

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Языков А.И.

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

**Научный руководитель: к.психол.н., доцент кафедры
психологии здоровья и нейропсихологии Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования ценностных ориентаций у студентов лечебного дела и студентов-психологов, обучающихся на 1 и 3 курсах. Статистически достоверные различия в картине ценностных ориентаций не выявлено. Выявлено ряд особенностей. У студентов 1 курса преобладает ценность ответственность и честность, а уже на 3 курсе - терпимость. У студентов лечебного дела преобладает в выборе терминальная ценность здоровье. Ответственность, на втором месте в иерархии терминальных ценностей встречается 40% случаев у лечебного дела и только в 13% у студентов факультета клинической психологии.

Ключевые слова: ценностные ориентации, инструментальные ценности, терминальные ценности, студенческий возраст

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
**VALUE ORIENTATIONS OF MEDICAL UNIVERSITY
STUDENTS**



Yazikov A. I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific adviser: candidate of psychological sciences, Associate Professor of the Department of Psychology of Health and Neuropsychology Kuznetsova AA,

Abstract. The article presents the results of a study of value orientations in medical students and psychology students enrolled in 1 and 3 courses. Statistically significant differences in the picture of value orientations were not revealed. A number of features are revealed. In the 1st year students, the value of responsibility and honesty prevails, and in the 3rd year - tolerance. In medical students, the terminal value of health prevails in the choice. Responsibility, on the second place in the hierarchy of terminal values, 40% of cases occur in medical practice and only 13% in students of the faculty of clinical psychology.

Keywords: value orientations, instrumental values, terminal values, student age

Любое познание человека независимо от научной дисциплины, если оно является целостным, системным, упирается в изучение его личностных особенностей.

Одними из элементов личности, частью «статуи» являются ценности или система ценностей [4]. Понимание данного конструкта может представлять собой опору для анализа поведения человека, его прогнозирования, что на сегодняшний момент является сферой интересов как психологии, так и ряда других областей науки.

Рассматривая вопрос ценностных ориентаций, стоит дать определение, прежде всего понятию ценности. В.С. Братусь под этим понимал некие смысловые «отрефлексированные» образования [1]. В данном определении есть важные моменты, которые в контексте нашего исследования мы учитывали: ценности, а как следствие и ориентации в одноименной системе, индивидом непосредственно переживаются, что выражается для субъекта принятием того или иного взгляда на явления

данности; ценности несут для субъекта некий смысл, что позволяет их носителю выделять личностный смысл в любом переживании действительности; образования, формирующиеся в процессе развития индивида. Д.А.Леонтьев понимал под этим явлением «сознательные убеждения или представления об идеальном для индивида» [1]. На основании этого определения можно сделать суждение о том, что благодаря ценностным ориентациям субъект в бесконечном мире альтернатив выбирает для себя наиболее релевантное для него, выбор его состоит не в акте обладания, а в мыслительном определении своего отношения к явлению.

Как следствие, исследуя данную проблему, в конечном итоге, мы необходимо придем к предельно правдивому пониманию «идеального» для студентов 1 и 3 курса.

Выборку нашего исследования представляли студенты 1 курса, возраст которых варьирует от 17 до 22 лет. Данная возрастная группа обладает уже собственной, уникальной системой ценностей, на основе которой и строится ценностная ориентация. Вместе с тем стоит отметить, что сохраняется и высокая гибкость смысловых отрефлексированных образований.

В ходе нашей работы был реализован библиометрический анализ по ключевому запросу «ценностные ориентации» за период с 1998 по 2018 года было найдено 5829 статей. Причем динамика публикаций возрастает в среднем из года в год и к 2017 году составила 364 статей. На основании можно констатировать, что данная тема довольно актуальна и востребована в современном научном мире.

Проведенный персонологический анализ утвердил слова об актуальности темы, так как проблемы ценностных ориентаций интересовали огромное количество исследователей и авторов. Среди них можно выделить Кузнецову А.А., Самойлик Н.А. (автор 2 статей за прошедший год), Иващенко К.А.[4; 5].

Тематический анализ статей по запросу «ценностные ориентации» определил степень разброса областей психологии и других наук, в рамках которых данная проблема актуализирована. Стоит отметить, что с большой частотой встречаются публикации в контексте возрастной психологии. В рамках этой отрасли изучаются проблемы формирования ценностных ориентаций у детей, их влияние на социализацию старшеклассников, особенности развития ценностных ориентаций у подростков. В психологии личности ставится вопрос о связи мотивации, особенностей личности, характера индивида и ценностных ориентаций. В рамках психологии труда ценностные ориентации связываются прежде всего с особенностями взаимоотношений в коллективе, характере управления и подбора персонала.

Целью работы является исследовать ценностные ориентации студентов 1 и 3 курса факультетов клинической психологии и лечебного дела. Предмет исследования - проявление ценностных ориентаций у студентов. Объектом работы изучения выступают ценностные ориентации.

В ходе работы использовались методы теоретического анализа и эмпирическое исследование на основе методики М. Рокича, а также статистические методы обработки данных (Х-Квадрат Пирсона).

В ходе исследования студенты работали с методикой «ценностных ориентаций» М. Рокича. Итак, инструментальные - ценности-средства, ценные в качестве средств, инструментов для достижения обычных целей. В качестве инструментальных ценностей обычно рассматриваются личностные черты, помогающие человеку в жизни: вежливый, ответственный, интеллигентный, храбрый, одаренный воображением, честолюбивый, контролирующий, логичный, нежный, честный, полезный, способный, чистый, прощающий, веселый, независимый, послушный, с широким кругозором. Терминальные - это ценности, ценные сами по себе: самооценности. Ценности, которые нельзя обосновать другими, более общими или более важными ценностями. К таким ценностям обычно относят: полноценная любовь, счастье, безопасность, удовольствие, внутренняя гармония, чувство завершенности, мудрость, спасение, комфортная жизнь, воодушевление, свобода, дружба, красота, признание, уважение, надежная семья, равенство, всеобщий мир [3].

Результаты исследования. Применение критерия х-квадрата Пирсона не подтвердило гипотезу о существовании различий в распределении признака – ценностных ориентаций. ($p\text{-level} > 0,1$) Поэтому мы не можем в своем исследовании сказать, что у студентов 1 и 3 курса, а также у тех, кто из них учится на факультете клинической психологии и лечебного дела есть, статистически достоверные различия в картине ценностных ориентаций, но мы можем выделять ряд особенностей, которые нам удалось обнаружить. Например, в 7 случаях из 15 на 3 позиции в иерархии инструментальных ценностей у первого курса встречается, такая ценность как честность.

Тогда как у студентов 3 курса на третьей позиции после выбора, преобладает терпимость. Стоит отметить преобладание ответственности и честности у студентов 1 курса на первых позициях выбора в сравнении с третьим курсом.

В сравнении ценностных ориентаций по основанию деления на факультеты, также есть качественные различия. Терминальную ценность – здоровье, на первое место в своей иерархии поставили 80% студентов лечебного дела, когда у психологов данный процент составляет 40%. Ответственность, на втором месте в иерархии терминальных ценностей

встречается 40% случаев у лечебного дела и только в 13% у студентов факультета клинической психологии.

Наше предположение о влиянии на ценностные ориентации курса и профиля обучения не подтвердилось статистически, но качественные тенденции выявлены. Что в свою очередь является основанием для планирования нового исследования или проверки данного, путем увеличения выборки.

Список литературы

1. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. // Вопросы психологии, – М. –1997. – №5. – С.12-30.
2. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. – М.,1993.– 43с.
3. Психологос. Энциклопедия практической психологии [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.psychologos.ru> (дата обращения 21.04.2018).
4. Самойлик Н.А. К вопросу об актуализации понятия "профессионально-ценностные ориентации" личности в современной науке. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:<https://elibrary.ru/item.asp?id=24918328> (дата обращения 21.04.2018). Самойлик Н.А. Типы профессионально-ценностных ориентаций представителей разных профессиональных групп. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30034818> (дата обращения 21.04.2018).