

**СЕКЦИЯ «ПСИХОЛОГИЯ»****ПОДСЕКЦИЯ №3 «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ  
ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ»****Изучение особенностей временной перспективы в ситуации хронического  
соматического заболевания*****Абакумова Ксения Николаевна****студентка**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**E-mail: xen\_psy\_xen@bk.ru*

Ситуация хронического соматического заболевания (ХСЗ) рядом авторов рассматривается как провоцирующая кризис развития личности в целом (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.). Среди проявлений данного кризиса является изменение структуры времени жизненного пути личности, в частности временной перспективы.

Время жизненного пути личности – аспект временной организации личности, отражающий специфику распределения значимых жизненных событий в контексте жизни субъекта. Мы используем определение К.Левина, который под временной перспективой понимает всеобщность взглядов индивида на его психологическое будущее и психологическое прошлое, существующее в данное время. Ж.Нюттен выделяет три аспекта временной перспективы. Первый аспект – это собственно временная перспектива, характеризующаяся протяженностью и насыщенностью. Второй – временная установка, т.е. более или менее позитивная настроенность по отношению к прошлому, настоящему или будущему. Третий аспект – временная ориентация – преимущественная, доминирующая направленность поведения субъекта на объекты прошлого, настоящего или будущего.

Мы рассматриваем ситуацию ХСЗ как потенциально критическую, т.е. как ситуацию невозможности (Ф.Е.Васильюк) реализации жизненных задач – удовлетворения потребностей, достижения целей, реализации отношений и пр., в которой с высокой степенью вероятности возможно нарушение личностной идентичности (Э.Эриксон, Дж.Марсиа и др.) и развитие кризиса идентичности. Переживание жизненных событий (прошлого, настоящего и будущего) осуществляется через систему личностных смыслов, на основе которых человек соотносит свои возможности и цели, распределяет события жизни по значимости на данный момент времени. Жизненное событие – это поворотный этап жизненного пути, когда принимаются важные решения на длительное время. Наличие ХСЗ значительно меняет жизнедеятельность больного, а значит, заставляет человека по-новому взглянуть на свою жизнь, ее смысл. Все это отражается на переживании психологического времени жизни.

Мы предполагаем, что болезнь как потенциально критическая жизненная ситуация изменяет структуру времени жизненного пути личности; в ситуации ХСЗ происходит интенсивное осмысление жизни, оценка пройденного этапа, определение роли самого субъекта в реализации жизненного пути; временная перспектива сужается, как правило, человек ориентирован в большей степени на настоящий момент и прошлое и в меньшей степени на будущее.

Целью данного исследования стало изучение особенностей временной перспективы у больных ХСЗ в сравнении с особенностями временной перспективы у людей, находящихся в обычных условиях жизни (здоровых испытуемых).

В исследовании приняло 127 пациентов гастроэнтерологического и кардиологического отделений городской больницы №3 города Курска, средний возраст

42 года, разброс от 20 до 53 лет. 60 испытуемых – люди, не находящиеся в каких либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющих жалобы на состояние здоровья, жители г.Курска. Отбор производился условно случайно. Средний возраст 39,9 лет, разброс от 22 до 59 лет. Статистически значимые различия по возрасту (критерий U Манна-Уитни) между группами обнаружены не были ( $p = 0,279$ ). Исследование проводилось в 2006-2007 гг.

Для изучения собственно временной перспективы мы использовали процедуру «Линия жизни», временных установок – «Шкалу временных установок» (Нюттена и Ленса), временных ориентаций – «Опросник Ф.Зимбардо по временной перспективе» (в адаптации А.Сырцовой), для изучения смысловой сферы – методика «Смыслжизненные ориентации» (Д.А.Леонтьев), а так же тест «Локус контроля» Е.Г.Ксенофоновой. В исследовании использовался статистический пакет STATISTICA 6.0.: анализ средних тенденций с учетом распределения и изменчивости признака, непараметрический критерий для двух несвязанных выборок U Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции R Спирмена.

В результате отмечаются значимые различия между выборками здоровых (З) и больных (Б) испытуемых по ряду параметров: 1) более высокие показатели точки настоящего у здоровых ( $ZM=2,9$ ,  $BM=-0,77$ ,  $p=0,0$ ), т.е. здоровые люди в среднем гораздо более позитивно оценивают свой этап жизненного пути; 2) более высокие показатели «позитивное прошлое» у здоровых ( $ZM=3,82$ ,  $BM=3,41$ ,  $p=0,0$ ), т.е. наличие ситуации ХСЗ в настоящем способствует более негативному переживанию прошлого; 3) более высокие показатели «фаталистическое настоящее» у больных людей ( $ZM=3,09$ ,  $BM=3,39$ ,  $p=0,01$ ), что свидетельствует о фаталистическом, беспомощном и безнадежном отношении больных к будущему и жизни; 4) данный факт подтверждается значимыми различиями в показателях «установка на настоящее» (по методике Нюттена и Ленса): в группе Б установка на настоящее в среднем носит нейтральный характер, в то время как в группе З она позитивна ( $ZM=4,69$ ,  $BM=3,89$ ,  $p=0,0$ ). В результате корреляционного анализа внутри групп выявлено: в группе З обнаружены значимые связи насыщенности временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Процессом жизни, Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь» ( $R=0,34$ ,  $p=0,007$ ;  $R=0,34$ ,  $p=0,007$ ;  $R=0,28$ ,  $p=0,02$ ;  $R=0,31$ ,  $p=0,01$  соотв.), протяженности временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Процессом жизни, Результатом жизни, Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь» ( $R=0,36$ ,  $p=0,003$ ;  $R=0,38$ ,  $p=0,003$ ;  $R=0,33$ ,  $p=0,008$ ;  $R=0,34$ ,  $p=0,06$ ;  $R=0,31$ ,  $p=0,01$  соотв.); в группе Б значимо коррелируют насыщенность временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Локусом контроля «Я» ( $R=0,22$ ,  $p=0,01$ ;  $R=0,19$ ,  $p=0,02$ ), протяженность временной перспективы с Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь» ( $R=0,18$ ,  $p=0,03$ ;  $R=0,18$ ,  $p=0,03$ ), а так же оценка настоящего момента и локуса контроля (здоровье) ( $R=-0,23$ ,  $p=0,007$ ), т.е. чем лучше человек переживает свой настоящий момент тем он менее контролирует, несет ответственность за свое здоровье. В группе З связь между показателями временной перспективы и смысловой сферы более полная и отражает состояние смысловой сферы как прямо, так и косвенно; в группе Б имеют место связи с косвенными показателями смысловой сферы и их гораздо меньше.

Выводы. У человека, попадающего в ситуацию болезни, рассматриваемую нами как потенциально критическую настоящий период жизненного пути переживается как, сложный, требующий преодоления, настоящее рассматривается как беспомощное и безнадежное, а прошлое воспринимается как негативное. Отмечается сужение временной перспективы, т.е. при сохранении восприятия длительности будущего у человека в ситуации ХСЗ отмечается событийная опустошенность, он фиксируется на своем болезненном состоянии, ранее планируемые события заменяет желание выйти из

ситуации болезни. Это также выражается в более ответственном отношении к своему здоровью – повышается интернальность в сфере здоровья.

### Литература

1. Арестова О.Н. Мотивация и перспективное целеполагание в мыслительной
2. деятельности // Вестн. МГУ. Психология. 1999. № 3
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во МГУ, 1984
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
5. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего – М., 2004.

### Роль психологических факторов в этиопатогенезе панических атак

*Агарунова Сабина Эминовна*

*студентка*

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

*E-mail: sabinocha@yahoo.com*

Содержание, структура и организация психологического опыта играют очень важную роль в актуалгенезе различных психосоматических расстройств. Развитие реабилитационного направления в современной клинической психологии предъявляет особые требования к изучению личностных особенностей больного и их участия в процессах симптомообразования. Оптимизация лечебно-восстановительных мероприятий должна всегда вестись с учетом психологических особенностей людей страдающих, определенными заболеваниями. Одним из таких заболеваний является паническое расстройство, основным проявлением которого являются повторяющиеся пароксизмы тревоги - панические атаки.

Сегодня можно говорить об интегративном этапе в развитии изучения панических атак. Паническая атака представляет собой необъяснимый, мучительный для больного приступ страха или тревоги, часто ассоциирующееся с чувством неминуемой гибели в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами.

В контексте темы психологических факторов в патогенезе панических атак сегодня изучают различные аспекты, которые будут обозначены далее. Психические воздействия, эмоциональный стресс рассматриваются во взаимодействии с врожденными, генетическими и приобретенными особенностями индивида. Изучается значение периода детства и юности в формировании эмоционально-личностных особенностей и адаптивных механизмов больного, провоцирующих возникновение панических атак. Рассматриваются факторы возраста и гендерных различий при исследовании темы панических атак. Активно изучаются вопросы психогенеза дебюта панического расстройства, факторы, приводящие к развитию вторичных психовегетативных и психопатологических синдромов, общее и различное в психогенных факторах больных с разными типами пароксизмальных состояний и т.д.

Говоря о психологических факторах в патогенезе панических атак, нельзя не сказать об основных концепциях, связанных с этой темой. В литературе среди наиболее распространенных концепций панического расстройства принято выделять три основные модели

Когнитивные модели. Согласно когнитивному подходу в основе эмоциональных расстройств лежат ложные представления человека о событиях, а не сами события. Говоря о панических расстройствах, это означает, что больные, страдающие паническими атаками склонны к ошибочной оценке сигналов со стороны внутренних органов и имеют тенденцию катастрофизировать эти сигналы.

Бихевиористские модели. Большинство поведенческих концепций панического расстройства интерпретируют панические атаки, как условную реакцию на ощущения со стороны внутренних органов.

Психодинамические модели. В рамках данного направления изучаются два аспекта:

Значение периода детства в отношении стрессоустойчивости в последующей жизни:

2. Роль детско-родительских отношений в формировании когнитивного стиля — основной структуры эмоциональных и поведенческих реакций в отношениях личности с окружением.

Важно отметить, что сегодня активно развивается психотерапевтическое лечение, по многим показателям превосходящее фармакологическое по непосредственным и отдаленным результатам. Данный факт подчеркивает значение психогенных факторов в патогенезе панических атак.

Также известно, что хронизации панического расстройства способствуют неадекватные и несвоевременные лечебные мероприятия. Известно что, около 50% пациентов, страдающих паническими атаками получают неадекватную и менее 30% — адекватную терапию, что часто происходит из-за "недоучета" различных психогенных факторов в патогенез панических атак, в том числе психологической преморбидной личностной структуры больных.

Таким образом, все выше сказанное говорит о том, что изучение психологических особенностей, личностной структуры больных, страдающих паническими атаками будет являться очень важным аспектом исследования механизмов симтообразования панических атак, что тем самым будет способствовать оптимизации адекватных психотерапевтических мероприятий относительно данного заболевания.

В рамках отечественного подхода к психосоматической проблеме (в рамках психологии телесности), разрабатывается тема изучения роли эмоционально и телесного опыта человека, формирующихся в ходе онтогенеза человека, в становлении тревожности как патологической черты личности. Исходя из этого, в ближайшем будущем планируется проведение исследования, которое будет направлено на изучение эмоционального и телесного опыта больных, страдающих паническими атаками, а также особенностей их личностной структуры (личностных особенностей как predispositional факторов в развитии панических атак). Также отметим, что на определенном этапе многие исследователи стали отмечать некоторые отклонения в структуре панических атак. Например, могло наблюдаться отсутствие эмоционально-аффективных проявлений, атипичность данных проявлений, а также можно было наблюдать некоторые дополнительные симптомы в приступах. В связи с этим представляется важным посмотреть, насколько особенности личностной структуры соотносятся с типичностью (или атипичностью панических атак). Таким образом, исследование, обозначенное выше планируется проводить, изучая больных страдающих паническими атаками, структура которых имеет существенные различия. Новизна данного исследования заключается в том, что планируется

Интегративный подход к изучению личностных особенностей больных, страдающих паническими атаками, влияющих на процесс симптомогенеза

Разработка целостного методического комплекса для изучения данных личностных особенностей - особенностей когнитивной эмоциональной и телесной сферы больного, чему предшествует подробное изучение и анализ множества литературных источников по данному вопросу.

### Литература

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В, Данилов А.Б./Панические атаки : Неврологические и психофизиологические аспекты: Руководство для врачей М. : Эйдос Медиа, 2004
2. Клиническое руководство по психическим расстройствам: Перевод с английского/ под ред. Барлоу Д. Х., М. Питер, 2008
3. Almeida Y.A, Nardi A.E. Psychological features in panic disorder: a comparison with major depression./Arq Neuropsiquiatr 2002
4. Aronson T.A. Bouque C.I., Phenomenology of panic attacks: Descriptive studies of panic disorders Patient self-reports Clin. Psichiatry. 1988
5. Clark D.M. A cognitive approach to panic. Behaviour Research and therapy 1986

### **Особенности переживания своего тела больными шизофренией**

*Алексеев Андрей Андреевич*

*аспирант*

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

*E-mail: serpentarij@list.ru*

Большинство из немногочисленных исследований телесности, как психологического феномена, при шизофрении было посвящено рассмотрению симптомов расстройств восприятия и переживания тела, а также их поведенческих проявлений. Так были описаны грубые искажения образа тела [1], переживания транссексуальности [2] и тяга больных шизофренией к совершению радикальных перемен во внешности, могущая принимать формы от внезапных и причудливых изменений причесок [3] до обращений в клиники пластической хирургии [4]. В то же время вопрос о непосредственном переживании своего тела и себя, как телесного субъекта, при шизофрении остается открытым.

Таким образом, целью проведенного исследования стало выявление особенностей переживания собственного тела больными шизофренией.

В своем исследовании мы опираемся на основные принципы отечественной психологии телесности. Во-первых, телесность человека понимается нами, как культурно обусловленный феномен, нетождественный пониманию тела, исключительно как организма, и проходящий в своем развитии период социализации и освоения. Во-вторых, телесность рассматривается нами в контексте взаимоотношений субъекта с миром, в контексте его деятельности [5].

Экспериментальную группу составили 23 больных шизофренией преимущественно параноидной формы, непрерывного и приступообразного типа течения, без существенных нарушений. Контрольную группу составили 27 человек.

Учитывая тот факт, что феномены телесности являются глубоко укорененными и не всегда в полной мере поддающимися самоотчету, для проведения исследования нами были выбраны проективные и психосемантические методики. В рамках исследования использовались следующие методики: методика «Рисунок себя», методика «Словесного автопортрета», тест «Классификация ощущений», методика «Рисунок внутреннего тела». Проводился как количественный, так и качественный анализ полученных данных.

В результате статистической обработки данных удалось выявить статистически значимые различия между группами по ряду параметров ( $p < 0.05$ ).

Обобщение полученных результатов позволило сделать предположение о характерных особенностях переживания тела больными шизофренией:

Для больных шизофренией характерно «не-переживание» собственного тела. Что выражается в исключении тела из области «Я», деиндивидуализации образа тела, утрате телом функции презентации субъекта в мире, оскудении эмоционального отношения к собственной внешности и в отношении к телу, как к объекту. При этом обозначенные

феномены сочетаются со снижением коммуникативной функции тела. Что проявляется в слабой освоенности тела, как инструмента невербальной коммуникации, а также культурных средств регуляции телесности (таких, как одежда).

В то же время переживание своего тела в виде внутренних телесных ощущений у больных шизофренией несет негативную окраску. То есть если телесность и осознается больными шизофренией, то осознается, как правило, в виде болезненных или несущих угрозу ощущений.

#### *Заключение*

На основании косвенных, проективных, данных можно выстроить общую картину переживания тела больными шизофренией. В норме наряду с тем, что тело является частью самого субъекта, он представляет собой достаточно освоенный инструмент в распоряжении субъекта и служит проводником его активности во внешний мир. При этом тело также является источником внутренних ощущений, чаще всего фоновых, но может обнаруживать себя и в форме болезненных. Для больного шизофренией тело не является частью его самого. Объективно являясь частью самого субъекта, субъективно тело переживается, как нечто внешнее. Оно предстает, как нечто чуждое, но постоянно сопровождающее больного. В то же время тело для больного шизофренией не является удобным инструментом и проводником его активности во внешний мир. Оно оказывается инструментом неудобным, не вполне освоенным, а что, важно, еще и своенравным. Возникающие внутренние телесные ощущения чаще воспринимаются больными, как болезненные или несущие в себе угрозу. Специфика тела в ряду других источников стимуляции заключается еще и в том, что от ощущений, исходящих от него самого, «скрыться» практически невозможно. Таким образом, больные шизофренией оказываются, как не оснащенными телом вовне, так и атакуемыми самим телом, но уже изнутри.

В завершении также хотелось бы выразить надежду, что полученные данные могут быть полезны не только для понимания феноменов телесности в условиях шизофренией, но и для понимания целей онтогенеза телесности в норме.

#### **Литература**

1. Lukianowicz N. Body image disturbances in psychiatric disorders. Brit. J. Psychiat. 1967, 113, 31-47.
2. J. a Campo Nijman Evers Merckelbach Decker. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders. 2001.
3. Feldmann TB, Paynter CN. Further examination of extreme haircutting and psychosis. Am J Psychiatry 1988;145: 395.
4. Mowlavi Lille Andrews Yashar Schoeller Weschelberger Anderson. Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: identifying the problem patient. Annals of plastic surgery. vol. 44, №1. 2000.
5. Арина Г.А. Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа. Междисциплинарные проблемы психологии телесности // Материалы межведомственной научно-практической конференции. Из-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2004.

#### **Коррекция дезадаптивного поведения подростков с интеллектуальной недостаточностью**

***Бажукова Оксана Александровна***

*молодой ученый*

*Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Республика*

*Дагестан*

*E-mail: boa9@mail.ru*

### **Введение**

Одной из основных задач коррекционно-образовательных учреждений VIII вида является социальная адаптация его выпускников. Успешность подготовки к самостоятельной жизни в обществе зависит не только от приобретения определенных знаний по общеобразовательным предметам и в профессионально-трудовой деятельности, но и от уровня сформированности общения и умения налаживать отношения с окружающими, психологических особенностей умственно отсталого школьника, влияющих на его поведение в социуме.

Деадаптивное поведение, включаясь в картину нарушения при интеллектуальной недостаточности, вторично обуславливается негативными особенностями аффективной сферы и недостаточностью социальной компетентности умственно отсталых подростков. Преодоление негативного влияния этих факторов в подростковом возрасте возможно на путях реализации системы методов и приемов коррекционно-психологической работы, направленной как на самого ребенка, так и на его микро- и макросоциальное окружение.

Исследования в области специальной психологии и педагогики (М.С.Певзнер, 1959; С.Я.Рубинштейн, 1979; И.М.Бгажнокова, 1987; О.К.Агавелян, 1989; Е.И.Разуван, 1989; Ю.Т.Матасов, 1993; Д.М.Маллаев, 1993; П.О.Омарова, 2002; И.И. Мамайчук, 2005, Л.С. Медникова, 2004) показали, что наличие отклонений в психофизическом развитии школьников отрицательно влияет на развитие познавательной сферы и межличностного общения, приводит к существенным недостаткам в формировании представлений об окружающих людях и в установлении полноценных контактов с ними, а также к нарушениям поведения, проблемам в их социально-педагогической адаптации и реабилитации.

Проблема исследования порождена противоречием между необходимостью оказания своевременной психолого-педагогической помощи учащимся с интеллектуальной недостаточностью и наличием стойких негативных стереотипов, распространенных в клинической, социально-педагогической и психологической практике, в отношении возможностей психолого-педагогической коррекции социально-деадаптивного поведения детей указанной категории.

### **Методы**

Исходя из положения Л.С.Выготского о наличии общих закономерностей нормального и аномального развития, формирование нормативного (социально-приемлемого) поведения у умственно отсталых школьников протекает по тем же законам, которые определяют развитие нормально развивающегося ребенка. Основываясь на это положение нами была разработана методика формирования социальной компетентности умственно отсталых учащихся, которая может быть использована для совершенствования содержания и методов психологической работы с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Определено направление деятельности психологов и педагогов по нормализации поведения учащихся коррекционных образовательных учреждений VIII вида.

### **Результаты**

Анализ результатов исследования возможностей психолого-педагогической коррекции социально-деадаптивного поведения умственно отсталых подростков позволил нам разработать основные направления такой работы и прийти к следующим выводам:

В условиях коррекционно-образовательного учреждения VIII вида необходима организация работы по коррекции социально-деадаптивного поведения воспитанников по четырем основным векторам воздействия: ребенок, родитель, учитель, среда.

Психолого-педагогическая работа по коррекции деадаптивного поведения умственно отсталых подростков должна включать в себя следующие направления работы: диагностику причин и предпосылок к социально-деадаптивному поведению

учащихся; целенаправленное психолого-педагогическое воздействие в виде социально-психологического тренинга, направленного на развитие социальной компетентности подростка; повышение педагогической компетентности родителей, создание оптимальной образовательной среды, работу с психолого-педагогическим коллективом школы и общественностью.

В качестве основного направления коррекции социально-дезадаптивного поведения умственно отсталых подростков мы предлагаем методику формирования социальной компетентности в условиях социально-психологического тренинга. Нами разработаны принципы организации тренингового взаимодействия; требования к ведущему; требования к организации тренингового пространства; структура тренинга; методы и приемы тренинговой работы; тематическое планирование занятий (24 занятия по 2 занятия в неделю по два часа).

Статистическая обработка данных контрольного эксперимента и качественный анализ свидетельствуют о том, что умственно отсталые подростки обладают определенным резервом развития уровня социальной адаптированности в общении и поведении.

Формирование различных моделей поведения как в обычных, так и во фрустрирующих ситуациях, позволило выработать у умственно отсталых подростков более адекватные способы реагирования. Это способствовало оптимизации процессов общения, снизило количество конфликтов в коллективе класса, позволило выработать более рациональные варианты поведения. Снизилось количество подростков с высоким уровнем агрессивности и враждебности, увеличилось количество детей с преобладающими импунитивными (нейтральными) и интрапунитивными реакциями на фрустрацию при снижении экстрапунитивных (агрессивных) реакций. Учащиеся стали чаще выбирать социально приемлемые варианты поведения в сложных ситуациях. Увеличилась сплоченность школьного коллектива.

### Литература

1. Алмазов Б.Н. Психологическая средовая дезадаптация несовершеннолетних.– Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1986.
2. Бгажнокова И.М. Психология умственно отсталого ребенка.– М.: Просвещение, 1987. – 93 с.
3. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Академия, 2004. – 288 с.
4. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. - М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
5. Омарова П.О. Развитие общения умственно отсталых младших школьников. – Махачкала: Юпитер, 2002. – 120 с.

### Особенности телесного опыта у военнослужащих

*Балева Александра Павловна*

*студентка*

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

*E-mail : ball\_1@list.ru*

«Тренируй своё тело для военного дела»  
(народная поговорка)

«Тело человека- это не только механизм, машина, но и целый мир символов и знаков , ассимилированных в теле. Тело человека- это система знаков, показывающая насколько богат его язык.»



(М.В.Колоскова, 1991)

Плоть человека- свиток, на котором  
Отмечены все даты бытия ...  
М. Волошин

Телесный образ Я, или образ тела- одна из глубинных и базовых структур личности, влияющая на всю личность в целом и на ее движение по жизненному пути, с него можно считать информацию об особенностях структуры характера, актуальной проблематике, травмах развития.

Образ тела- это отражение своего тела в сознании личности, вся совокупность знаний и телесного опыта личности, как осознаваемой части, так и неосознаваемой. Внутренняя картина собственного тела, особенность индивидуального самовосприятия своего тела, внутренний образ тела может отличаться от реального телесного состояния. Образ тела формируется у человека на протяжении всей жизни под влиянием различных факторов, как внешних, так и внутренних.( Николаева В.В., Арина Г.А., 2004) Таким образом, образ тела является важной составной частью знаний о себе и самовосприятия и оказывает значительное влияние на чувства, мысли и поведение человека в течение всей жизни.

По мнению И.С.Кона, тело -не простая физическая, природная данность, а социальный конструкт.(И.С.Кон,2002).Поэтому немалую роль в формировании собственного телесного восприятия играет то социальное окружение, среда, в которой происходит процесс становления образа тела.

Воинская деятельность, как особый вид деятельности, связанный с определённого рода нагрузками, вредностями, ограничениями, стрессами (А.Г.Маклаков, 2005) определённым образом влияет на формирование и развитие такого феномена, как образ тела .Вопрос в том, как именно происходит это влияние? Что претерпевает трансформации, что остаётся на том же уровне, и что, наконец,"уходит" как "ненужное" в данной среде? Рассмотрение данной проблемы, на наш взгляд, недостаточно освещено в отечественной и зарубежной психологической литературе. Поэтому интересно отследить, каким образом социальные установки, окружение, мнение значимых людей, состояние здоровья человека(и физическое ,и душевное)влияют на формирование образа тела, акцентируя внимание на окружении -воинском коллективе, воинской деятельности в целом.

Наше исследование должно стать шагом к разработке методов выявления воздействий ,которые оказывает воинская деятельность на формирование образа тела, определения специфики телесного опыта военнослужащих ,попадающих под эти воздействия, а также к тому, чтобы наметить пути дальнейших исследований в этой области, позволяющих выйти на уровень практики и обусловленных необходимостью расширения представлений о телесности в норме.

В текущем исследовании принимают участие три группы испытуемых( солдаты срочной службы, от 18 до 22 лет.): 1)30 человек- поступившие на службу в Вооружённые Силы( « новый призыв»); 2) 30 человек- отслуживших в армии год; 3) 30 человек- демобилизующихся в ближайшее время. Исследование проводится в индивидуальном порядке с каждым испытуемым.

Методы исследования:

1. Методика «Незаконченные предложения», которая была создана специально для данного исследования. Все предложения разделены на тематические блоки: общее отношение к телу, отношение к своему телу в ситуации физической нагрузки, отношение к идеальному телу, отношение к телу в болевых ситуациях, отношение к внешности, общее самочувствие, эмоции, связанные со службой

2. Опросник, разработанный автором исследования, позволяющий выяснить степень фрустрации основных потребностей.

3. Методика «Визуально-Аналоговая Шкала»(ВАШ) оценки отдельных частей тела, их свойств, различных состояний тела.

4. Методика «Уровень субъективного контроля», направленная на изучение представлений о принимаемой ответственности за большинство важных событий в жизни, что эти события управляемы и за то, как складывается жизнь в целом.

5. Модифицированный опросник удовлетворённости телом, первоначально разработанный в магистерской диссертации И.В.Денисова. Все вопросы разделены на четыре шкалы: интенсивность желания изменить своё тело, неудовлетворённость своим телом, готовность менять своё тело и удовлетворённость своим телом в условиях воинской службы.

6. Гиссенский опросник соматических жалоб

Целью исследования является исследование телесного опыта и его субъективной оценки военнослужащими в условиях прохождения воинской службы. Выдвинуты следующие гипотезы исследования:

Общая гипотеза исследования- содержание телесного опыта у военнослужащих и его субъективная оценка носят специфический характер, обусловленный включённостью тела в особый вид деятельности- воинскую деятельность.

Эмпирические гипотезы исследования:

1. Существует взаимосвязь между степенью удовлетворённости собственным телом и уровнем субъективного контроля и саморегуляции личности военнослужащего.

2. Степень удовлетворённости собственным телом и отдельными его частями зависит от профессиональной деятельности.

Описанная выше схема исследования применяется в данный момент. Предварительные результаты свидетельствуют в пользу выдвинутых гипотез.

### Литература

1. Кон И.С.Сексуальная культура в России. М., 2002.
2. Маклаков А.Г. Военная психология. СПб, 2005.
3. Николаева В.В., Арина Г.А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа.// Арина Г.А., Николаева В.В. Междисциплинарные проблемы психологии телесности., М., Изд.Московского Гуманитарного Университета, 2004.

### Особенности личности взрослых людей с патологией голоса

*Безверхняя Алёна Сергеевна*

*студентка*

*Тульский педагогический университет им. Л.Н.Толстого, Тула, Россия*

*E-mail: anime@mail.ru*

Полноценная речь является необходимым условием становления и функционирования человека, в частности, его коммуникативных возможностей, лежащих в основе формирования личности. По мнению Беяковой Л.И., Сайтбаевой Э.Р., Матановой В., 1989 Тарасова Д.И., Василенко Ю.С., 1996 общим для речевых расстройств любой этиологии является затруднение коммуникативных функций человека. Указанные обстоятельства делают речевые и голосовые патологии личностно значимыми, однако эта значимость опосредована особенностями самой личности и ее социального окружения. В логопедической практике наблюдается большой процент людей имеющих голосовую патологию.

На современном этапе развития логопедии много ученых, Вильсон Д.К., 1990; Айзенберг Б.И., Арутюнян Л.З., Барышникова Н.А. и другие, 1992, отмечают эффективность методов психокоррекционной и психотерапевтической помощи лицам, имеющим голосовые и речевые нарушения.

Но вместе с тем изучению диагностического метода тестирования для определения состояния личности у взрослых людей страдающих патологией голоса, по нашему мнению, уделяется мало внимания. Вследствие этого существует недостаточное количество научной литературы посвященной раскрытию данной проблемы. Методологические проблемы исследования заключаются в слабой разработанности экспериментального аппарата изучения. Методики измерения особенности личности у взрослых людей страдающих патологией голоса разбросаны по отдельным изданиям, что затрудняет их использование в актуальных ситуациях жизнедеятельности.

Характеристика личности включает и способности, которые при прочих равных условиях (подготовленность, знания, умения, навыки) определяют возможности ее деятельности как в сфере общественной, так и трудовой. Они зависят от степени отношения личности к возникшему дефекту. При слишком критичном отношении к своей патологии возможен процесс утраты или снижения уровня способностей.

Степень фиксированности на дефекте у лиц с голосовой патологией зависит от присущего им типа темперамента. Анализируя данные ученых: Батаршева А.В., Леонтьева А.Н. о характеристике личности с различным типом темперамента, мы предполагаем, что у человека, страдающего голосовой патологией с сангвиническим типом темперамента будет отсутствовать внешнее проявление эмоциональных переживаний по поводу своего дефекта. Личность будет вести себя так, как будто ничего не произошло, но будут присутствовать внутренние тревоги и переживания скрытые от посторонних.

Для лиц, имеющих преобладающий холерический тип темперамента, будет характерно непродолжительное переживание по поводу нарушения голоса, которое в дальнейшем сменится безразличным отношением к своей проблеме. Но, по нашему мнению, это может произойти лишь в том случае, если от состояния коммуникативной функции не зависит профессиональная деятельность человека и если имеющаяся голосовая патология не грозит потере жизни.

Люди с флегматическим типом темперамента при возникновении голосового расстройства некоторое время будут спокойно относиться к своему недостатку, пока не осознают всю критичность сложившейся проблемы. Далее возможен всплеск сильных отрицательных эмоций.

Меланхолики же, по нашему мнению, могут быть подвержены сильным эмоциональным переживаниям, как внутренним, так и внешним. Такие люди, скорее всего, не будут верить в свои силы и в положительном результате решения своей проблемы.

Учитывая все вышесказанное, необходимо подобрать диагностические методики для выявления типа темперамента личности с целью максимальной оптимизации коррекционного процесса по восстановлению голосовой функции у взрослых людей.

### Литература

1. Батаршев А.В. Темперамент и свойства высшей нервной деятельности. М., 2002.
2. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология. М., 2007.
3. Поздняков С.В. Тестирование в психологической диагностике. М., 2004.
4. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М., 2004.

## Психологические факторы лактационных маститов

*Васина Александра Николаевна*

*молодой ученый*

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

*E-mail: vsnssh2@mail.ru*

Лактационный мастит является самым распространенным видом маститов, т.е. воспалений грудной железы. До недавнего времени лактационный мастит изучался только как сугубо соматическое осложнение, в нашем же исследовании было показано, что существуют и психологические факторы лактационных маститов.

Для того чтобы изучить психологические факторы маститов на сроке 3 дня после родов, т.е. до потенциального времени возникновения маститов, мы исследовали всех женщин, соответствующих критериям: а) 1я беременность; б) естественное родоразрешение; в) замужество; г) возраст от 19 до 30 лет; д) желанный ребенок; е) отсутствие серьезных осложнений в послеродовом периоде; ж) грудное вскармливание не менее 2х месяцев. Далее мы отслеживали характер протекания последующего послеродового периода у каждой женщины. Из всех исследованных женщин были отобраны 2 группы: 50 женщин с нормальным протеканием послеродового периода, и 50 женщин, у которых на протяжении 1,5 месяцев после родов был мастит. На сроке 1,5 месяца после родов, т.е. после возникновения мастита, они исследовались повторно.

В исследовании изучались следующие психологические категории: телесный опыт, особенности социальной ситуации развития. Для этого использовались следующие методики: «классификация ощущений», ШВП, PARI, а также – самостоятельно разработанные методики: Шкала ощущений в послеродовом периоде, анкета на определение уровня концентрации на груди до беременности, «Интро-, проприо- и экстрацепция в послеродовом периоде» (ЭПИ), «10 ощущений», анкета для женщин в послеродовом периоде, методика «Мой послеродовой период».

Чтобы показать взаимосвязь психологических факторов и соматических состояний, существует 2 пути: 1) при отсутствии первоначальных отличий в соматическом состоянии 2х исследуемых групп – показать, что при наличии некоторых различающихся психологических факторов в этих группах будет отличаться и их соматическое состояние; 2) показать, что действие психологических факторов координировано с соматическими, т.е. чем более выражены некоторые психологические факторы, тем хуже соматическое состояние.

Несмотря на то, что первоначальных, регистрируемых врачами, соматических различий в обеих группах не было, при более пристальном исследовании с помощью вышеуказанных методик оказалось, что эти группы на сроке 3 дня после родов различны не только по предполагаемым психологическим факторам, но и по нарушениям самочувствия. Т.о. с помощью данных методик были найдены продромальные признаки, т.е. предвестники такого заболевания как лактационный мастит (относительное увеличение количества физических ощущений, связанных с температурными ощущениями, с работой сердца, с приемом пищи, с грудной областью, с областью спины, с общим физическим состоянием, с последствиями родов и т.д.). Но также в связи с полученными данными по самочувствию оказалось, что исследование психологических факторов мастита должно пойти по 2му возможному пути.

По результатам методик на изучение самочувствия и телесного опыта были обнаружены сопутствующие маститу клинические феномены: особенности строения груди и становления лактации (более длительное расцеживание, в т.ч. в некоторых случаях с применением аппаратурного вмешательства, более поздний приход молока, повышенное количество женщин с «немолочной» грудью, т.е. с втянутыми сосками и т.п.), более тяжелое прохождение беременности и родов (токсикозы и т.д.), другие

осложнения, особенно - дистонические симптомы (головокружение, учащенное сердцебиение и т.д.), которые становятся очевидными к 1,5 месяцам после родов и т.д.

Анкета на определение уровня концентрации на груди до беременности выявила, что у женщин с маститами на протяжении жизни не было практики заботы о себе, в т. ч. о груди, что проявлялось в отсутствии заботы о груди и как об элементе внешности (редкое ношение вещей, подчеркивающих достоинства груди т. д.), и как об источнике телесных ощущений и состояний (редкое использование средств по уходу за телом и т.д.). Также показано, что эту заботу они не получали и от матерей, начиная с младенчества, что воплотилось в отсутствии их собственной заботы о себе. Последнее же отразилось в более негативном восприятии своего тела у женщин с маститами по сравнению с женщинами группы «норма». Причем оказалось, что чем меньше матери женщин с маститами предоставляли такую заботу своим дочерям и соответственно чем меньше женщины с маститами на протяжении жизни заботились о себе, тем больше компонентов утяжеления мастита в послеродовом периоде у них наблюдалось. Среди последних можно выделить возникновение более тяжелых форм мастита, более частое оперативное вмешательство, увеличение продолжительности заболевания, увеличение случаев возникновения заболевания и т.д.

При изучении других особенностей телесного опыта было показано, что для телесного опыта женщин с маститами свойственны более развитая, чем у женщин с нормальным протеканием послеродового периода, система взаимодействия с внутренними, особенно негативными, телесными ощущениями; повышенный уровень метафоризации, внутренней разработанности; сниженный уровень дифференцированности; неинтегрированность; внедрение новых критериев классификации телесных ощущений (связанных с дополнительной мотивационной нагрузкой по отношению к рождению ребенка и по отношению к собственному личностному становлению как женщины); повышенная концентрация на груди при отсутствии концентрации на груди до беременности и в пубертате; изменение восприятия ощущений, имеющих несильно выраженную негативную окраску, на положительное или нейтральное.

При исследовании детско-родительских отношений было выявлено, что особенности воспитания в родительской семье женщин с маститами отличаются от особенностей воспитания женщин группы «норма», что выявляется как до, так и после возникновения заболевания. Для особенностей воспитания женщин с маститами со стороны их матерей в детстве характерны недостаточность телесного контакта, являющаяся определяющей в психологическом риске возникновения мастита, а также нарушение отношения к семейной роли, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке и неоптимальный эмоциональный контакт с ребенком, что повлияло на их негативное восприятие себя как матери.

Также было показано, что и в настоящее время со стороны матерей женщин с маститами по отношению к их дочерям наблюдается недостаточность телесного контакта (они и во взрослой жизни редко обнимают своих дочерей и т.п.). Также оказалось, что в настоящей жизни матери женщин с маститами оказывают последним меньше поддержки при воспитании ребенка, чаще воспринимают участие в воспитании внуков как «обузу» и т.д. Т.о. у женщин с маститами имеется социальная ситуация существования в послеродовом периоде, отличная от той, которая имеется у женщин группы «норма». Анкета также показала, что вклад в социальную ситуацию развития вносит и отношение мужей женщин с маститами, которые гораздо реже и в меньшей степени поддерживают своих жен по сравнению с мужьями женщин группы «норма». Т.о. можно сказать, что женщины с маститами, в том числе, не смогли выстроить зрелые отношения с мужьями. Причем оказалось, что чем меньше поддержки женщинам с маститами оказывают их матери и мужья и чем меньше мать и дочь взаимодействовали и взаимодействуют на телесном уровне, тем - больше компонентов утяжеления мастита.

Т.о. мы считаем, что специфическая социальная ситуация существования в послеродовом периоде и отсутствие практики заботы о себе создает психологическую почву для возникновения мастита.

### **Гендерное исследование особенностей эмоциональной сферы личности больных артериальной гипертонией**

***Винжегина Анастасия Михайловна<sup>1</sup>***

*молодой ученый*

*Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, Омск, Россия*

*E-mail: nastka\_peace@rambler.ru*

Проведенные ранее исследования указывают, что существенную роль в развитии артериальной гипертонии (АГ) играют особенности эмоциональной сферы (тревожность, агрессивность, алекситимия и другие). Однако на данный момент мало изучены их взаимосвязи у больных АГ. На сегодняшний момент также проведено недостаточно исследований, посвященных изучению гендерных особенностей проявления эмоциональной сферы у больных АГ. Поэтому целью данного исследования является выявление гендерных особенностей, эмоциональной сферы личности (агрессивность, враждебность, тревожность, алекситимия) больных АГ.

В исследовании приняли участие 196 человек – пациенты с АГ 2 степени (156 человек, 105 женщин и 41 мужчина) и условно здоровые люди, не имеющие хронических заболеваний (40 человек, 20 женщин и 20 мужчин). Возраст испытуемых – 31-57 лет.

Методы и методики: методика определения уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л.Ханиным), методика диагностики состояния агрессии (опросник А. Басса, А. Дарки), Торонтская шкала алекситимии. Для обработки полученных результатов использовался критерий Манна-Уитни (u) и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты. В ходе работы были выявлены особенности эмоциональной сферы личности больных АГ, характерные как для мужчин, так и для женщин: высокий или умеренный уровень личностной и ситуативной тревожности (средние значения по ситуативной тревожности у больных АГ для женщин составили  $47,5 \pm 11,6$ , для мужчин  $44,1 \pm 10,8$ , у здоровых испытуемых - для женщин  $40,2 \pm 10,9$ , для мужчин  $39,1 \pm 11,4$ ; по уровню личностной тревожности у больных АГ для женщин равны  $52,6 \pm 6,7$ , для мужчин  $59,2 \pm 14,6$ , у здоровых испытуемых - для женщин  $46,7 \pm 8,4$ , для мужчин  $42,6 \pm 7,7$ ); высокий уровень аутоагрессии (средние значения аутоагрессии у больных АГ для женщин составили  $74,4 \pm 20,0$ , для мужчин  $70,5 \pm 16,7$ , у здоровых испытуемых - для женщин  $65,5 \pm 17,8$ , для мужчин  $60,2 \pm 17,8$ ); высокий уровень алекситимии, при чем у женщин, больных АГ, этот показатель значительно превышает аналогичный показатель здоровых людей, у мужчин же высокий уровень алекситимии наблюдается как в группе здоровых людей, так и у больных АГ (средние значения по алекситимии у больных АГ для женщин равны  $69,2 \pm 12,3$ , для мужчин  $58,8 \pm 11,8$ , у здоровых испытуемых - для женщин  $61,2 \pm 12,4$ , для мужчин  $63,9 \pm 13,0$ ). При этом исследование показало, что только для женщин, больных АГ, характерна тенденция к преобладанию враждебных тенденций личности над агрессивными, то есть тенденция к подавлению поведенческого компонента агрессии, у мужчин, имеющих это заболевание, данный показатель не превышает аналогичный показатель здоровых людей (средние значения по

---

<sup>1</sup> Автор выражает признательность к. психол. н., доценту Карловской Н.Н. за помощь в подготовке тезисов.

преобладанию враждебности над агрессивностью у больных АГ для женщин равны  $10,6 \pm 20,3$ , для мужчин  $-12,4 \pm 19,9$ , у здоровых испытуемых для женщин  $-9,8 \pm 23,1$ , для мужчин  $-18,2 \pm 26,8$ ).

Полученные результаты частично подтвердили современные представления о гендерных особенностях эмоциональности. Было обнаружено, что среди здоровых людей у мужчин выше негативизм и уровень алекситимии, а у женщин выше уровень личностной тревожности. Эти данные подтверждают факт большей тревожности (эмоциональной лабильности, нестабильности) лиц женского пола по сравнению с лицами мужского пола, обнаруженный во многих исследованиях. Результат исследования уровня алекситимии у здоровых мужчин и женщин согласуется с современными представлениями о нормативной мужской алекситимии (термин предложен в 2001 году Р.Левантом). Мужчин в исследуемой выборке по сравнению с женщинами испытывают больше трудностей в вербализации эмоций, они могут испытывать трудности при описании собственных эмоциональных переживаний, при попытке понять чувства другого человека, при определении различий между чувствами и телесными ощущениями; для них более свойственна фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, ограниченное использование символов. Однако мы не выявили никаких различий в проявлении агрессивности и враждебности у здоровых мужчин и женщин.

Исследование же людей, страдающих АГ, показало, что в этой группе наблюдаются более выраженные гендерные различия эмоциональной сферы. Среди больных АГ у мужчин выше, помимо негативизма, еще и те виды агрессии, которые вместе дают индекс агрессивности: физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, а у женщин выше, помимо личностной тревожности, еще и те виды агрессии, которые относятся к индексу враждебности: подозрительность и обида, у них также выше преобладание враждебности над агрессивностью. То есть, мужчинам, страдающим АГ, более свойственно открытое поведенческое выражение агрессии. Женщины же более склонны к проявлению враждебности, то есть негативного, оппозиционного отношения к окружающему миру (в первую очередь к людям) преимущественно когнитивного характера, подразумевающего наличие негативных эмоций. Им свойственно скрытое, внутреннее переживание агрессии, которое не всегда проявляется на поведенческом уровне.

Анализ взаимосвязей между изучаемыми особенностями эмоциональной сферы личности у больных АГ позволил конкретизировать традиционно принятые в психосоматике представления о роли длительных заторможенных эмоций отрицательного характера в патогенезе АГ: для пациентов в целом (как для мужчин, так и для женщин) характерны взаимосвязи высокого уровня ситуативной тревожности, выраженности аутоагрессии и алекситимии. При этом у женщин, больных АГ, положительно взаимосвязаны следующие особенности личности: выраженность аутоагрессии, уровень преобладания враждебности над агрессивностью, высокий уровень алекситимии, ситуативной и личностной тревожности. Таким образом, данные особенности могут способствовать формированию и поддержанию длительного психического напряжения: легкость возникновения беспокойства при различных жизненных обстоятельствах (ситуативная тревожность) обусловлена личностными характеристиками (личностная тревожность); снижение способности к поведенческому отреагированию (преобладание враждебности над агрессивностью) связана у женщин с социально заданными гендерными ролевыми ожиданиями; выраженность аутоагрессии, склонность к самокритике поддерживают отрицательный аффективный фон; трудности распознавания собственных эмоций (алекситимия) дополнительно осложняют возможности отреагирования и регуляции эмоциональных состояний, усиливая фиксированное эмоциональное напряжение, способное провоцировать гипертензивные реакции. Обращает на себя внимание, что мужчинам в целом более доступно

поведенческое отреагирование агрессии (уровень преобладания враждебности над агрессивностью значимо выше только у женщин, страдающих АГ), при этом в случае, если этот показатель выявляется у мужчин с АГ, то он положительно коррелирует с высоким уровнем личностной тревожности.

Выводы. У людей, страдающих АГ, наблюдаются выраженные гендерные особенности эмоциональной сферы, что необходимо учитывать при планировании и осуществлении для них психологической и медицинской помощи.

### **Изучение смысловой сферы у больных хроническим соматическим заболеванием кардиологического профиля**

**Винокурова Ольга Сергеевна**

*студентка*

*Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

*E-mail: vinokur\_psy@inbox.ru*

В настоящее время проблема человека находящегося в ситуации соматического заболевания (как острого, так и хронического) рассматривается не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая.

Болезнь необходимо рассматривать как фактор возникновения кризиса идентичности, в который попадает больной человек в виду радикального изменения «социальной ситуации развития» (Л.С.Выготский). Одним из основных проявлении данного кризиса является изменение смысловой сферы

В нашем исследовании мы постарались проследить особенности смысловой сферы у лиц, страдающих кардиологической патологией. Данный профиль заболеваний нами выбран по двум основным причинам. Во-первых, по определению многих исследователей (Бройтигам, Рид, Сидоров, Менделеевич, Александер, Николаева, Соколова, Тхостов и др.), основная часть кардиологических заболеваний носит характер психосоматических, т.е. в формировании, течении и исходе которых важная роль принадлежит психологическому фактору. Во-вторых, несмотря на то, что изучение психологического компонента указанного профиля заболеваний началось давно, сведений относительно изменений смысловой сферы в процессе болезни крайне мало.

Смысловая сфера личности представляет собой особым образом организованную совокупность смысловых структур и связей между ними, обеспечивающую смысловую регуляцию жизнедеятельности субъекта во всех ее аспектах (Д.А.Леонтьев). Смысловая сфера носит индивидуальный характер, обусловленный системой деятельностей. Переживание хронического заболевания провоцирует изменение системы деятельностей, и, как следствие, смысловой сферы в виде изменения временной перспективы, нарушения способности к самоконтролю и управлению жизнью.

Основываясь на данных положениях, были выдвинуты гипотезы о связи особенностей смысловой сферы личности с локусом контроля, уровнем рефлексивности, особенностями временной перспективы у больных хроническим заболеванием кардиологического профиля.

В выборку вошло 61 человек; средний возраст которых 37 лет; страдающих хроническим заболеванием кардиологического профиля и находящихся на стационарном лечении в городской больнице №3 г. Курска.

В качестве измерительного инструментария выступил ряд психодиагностических методик: тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А.Леонтьева, тест «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой, тест «Уровень рефлексивности» А.В.Карпова, шкала временных установок Ж.Нюттена, опросник Ф.Зимбардо по временной перспективе (в адаптации А.Сырцовой) и метод исследования жизненного пути «Линия жизни» Т.Д.Василенко



Обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистического пакета STATISTIKA 6.0.

Статистический анализ выявил наличие различий по показателям уровня рефлексивности и длины линии будущего при переходе от группы лиц с низким стажем заболевания к группе лиц со средним и высоким стажем болезни. Также выявлено наличие значимых корреляций между показателями: общая осмысленность жизни и установка на настоящее ( $R=0,292$ , при  $p=0,022$ ), результативность жизни и установка на настоящее ( $R=0,221$ , при  $p=0,013$ ), локус контроля-Я и установка на настоящее ( $R=0,303$ , при  $p=0,005$ ). Данные результаты свидетельствуют о концентрации осмысленности жизни на настоящем моменте.

По основным исследуемым показателям были получены следующие средние результаты: общая осмысленность жизни-96,31, цели в жизни-29,34, процесс жизни-26,44, результат жизни-22,81, локус контроля-Жизнь-24,78, локус контроля-Я-18,85. Эти результаты свидетельствуют о преобладании у больных кардиологического профиля среднего уровня осмысленности жизни, удовлетворенности самореализацией, целеустремленности, эмоциональной насыщенности жизни и самоконтроля. У данной категории больных наблюдается преобладание интернального локуса контроля ( $M=21$ ).

Таким образом, на основе полученных результатов были сделаны выводы о том, что для больных хроническим заболеванием кардиологического профиля характерно доминирование процессов осмысления настоящего над процессами интегрирования прошлого опыта, следствием чего является нарушение процесса прогнозирования будущего. Также у больных кардиологического профиля по мере увеличения длительности заболевания будет наблюдаться сужение временной перспективы личности и снижение уровня рефлексивности. Для данной категории больных характерно наличие стремления к принятию ответственности за возникновение заболевания на себя.

### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984;
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М., 2003;
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: Смысл, 2002.

### Анализ случая школьной невротизации у младшего школьника

*Гегеле Анастасия Федоровна*

*аспирант*

*Международный университет природы, общества и человека «Дубна», Дубна, Россия*

*E-mail: agegele@inbox.ru*

В настоящее время нами проводится исследование этиологии и динамики школьной невротизации с позиций культурно-исторической психологии. Теоретические положения и процедура исследования были изложены в тезисах Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2007». Вкратце скажем, что изучение школьной невротизации в традициях культурно-исторической психологии требует одновременно глубокого проникновения во внутренний мир ребенка и внимательного прочтения социального контекста его развития. Метод исследования сочетает обстоятельное лонгитюдное клинико-психологическое обследование с сопровождающими и развивающими процедурами.

Ниже представлен вариант анализа случая школьной невротизации.

*Случай НЖ, девочка, 6 лет*

Среди особенностей Н обращает на себя внимание то, что она начинает плакать при малейшей ошибке. Единственное исправление в тетради может вызвать бурный поток слез. Н требует внимания, похвалы воспитателя и учителя, сильно к ним привязана. При этом Н ориентирована в требованиях и правилах поведения и взаимодействия с учителем в школе. По словам мамы у Н есть такая особенность: если она решила, что она «плохая», что ее не любят, ее очень трудно переубедить.

Мама отмечает появление с началом обучения страха одной входить в комнату. Н просит, чтобы там что-то работало (телевизор, компьютер), говорит о том, что в комнате есть привидения, что игрушки - живые. Страх бывает в первый момент, «потом разыгрывается, забывает».

Также мама рассказывает о том, что у Н появились пристрастия в еде на завтрак: подолгу ест одно и то же (макаронны с сахаром, сосиски), причем требует, чтобы еда была приготовлена определенным образом.

Иногда Н просит, чтобы ей что-нибудь купили, причем не говорит, что конкретно. Если ей не покупают, обижается, говорит, что ее не любят, о ней не думают.

Желания идти в школу Н не проявляла. Мама связывает это со своим настроением. Она предполагала, что Н пойдут в одну школу (ближе к дому) учиться, оказалось, что из этого детского сада все дети идут в другую. Мама беспокоилась по этому поводу. Н слышала ее разговоры с папой, повторяла ее слова: «ой, эта школа, эта школа, ерунду какую-то придумали». Ходит в школу, потому что понимает, что надо.



В соматическом развитии Н обращают на себя внимание особенности родов, предположительно асфиксия («она спала», «нахлебалась», «у нее откачивали у сонной», не приносили кормить). Результаты томограммы и консультация невролога показали отсутствие патологии.

Н часто болела и болеет простудными заболеваниями.

В 4 года диагностировали аллергию (сильную — на кошек, слабую — на домашнюю пыль). Диагноз бронхиальная астма — под вопросом. Мама связывает это с первыми гормональными изменениями, с тем, что задохнулась в роддоме (слабое место), с аллергией у отца Н. У отца до рождения Н была аллергия на собаку, сопровождающаяся приступами удушья. Сейчас у Н быстро нарушается и долго восстанавливается дыхание при физических нагрузках, это пугает девочку.

До 4х лет бывал ночной энурез, связанный с началом простудного заболевания.

С Нового года до конца марта не могли окончательно вылечить ОРЗ, постоянно был заложен нос, возобновлялся кашель. Мама Н связывает это со сменой зубов.

Психомоторное и речевое развитие — в норме. Посещали занятия Монтессори (с 2 до 5 лет). В интеллектуальном развитии наблюдается: интеллектуальная и моральная децентрация, решение задачи на сохранение количества при незначительной подсказке взрослого, перенос операции на схожую задачу. Активно включается в задачи. Помощь взрослого принимает. Учитель оценивает успеваемость на конец года по математике в 9, чтению в 8, письму в 8 баллов из 10.

Бытовые и материальные условия благополучные. Но сейчас у Н нет своего письменного стола.

В беседе (словах, эмоциональных реакциях мамы) можно проследить сильную привязанность к Н. Н желанный ребенок. Ее долго ждали, родители предпринимали специальные усилия для зачатия Н. Мама включена в родительство. Много и восторженно рассказывает о ранних достижениях дочери. Мама заинтересована в социальном и интеллектуальном развитии ребенка. В отношении родителей к Н прослеживается ожидание высоких достижений, некой гениальности ребенка. Случаи неудач (случай с освоением счета, коньков), вызывают у родителей недоумение, раздражение. На вопрос о том, довольна ли мама успехами Н, та отвечает, что дочь одаренная и могла бы достигнуть большего. Ответственность за достижения и неудачи лежит на Н. Также мама не раз упоминает, что Н – «инопланетянка». Эмоциональное отношение мамы к Н – отстраненное. Она скорее наблюдает и оценивает движение ребенка в жизни, чем сопереживает ей.

Итак, школьная невротизация в случае НЖ является одним из проявлений общей системы самооценивания девочки, сложившейся под влиянием взаимоотношений родителей с НЖ. Главным компонентом этого отношения становится ожидание высоких достижений. Причем оно не выступает как открытое требование, а предполагается как само собой разумеющееся и вплетено в общее восприятие ребенка. Поэтому создается ситуация, когда НЖ не может их не выполнить, что рождает высокую эмоциональную напряженность и «срывы» при допущении ошибки.

Анализ случая позволяет нам сделать некоторые общие выводы о динамике и этиологии школьной невротизации в первом классе.

В течение первого года происходит постепенное увеличение числа невротических проявлений по сравнению с начальным уровнем, они наблюдаются каждый день, становятся более интенсивными. К концу года наблюдается снижение уровня невротизации, что определяется освоением ребенком средств и способов учения, выработкой внутренних средств регуляции собственного поведения, овладением нормами и правилами поведения и взаимодействия в школе, а также улучшением общего соматического и нервно-психического состояния ребенка.

Школа создает условия для развития невротизации тем, что предъявляет высокие требования к самостоятельности ребенка в освоении новых задач как интеллектуального, так и эмоционально-личностного плана. Анализ случая ВН делает очевидным, что в каждом случае невротизация возникает в результате влияния как собственно школьной, так и семейной ситуации.

### Литература

1. Выготский Л.С. Психология. — М.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 2002
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. — Л.: Медицина, 1988
3. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). — М.: Изд-во МГУ, 1988

### Особенности коррекции психологических особенностей леворуких детей 5-7 лет средствами физической культуры

*Горбунова Елена Ильинична<sup>1</sup>*

*аспирантка*

*Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма,  
Краснодар, Россия*

*E-mail: l-gorbunova@yandex.ru*

---

<sup>1</sup> Автор выражает признательность профессору, д.м.н. Бердичевской Е.М. и профессору, д.п.н. Чернышенко Ю.К. за помощь в подготовке тезисов.

Исследования, проведенные в последние десятилетия в России и за рубежом, свидетельствуют о возникновении и развитии нового направления, которое может быть охарактеризовано как нейропсихологический подход к проблеме индивидуальных различий (Москвин, Логутова, 1996; Хомская и соавт., 1997; Москвин, 2002).

В современных исследованиях подтверждено, что у лиц с вариациями сочетаний признаков парциального доминирования моторных и сенсорных систем действительно выявляются индивидуально-психологические особенности в виде разных стратегий обработки вербально-логической и зрительно-пространственной информации (Москвин В.А., 1990). Анализ развития нейропсихологии индивидуальных различий и дифференциальной психофизиологии показывает, что они имеют самое тесное отношение к проблемам обучения и воспитания. Одно из основных в этом плане является проблема леворукости. Актуальным для детского возраста (и педагогики в целом) остается вопрос и о коррекции левшества. В настоящее время и сами педагоги стали обращать внимание на необходимость учета функциональных асимметрий учащихся в образовательном процессе (Сиротюк, 2003; Семенович, 2005), говорится о том, что новые образовательные технологии третьего тысячелетия должны строиться обязательно с учетом асимметрий человека.

В современной практике дошкольного образования отсутствует дифференцированный подход к обучению с учетом типологических особенностей нервной системы ребенка, хотя в школе все большее развитие приобретает новый раздел педагогики – нейропедагогика. Кроме того, известно, что переход к школьному обучению для многих детей является большим стрессом, особенно у левшей, так как большинство современные методики обучения рассчитаны на праворуких детей (Безруких, 2000)

Все выше сказанное делает актуальной разработки программы по физическому воспитанию для детей с ведущей левой рукой, которая должна быть направлена на коррекцию особенностей развития леворуких детей и профилактику трудностей обучения в начальной школе. С целью разработки адекватной программы по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с различным профилем асимметрии, была предпринята попытка определить особенности физического, интеллектуального, нейропсихологического развития и физической подготовленности у правой и левой 5-6 лет.

Предварительно оценивали ИПА ребенка по схеме: рука, нога, глаз и ухо. Для оценки латеральности парных органов за основу приняли методику Н.Н.Брагиной и Т.А.Доброхотовой (1988). С целью адекватной адаптации к восприятию детей 5-7 лет программа была модифицирована (Е.М.Бердичевская и др.,1996). На основании полученных данных были сформированы две группы детей: первая группа в которую вошли 40 детей с выраженным левшеством КИА от - 100% до - 10%, вторая группа 40 детей в возрасте 5-6 лет с выраженным и полным правшеством КИА от +10% до + 100%.

Психическое развитие исследовали при помощи детского варианта теста Д.Векслера, нейропсихическое исследование проводили по методике нейропсихологической диагностики детей Л.С.Цветковой. Результаты психологического тестирования позволяют сделать вывод, что дети с различным ведущим полушарием достоверно отличаются друг от друга. Выявленные в процессе тестирования данные свидетельствуют, что такие особенности левшей, как трудности осуществления зрительно-моторных координаций, нарушения пространственного восприятия, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность на фоне избыточной возбудимости, неустойчивого внимания и низкой способности к логическому мышлению и обобщению. В дальнейшем это может привести к нарушению письма, чтения и счета у левшей при систематическом обучении в начальной школе.

На основании полученных данных была разработана программа по физическому воспитанию для леворуких детей. Структура программы построена на основании исследований Г.Г.Наталова, В.К.Бальсевича, Ю.К.Чернышенко (1997) и состоит из четырех блоков: проективного, содержательного, процессуального, контрольно-учетного.

В содержательную часть программы были внесены следующие разделы: воспитание координационных способностей, ловкости, быстроты реакции; развитие глазомера, точности руки, мелкой моторики; ориентировка в пространстве; релаксация; элементы йоги; антистрессовая гимнастика.

В конце года, после реализации экспериментальной программы, было проведено повторное тестирование детей с ведущей левой и правой рукой. Анализ результатов показал, что по тесту Векслера, леворукие дети 6-7 лет достоверно не отличаются от своих праворуких сверстников по большинству субтестам. Необходимо отметить, что по субтестам «понятливость» и «словарный» выявили достоверное превосходство детей – правшей. Однако дети левши показали достоверно лучший результат в тестах «кубики Коса», «складывания фигур», что примечательно, в начале года различий между выполнением последнего субтеста у детей с разным профилем асимметрии не наблюдали.

При сравнении показателей нейропсихического развития у детей левшей из экспериментальной группы не обнаружили достоверных различий результатов в сравнении с праворукими детьми из контрольной группы.

После формирующего эксперимента сравнительный анализ данных детей экспериментальной и контрольной групп не выявил достоверных различий. Это позволяет сделать вывод, что разработанная программа по физическому воспитанию для леворуких детей эффективно способствует повышению уровня психического и нейропсихологического развития леворуких детей с ведущим правым полушарием до уровня их сверстников – правшей с ведущим левым полушарием.

### **Литература**

1. Безруких М.М. (2000) Проблемные дети. – М.: Изд-во УРАО.
2. Бердичевская Е.М. (1999) Роль функциональной асимметрии мозга в возрастной динамике двигательной деятельности человека: Автореф. дис...докт. мед. наук. – Краснодар.
3. Москвин В.А., Логутова Е.В. (1996) Нейропсихология индивидуальных различий и педагогика // Актуальные проблемы гуманизации образования. Оренбург: Изд-во ОГУ, 1996.- С. 37-40.
4. Москвин В.А. (2002) Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий.- М.: Изд-во МГУ; - Оренбург: ИПК ОГУ, 2002.- 288 с.
5. Наталов Г.Г., Бальсевич В.К., Чернышенко Ю.К. (1997) Конверсия основных положений теории спортивной подготовки в процессе физического воспитания (статья)//Теория и практика физической культуры.-№6.
6. Семенович А.В. (2005) Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия.
7. Сиротюк А.Л. (2003) Обучение детей с учётом психофизиологии. – М.: Сфера.
8. Хомская Е.Д. и соавт. (1997) Нейропсихология индивидуальных различий. М.: Изд-во РПА, 1997.- 282с.

### **Влияние виртуальной реальности на идентичность индивида (на примере ролевых компьютерных игр)**

*Демильханова Ангелина Мухамедовна*

*аспирантка*

*Кыргызско-Российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан*

*E-mail: gelya81@mail.ru*

Само понятие виртуальной реальности очень многообразно, и существуют различные подходы к пониманию самого термина. Мы же рассматриваем Виртуальную Реальность как совокупность 3-х аспектов. В философском аспекте это некое виртуальное пространство с представлением о котором взаимодействует субъект. В техническом аспекте Виртуальная Реальность связана с компьютерными средствами и технологиями и то каким образом происходит это взаимодействие с пользователями. В психологическом аспекте Виртуальная Реальность понимается как продукт искусственного изменения реальности и отношения к ней (наряду с такими изменениями как сон, вымысел, миф, психофармакологическое воздействие- наркотическое или алкогольное опьянение и т.п.). Виртуальная реальность является взаимодействием всех 3-х подходов.

Мы предполагаем, что виртуальная реальность в некоторой степени вновь моделирует стадию зеркала о которой говорил в своих трудах Ж. Лакан.

Виртуальная реальность обеспечивает саму реальность, лишенную своей субстанции, сопротивляющуюся твердому ядру Реального — точно так же, как кофе без кофеина обладает запахом и вкусом кофе, но им не является, виртуальная реальность переживается как реальность, не будучи таковой (Жижек С., 2002).

В виртуальной реальности когда при вхождении в пространство компьютерной игры, пользователь выбирает себе ролевого персонажа, и начинает игру, где в последующем видит себя на дисплее компьютера, как конкретного персонажа, в это время происходит разделение- то есть визуализация образа себя. Разделение внешнего и внутреннего, внешнее – я на дисплее компьютера, а внутреннее- я как субъект- то есть, то о чем говорил Лакан в своей стадии зеркала.

Лакан превращает зеркало в образец «воображаемого отчуждения субъекта», поскольку в зеркало смотрятся ради «самопознания». (Бенвенуто С., 2006)

Увиденный в зеркале глаз, а в случае компьютерной игры- глаз, персонажа на дисплее компьютера - объект – уже не глаз- субъект, но его (отчужденная) репрезентация.

Объект всегда есть образ (imago), то есть образ реального объекта, который субъект интегрирует в себя, по механизму интроекции придавая ему статус фантасма". Лакан определяет развитие и становление человеческой психики, исходя из уверенности, что ego (moi) создается не в результате действия принципа реальности, а в результате череды идентификаций, в которых главную роль играет функция imago, структурирующая moi, создающая поле воображаемого и позицию другого.

Исходя из этого, ролевого персонажа игры является для пользователя тем образом (imago) который вновь оказывает воздействие на формирование ego и его идентификации.

С зеркального образа, с первичной идентификации со своим собственным двойником начинает выстраиваться лакановский субъект. Стадия зеркала- не просто эпоха в истории индивида, но изначальный этап истории, исток истории, в котором начинается непрекращающаяся до конца дней битва человеческого субъекта за самого себя, борьба с другим собой, со своим двойником

Целью нашего исследования является изучение влияния компьютерных игр на психику человека.

В исследовании принимали участие 80 человек- все испытуемые лица мужского пола, возраст от 18 до 23 лет. Все участники нашего исследования проводят за игрой в компьютерные игры в среднем по 5-7 часов в день. Эта группа испытуемых была названа нами «геймеры».

Отметим сразу, что мы брали во внимание именно геймеров, играющих в ролевые компьютерные игры. Не следует путать их с ролевыми играми в жанровой классификации компьютерных игр (RPG). Ролевые компьютерные игры — это игры, в которых играющий принимает на себя роль компьютерного персонажа, т.е. сама игра обязывает играющего выступать в роли конкретного или воображаемого компьютерного героя.

Основная особенность ролевых игр - наибольшее влияние на психику играющего.

В результате нашего исследования мы обнаружили у геймеров несформированность представления о себе, и заниженную самооценку, хотя в норме для возраста наших испытуемых(18-23) характерно уже сформированное представление о себе. Также мы обнаружили, что виртуальные характеристики компьютерных персонажей становятся частью реальной идентичности наших испытуемых.

Основным выводом является то, что в результате длительного нахождения за компьютерной игрой, и принимая реальность игры за настоящую реальность, у геймеров начинает формироваться еще одна идентичность, т.е. у геймеров появятся еще одна или две вторичные личности, каждая из которых обладает собственным отдельным сознанием. А происходит это как раз потому, что виртуальная реальность компьютерной игры вновь моделирует стадию зеркала, возможно, что возникновение дополнительной личностной идентификации рассматривается как форма фиксации на стадии зеркала, наряду с такими известными формами фиксации как выбор профессии, например.

#### Литература

1. Бенвенуто С. Мечта Лакана.- Спб.,2006
2. Жижек С. Добро Пожаловать в пустыню Реального. М., 2002
3. Лакан Ж. Имена отца.-М.,2006
4. Лакан Ж. Семинары. Книга 2. «Я» в теории Фрейда и технике психоанализа: Пер. с фр. М.: Гнозис / Логос, 1999.]
5. Мазин В.А.Введение в Лакана.- М.,2002
6. Психоаналитические термины и понятия. Под редакцией Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна <http://www.5-a.ru/psihol/index.html>

#### Исследование личностных особенностей клиентов с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК)

*Желонкина Татьяна Андреевна*

*Иванятова Анастасия Александровна*

*Низкина Ирина Александровна*

*студенты*

*Государственный университет – Высшая школа экономики, Москва, Россия*

*E-mail: tanyazhel@gmail.com, tam-nasty@mail.ru, tiger.iniz@mail.ru*

#### Введение

На сегодняшний день отмечается необходимость присутствия психолога в соматической клинике. Такая тенденция объясняется, прежде всего, увеличением степени опосредованного взаимодействия врача с психологической составляющей клиента, тем самым, обуславливая потребность профессионального сопровождения диады «врач-клиент». Данное исследование является пилотажным. В нем предпринята попытка определить потенциальные направления психологического взаимодействия, как с врачом, так и с его клиентом. В практической части данной работы представлено исследование диады «хирург – клиент с ВДГК». В связи с этим рассматриваются личностные особенности клиентов с ВДГК и выдвигаются предположения о психологических причинах обращения за помощью к торакальным хирургам для

устранения (исправления) данного дефекта и ищутся способы психотерапевтической работы с выявленными причинами. Результаты исследования могут послужить основой для разработки путей взаимодействия в возникающей триаде «врач - психолог (психотерапевт) – клиент», направленного на работу с неблагоприятными для клиента психологическими последствиями операции.

#### **Методы**

Исследование проводилось на базе МОНИКИ (Московский Областной Научно-Исследовательский Институт им. М. Ф. Владимирского) в отделении торакальной хирургии. На данный момент количество испытуемых составило 13 человек (10 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 17 до 35 лет со слабой и средней степенями выраженности ВДГК без угрозы для здоровья.

В данном исследовании использовались методы психодиагностики личности, позволяющие изучить отдельные элементы целостной структуры личности. Исследование проводилось за сутки до операции, использовалось 6 методик: САН, МИС, Рисунок человека, Клиническая беседа, УСК, опросник Тейлора. Дальнейшая интерпретация полученных данных проводилась с учётом рекомендаций, разработанных С.Р. Пантелеевым в рамках курса психодиагностика (общ. ред. С.Р. Пантелеева, 2007).

Проводимое исследование обладает следующей спецификой: ограниченность времени общения психолога и клиента (клиенты преимущественно иногородние); необходимость работать с новой группой клиентов, которые не относятся к клиентам с соматическими нарушениями и вместе с тем не входят в группу клиентов пластических хирургов.

#### **Результаты**

Обследованная группа пациентов обнаружила следующие личностные особенности: внешнее благополучие и значимость самопрезентации; закрытость и подозрительность в начале процесса обследования; наблюдается поиск исключительно внешних способов решения (смена работы, операция) проблем, нет внутренней работы человека; неадекватная оценка собственных неудач; отмечается отвержение образа телесного «Я», затруднение самопринятия и интеграции своего тела в образ «Я».

Результатом пилотажного исследования стало определение круга возможных причин обращения за помощью к торакальным хирургам для устранения (исправления) ВДГК.

Причина 1. Обращение к хирургу является внешним средством решения проблем, связанных с поиском самоопределения.

Причина 2. Фиксация на дефекте, вызванная неприятием окружения (к примеру, детская травма) является причиной обращения к помощи хирурга.

Пути взаимодействия обусловлены причинами обращения к хирургу и являются противоположно направленными. Таким образом, операция по исправлению ВДГК в ситуации кризиса самоопределения не является однозначным и адекватным способом решения проблемы. Психологическое состояние клиента может улучшиться на некоторое время, может остаться прежним, может ухудшиться, так как истинная причина неудовлетворенности жизнью кроется в личностных характеристиках, а не ВДГК. В дальнейшем причины вновь возникших проблем будут усматриваться в новом, но по-прежнему, внешнем источнике. В данном случае, пациентам, скорее, показана психологическая помощь (в том числе и краткосрочное консультирование). Психологическая помощь в таком случае может либо полностью устранить необходимость оперативного вмешательства, либо выступить в качестве профилактики использования внешних способов решения психологических проблем. Однако, если речь идет о фиксации на дефекте, то операция как альтернатива длительной и дорогостоящей психотерапии может помочь успешно решить данную проблему.

#### **Литература**



1. Бороздина Л.В., Залученова Е.А. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровня самооценки и притязаний, ВП, №1, 1993
2. Практикум по психодиагностики. Руководство по интерпретации. Общ. ред. Панталева С.Р., М., 2007.
3. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. – 359 с.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
5. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. 1984. №12. С. 1879-1884

### **Влияние гендерного развития на формирование социальной активности слепого и слабовидящего ребенка**

*Изиева Джамиля Пайзутдиновна<sup>1</sup>*

*молодой ученый*

*Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Республика Дагестан*

*E-mail: d.izieva@mail.ru*

Современные тенденции исследования проблемы половой дифференциации, связаны с развитием социально-конструктивистского подхода. В новых социально-экономических условиях развития мирового сообщества происходят нарушения традиционно сложившихся социально-культурных взаимоотношений между мужчинами и женщинами. Результатом этого является возникновение проблемы феминизации и маскулинизации. Особенно ярко выражается это у представителей женского пола, часть которых, считают себя ущемленными, при распределении социальных ролей, и особенно в системе управления государством. Все это вызывает интерес к проблеме гендерной политики на современном этапе. Гендерные различия в современном социуме, изучаются не как продукт и результат деятельности отдельного индивидуума по половому различию, а как процесс идентификация личности.

Исследование гендерных различий охватывает различные периоды исторического развития всех цивилизаций мира. На протяжении многих лет проблемы половой дифференциации рассматриваются с точки зрения отдельного пола и его влияние на развитие способностей (математических, творческих, гуманитарных и др.). Поэтому выше сказанное актуализирует выбранную нами проблему и особенно в области специальной психологии с детьми нарушениями зрения, так как данная проблема незначительна, исследована в тифлопсихологии.

У девочек и мальчиков в современное время формируется особый «кризисный» менталитет в понимании своей социальной роли. Средства массовой информации способствуют созданию и превосходства стереотипа силы, власти (денег, социального положения) не зависимо от принадлежности к полу. Происшедшие изменения приводят к оживлению различных воззрений на стирание половых различий и, как правило, борьба одного с другим, приоритет не равенства, объясняется борьбой против ущемления прав, особенно женского населения. Поэтому возникает различные группы «однополовой» любви.

В отечественной специальной психологии изучением формирования социальной активности у детей с нарушениями зрения занимались такие авторы как Л.И.Солнцева (2000), А.Г.Литвак (1985), И.Г.Корнилова (1999), Д.М.Маллаев (1993) и другие. Однако в этих исследованиях основной акцент делался на развитие коммуникативной деятель-

---

<sup>1</sup> Автор выражает признательность профессору, д.п.н Маллаеву Д. М. за помощь в подготовке тезисов.

ности. Поэтому основной проблемой нашего исследования является изучение влияния гендерных различий на формирование социальной активности слепого и слабовидящего ребенка. Проблема влияния гендерных различий на формирование социальной активности в норме и при сенсорном дефекте имеет такие же общие индивидуально-психологические особенности, обуславливающие поведение мальчиков и девочек, в частности зрительной депривации. Но при этом у слепых и слабовидящих имеются специфические закономерности формирования гендерных различий, так как это связано с тем, что многие социальные роли воспринимаются на суженной сенсорной основе.

\*\*\*

Проведенное исследование показало, что проблема влияния гендерных различий на формирование социальной активности в норме и при сенсорном дефекте имеет такие же общие индивидуально-психологические особенности, обуславливающие поведение мальчиков и девочек, в частности зрительной депривации. Но при этом у слепых и слабовидящих имеются специфические закономерности формирования гендерных различий, так как это связано с тем, что многие социальные роли воспринимаются на суженной сенсорной основе.

В процессе исследования мы выявили IV уровня социального поведения слепого и слабовидящего ребенка в игровой деятельности:

I уровень характеризуется отсутствием представлений у детей о правилах поведения в обществе взрослых и детей, ориентиром на свои потребности и желания, эгоцентризмом, пассивностью и т.д. Как в норме, так и у детей с нарушением зрения, начиная со старшей группы детского сада, исчезает первый уровень поведения, который присущ лишь детям младшего и среднего дошкольного возраста.

II уровень характеризуется знанием правил нравственного поведения, пониманием необходимости подчинения правилам, однако нежеланием считаться с этой необходимостью, протестом против этого. Такое поведение реже характерно для слепых и слабовидящих детей, чем для детей с нормальным зрением. Это объясняется тем, что они более сдержаны и послушны из-за тяжести зрительного дефекта, прислушиваются к мнениям окружающих их взрослых и частично видящих или слабовидящих сверстников и требуют больше внимания к себе с их стороны

Третий уровень социальных отношений характеризуется у детей с нарушением зрения и их, нормально видящих сверстников внутренним согласием, присвоением социального опыта, т.е. они стараются выполнять правила, но их нравственные поступки носят больше пассивный характер. Формальное усвоение их не является определяющим в активном поведении ребенка.

Четвертый уровень, выявил наиболее высокое качество социальной адаптированности у детей в норме и при нарушении зрения в самостоятельной сюжетно-ролевой игре. Социальные нормы и правила поведения становились определяющими и регулирующими позициями детей в сюжетно-ролевых играх

Разница игровых интересов мальчиков и девочек, определяемых характером игровых действий, характером игрового материала и тех и других, мешает им организовывать совместную деятельность. Положительно характеризуя друг друга, девочки и мальчики тем не менее не испытывали потребности играть вместе. Девочек не устраивала подвижная спортивная или военная тематика игр: мальчики же стремившиеся к динамическим ситуациям, не питали интереса к бытовым сюжетам игр за редким исключением. Данные, свидетельствующие об экстенсивности игрового общения, позволили сделать вывод о том, что его сужение происходит в основном за счёт сверстников противоположного пола. Это связано с тем, что в современных детских садах и начальных классах образовательных учреждений в основном осуществляется бесполое воспитание. Упускается из виду учёт психофизиологической специфики развития мальчиков и девочек. Забывается, что сегодняшний мальчик - будущий мужчина, и представитель сильного

пола, защитник и опора в семье, а девочка-жена, заботливая мать, хранительница домашнего очага, представитель женственности, красоты, любви.

### Литература

1. Антология гендерных исследований. Сб. пер./ Сост. П комментарии Е. И. Гаповой и А. Р. Усмановой. Минск. Профилен, 2000
2. Маллаев Д.М. Игра как средство социализации личности младшего школьника // Современная наука: проблемы и перспективы. №2. Под ред. Д. М. Маллаева, П. О. Омаровой.- Махачкала 2002. С.27-28.
3. Кон И. С. Психология половых различий // Вопросы психологии. 1981. № 2.-С. 47-57.
4. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. РГПУ им. А. И. Герцина. Санкт- Петербург. 1998

### **Психическая патология старшего сиблинга как фактор формирования родительского отношения к младшему (на примере детского аутизма и олигофрении)**

**Казакова Тамара Юрьевна**

*студентка*

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

*E-mail: sinyaya\_yasherka@mail.ru*

В современной психологической науке довольно пристальное внимание уделяется различным факторам формирования отношения матери к ребенку в связи с его критической значимостью для развития личности ребенка. Отдельной проблемой стоит исследование материнского отношения в случаях, где имеет место психическая патология матери либо ребенка; данной тематике посвящены многие исследования (Печникова Л.С., 1997, 1998, Ткачева В.В., 2000, и др.), однако практически без внимания остается проблема влияния нахождения в семье психически больного ребенка на развитие его здоровых сиблингов. Имеются лишь единичные исследования (Федотова Э.Л., 2006) образа семьи у детей, имеющих брата или сестру с аутизмом, однако в этих работах не раскрываются механизмы влияния на личность здорового ребенка порядка рождения и вида психической патологии его больного сиблинга, и в частности недостаточно сформулирована проблема формирования родительского отношения к младшему ребенку у матери, имевшей опыт воспитания старшего психически больного ребенка.

В проводимом исследовании проверяется гипотеза о том, что материнские потребности, фрустрированные при воспитании первого, больного ребенка, ищут своего удовлетворения при взаимодействии с младшим, здоровым, ребенком, и пережитый психологический опыт (в том числе, и опыт построения психологических защит от нежелательных черт ребенка и от различного рода психологических травм, наносимых матери его заболеванием) общения с ребенком, страдающим психической патологией, будет неизбежно влиять на построение образа младшего ребенка, на большую или меньшую чувствительность матери к определенным сторонам личности, аспектам поведения младшего ребенка, на формирование установок в отношении его воспитания. При этом рассматриваются возможные механизмы, по которым тип первичного психического нарушения у старшего ребенка (страдает ли первично эмоциональный контакт, как при раннем детском аутизме, или же наблюдается тотальное и иерархическое снижение уровня протекания всех психических процессов, как при олигофрении) определяет специфику материнского отношения к младшему и особенности формирования у матери образа младшего ребенка.

Для исследования материнского отношения традиционно используются различные опросниковые методики, в основе которых лежит самоотчет: «Тест родительского отношения» Столина и Варги, опросник PARI (parental attitude research instrument) Е.С. Шефера и Р.К. Белла, и другие. Но, как показывают многие исследования (Захарова Е.И., 2001, Шипицина Л.М., 2004), применение опросников для анализа материнского отношения не дает исчерпывающих результатов и более показательными являются проективные методы, особенно для исследования эмоционального компонента материнского отношения. В связи с этим в нашем исследовании наряду с традиционными опросниками (PARI, ОРО) применялись такие проективные методики, как свободное родительское сочинение "Мой ребенок", "Рисунок семьи", ЦТО. Также в исследовании была поставлена цель установить, в какой мере и как именно влияют на формирование образа младшего ребенка основные ценностные установки и ориентации матери; для выявления основных ценностных ориентаций матерей использовалась методика "Ценностные ориентации" Рокича.

В проводимом исследовании приняли участие две группы испытуемых, в возрасте от 29 до 35 лет; первую группу составили матери детей с РДШ и РДА, вторую – матери детей с УО. У всех испытуемых помимо больного ребенка имеется младший здоровый. В ходе тестирования с испытуемыми проводилась беседа для сбора анамнестических сведений, получения некоторого представления о личностных чертах испытуемых и выявления аспектов их материнского отношения к обоим детям. Далее испытуемым предлагались указанные выше методики.

В результате выяснилось, что имеется выраженные различия между группами, в частности для матерей, у которых старшим ребенком был олигофрен, более свойственны искажения в формировании когнитивного компонента материнского отношения: специфическое влияние восприятия матерью отклонений в развитии больного сиблинга на построение ею образа здорового; для матерей же детей с РДА и РДШ более свойственны искажения эмоционального компонента родительского отношения к младшему ребенку в форме стремления к поддержанию патологического симбиоза, сверхтребований к ребенку по включенности в эмоциональное взаимодействие.

### Литература

1. Печникова Л.С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового сибса // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь: Материалы Рос. науч.-практ. конф., Москва, 22-25 сент. 1998 г. - М., 1998
2. Печникова Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом. Дисс. ...канд. психол. наук, - М., 1997.
3. Работа с родителями: психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантиса, С.Б. Ботиуса, Б. Холлерфос, Э. Хорн, Л. Тишлер. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2006
4. Ткачева В.В.: Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. /Издательство: "Гном и Д", 2000, стр.: 64
5. Федотова Э.Л. Как воспринимают свою семью дети, имеющие брата или сестру с аутизмом. // Аутизм и нарушения развития, 1/2006
6. Шипицина Л. М. Развитие навыков общения у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. Пособие для учителя. СПб.: Изд-во «Союз». 2004.

**Анализ психосоматического развития младшего школьника**

**Казанская Ксения Олеговна**

*аспирантка*

*Международный университет природы, общества и человека «Дубна», Дубна, Россия  
E-mail: kazk@list.ru*

В настоящее время нами проводится исследование детского психосоматического развития с позиций культурно-исторической психологии. Теоретические положения и процедура исследования были изложены в тезисах Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2007». Вкратце скажем, что изучение детской психосоматики в традициях культурно-исторической психологии требует учета многих факторов. Выявить и проанализировать эти факторы нам представляется возможным только посредством клинического метода.

Ниже представлен вариант анализа детского психосоматического развития.

*Д. Е., мальчик, 04.01.1999*

В развитии Д. обращает на себя внимание следующее. Д. – младший, планированный ребенок. В семье есть старшая сестра 14 лет. Обвитие пуповиной во время родов. Заболевания в раннем возрасте: диатез (проявляется до сих пор), отит в возрасте около года с госпитализацией на неделю в инфекционное отделение. Раннее психическое развитие в норме. Наблюдались трудности приучения к опрятности, Д. был приучен к горшку отцом в 2,5 года (после того, как мать вышла на работу).

Д. начал посещать ясли в 2,6 года. В яслях Д. не нравилось, реагировал очень эмоционально («с ревом, с плачем»). Маме, по ее словам, самой было трудно расстаться с ребенком, поэтому в ясли его водил отец. Д. заболел через полгода после начала посещения яслей и был снят с посещения.

В 3,5 года имел место случай ятрогении (подозрение на туберкулез), вызвавшей высокую тревогу матери за здоровье Д.

С 4 до 5 Д. посещал в саду группу неполного дня еще с 2-3 детьми. Через год, по решению комиссии, Д. был направлен в логопедический сад. Подготовка к школе происходила в саду, мама помогала ребенку дома выполнять задания. Д. пошел в школу в 7,6 лет с необходимым уровнем подготовки. В первые недели учебы в школе Д. нервничал, терял аппетит. В 1 классе болел несколько раз, в том числе дважды в октябре.

В 5 лет Д. был укушен собакой. Родителям рассказал об этом только через некоторое время. Мать была очень напугана, сказала Д., что тот может умереть. Реакция матери вызвала испуг Д., после этого случая Д. стал рассказывать родителям о своих состояниях (если что-то болит), чего ранее не наблюдалось.

Д. часто болеет ОРЗ. Мама сразу замечает, если ребенок заболевает и сообщает Д., что он «опять заболел». Д. не сообщает родителям о плохом самочувствии, но при повышенной температуре сам ложится спать. В день заболевания Д. дают горячее питье, на следующий день вызывают врача. Лекарства дома лежат в доступном месте, но Д. сам ничего не берет, принимает лекарства только по необходимости и по назначению врача. У Д. бывает аллергическая реакция на лекарство, поэтому родители всегда вызывают педиатра. Мама или папа обязательно берут больничный. Последний раз мама брала отпуск, чтобы «сидеть с Д.». Со слов мамы, Д. «не нравится» болеть («Скорее бы в школу, а то надоело болеть»).

С раннего возраста всегда были друзья во дворе, постоянная компания ребят, с которой Д. общается до сих пор. У Д., по его собственному мнению, нет настоящих друзей в классе, что является причиной нежелания посещать школу. Мама знает о переживаниях Д. поэтому поводу.

В последнее время любимая деятельность Д. - вместе с папой играть в компьютерные игры, что не нравится матери. Четких обязанностей у Д. нет (обычно все делает мама), но по просьбе мамы может вынести мусор, заправить кровать. Если Д. остается один с родной сестрой 14 лет, дети сами распределяют обязанности по дому.

Д. недоволен тем, что 1 класс школы находится в детском саду, считает себя «взрослым» (отметим, что возраст большинства его одноклассников 6 лет).

Отношение мамы к ребенку характеризуется принятием, мощной опекой и тревожностью. Ребенок не воспринимается субъектом собственного развития. Оба родителя заинтересованы в благополучии Д., в первую очередь, в соматической сфере. Позиция мамы определяется страхом за жизнь ребенка, сформировавшимся под влиянием событий в дошкольном детстве Д. Отметим невысокий уровень рефлексии мамы, не владение нормами детского развития (в том числе и соматического). Ответственность за успехи и достижения, кроме самого Д., часто лежит на других людях, например, на его сестре (забирает его из сада, контролирует выполнение заданий и т.д.). В целом, уровень требований к ребенку занижен.

По результатам индивидуального обследования у Д. можно отметить трудности планирования и контроля своих действий. Д. ведет себя спокойно, не очень активно, стеснительно, инфантильно. Заинтересован в хороших результатах выполнения заданий.

Д. адекватно представляет причины заболевания (зачем моют руки и чистят зубы и что будет, если этого не делать). Плохо ориентируется в системе внутренних органов. Со слов Д., когда он болеет, сообщает об этом маме, ложится спать и пьет лекарства, которые ему дают взрослые. Своему лучшему другу он также сообщает, что заболел. Отметим адекватное понимание необходимых действий в ситуации болезни другого: «надо кого-нибудь из взрослых позвать или попросить».

Заключение: отношение к Д. в семье как к «маленькому», большое внимание к здоровью и болезням Д., заниженные требования и повышенная опека являются причиной инфантильного поведения при наличии восприятия себя «взрослым». Можно сказать, что средства диагностики состояния здоровья, средства лечения находятся на стороне родителей. Родители не поддерживают ребенка в его попытках стать самостоятельным, не поощряют становление произвольности (в том числе и в соматической сфере), не поддерживают самостоятельное использование новых культурных средств и способов поведения. Вся система семейных отношений направлена на опеку ребенка. Повышенное внимание родителей к соматическому состоянию Д. формирует позицию «больной ребенок». Общая инфантильность и отсутствие средств взаимодействия со сверстниками приводит к трудностям в общении в классе, к скрытому неприятию школьной ситуации. Это приводит, в свою очередь, к уходу в болезнь, т.е. к инфантильному способу «разрешения» проблемной ситуации.

Таким образом, случай Д. позволяет нам увидеть кольцевую связь факторов в психосоматическом развитии.

Согласно концепции Л.С.Выготского, в младшем школьном возрасте мышление становится центральным процессом в функциональной структуре сознания и начинает опосредовать все психические процессы. Вследствие этого у ребенка впервые появляется обобщенное отношение к себе и к миру и осознанное использование культурных средств психической регуляции. Мы считаем, что данная концепция приложима и к психосоматическому развитию. В случае Д. мы можем четко увидеть проявление кризиса 7 лет в психосоматическом развитии.

### Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 тт., т.5. – М.: Педагогика, 1983.
2. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. – СПб.: Речь, 2004.
3. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR-Аргус, 1995
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002

**Особенности функций регуляции и контроля у подростков, страдающих Интернет-зависимостью****Козлова Ольга Александровна***студентка**Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия**E-mail: oljkozlova@yandex.ru*

Динамика распространения Интернет - коммуникации и, соответственно, повышение ее «удельного веса» в процессах коммуникации в целом не имеет аналогов. Популяция пользователей Интернета постоянно расширяется и растет, и если раньше это была преимущественно сфера профессиональной деятельности программистов, то сейчас Интернет используют люди самых разных специальностей и возрастов.

В настоящее время стала актуальной проблема патологического использования Интернет, так называемая, Интернет - аддикция (Internet Addiction Disorder или IAD).

В нейропсихологии в последнее время как отечественные, так и зарубежные исследователи вновь обратились к проблеме регуляторных функций, которые представляют собой динамические характеристики психических процессов. Также внимание проблеме изучения регуляторных функций уделяется в детской нейропсихологии, где программирование, регуляция и контроль исследуются в связи с неуспеваемостью школьников. В данном случае речь идет о произвольной регуляции деятельности у ребенка и ее зависимости от степени зрелости определенных функциональных мозговых систем. Исходя из вышесказанного, высокоактуальным на наш взгляд, является изучение психологических последствий применения информационных технологий для ВПФ, в частности, для функций регуляции и контроля деятельности. Психологические механизмы воздействия информационных технологий на человека должны стать предметом тщательного анализа. Мы исходим из предположения о том, что патологическое использование Интернета подростками оказывает специфическое влияние на становление и функционирование регуляторных функций.

Таким образом, целью данной работы является исследование особенностей регуляции и контроля у подростков, склонных к Интернет - зависимости.

Гипотеза 1. Недостаточная степень зрелости функций блока программирования и контроля (конституционально обусловленная или появившаяся на ранних этапах развития) может быть предиктором возникновения Интернет – зависимости в будущем.

Гипотеза 2. Определенные особенности функциональной асимметрии мозга могут являться одним из факторов риска развития Интернет – зависимости.

Гипотеза 3. Нарушение функций программирования и контроля у Интернет – зависимых подростков по ряду характеристик соответствует симптомам лобного синдрома, описанным в клинике локальных поражений мозга.

Объектом исследования послужили лица мужского и женского пола в возрасте от 12 до 15 лет, склонные к Интернет - зависимости. Всего 70 человек.

**Методы.** В соответствии с поставленными задачами была разработана следующая программа исследования:

предварительная беседа;

тест на Интернет-зависимость, разработанный К. Янг и адаптированный В.А. Буровой;

методики, направленные на изучение регуляции и контроля в двигательной сфере: «кулак-ребро-ладонь», «реципрокная координация», «реакция выбора», «Копирование узора из 2-х меняющихся звеньев»).

методики, направленные на выявление возможности отхода от привычного стереотипа деятельности (перечисление месяцев в прямом и обратном порядке);

методика диагностики уровня регуляции интеллектуальной деятельности (поиск ошибок в тексте и арифметических примерах, серийное вычитание «от 100 по 7», решение арифметических задач);

**Проведение исследования.** Описанная программа исследования требует личной встречи с каждым испытуемым: сначала проводилась предварительная беседа, затем – нейропсихологические методики, в конце встречи испытуемый заполнял бланковые методики.

**Результаты.** В результате качественного анализа данных обеих групп испытуемых были выделены основные типы ошибок:

Дефицит автоматизированности, плавности выполнения и трудности усвоения двигательных программ.

Импульсивность.

Инертность психических процессов

Нарушения динамики протекания интеллектуальной деятельности

Проведенный качественный анализ пока не позволяет с уверенностью говорить о значимых различиях при выполнении проб, направленных на исследование функций регуляции и контроля в контрольной и экспериментальной группах. Это обусловлено также и тем фактом, что не была проведена количественная, статистическая обработка результатов, что является предметом дальнейшей работы. Однако, нельзя не отметить, что уже на данном этапе обработки результатов выполнение проб испытуемыми контрольной и экспериментальной групп характеризуется не только количественными, но и качественными различиями.



Ряд1- экспериментальная группа.  
Ряд 2- контрольная группа.

1- копирование узора из 2-х меняющихся звеньев; 2- Реципрокная координация; 3- Реакция выбора; 4- «Кулак- ребро- ладонь»; 5- Перечисление месяцев года в прямом и обратном порядке; 6- серийное вычитание «от 100 по 7»; 7- Решение арифметических задач; 8- Поиск ошибок в арифметических примерах; 9- Поиск ошибок в обычном тексте; 10- Поиск ошибок в специальном тексте.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о различиях в степени зрелости функций блока программирования и контроля у здоровых подростков и подростков, склонных к Интернет – зависимости.

### Литература

1. Войскунский А.Е. Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. Войскунского А.Е., М., 2000



2. Войскунский А.Е. Психологические исследования феномена Интернет-аддикции // 2-ая Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. М., 2000, с. 251-253.
3. Полонская Н.Н., Яблокова Л.В. Функции программирования и контроля и успешность обучения у первоклассников / I Международная конференция памяти А.Р.Лурия: Сб. докладов / под ред. Е.Д.Хомской, Т.В. Ахутиной.- М.: РПО, 1998

### **Мотивация на лечение женщин, зависимых от алкоголя**

**Колпаков Ярослав Витальевич**

*аспирант*

*Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава,  
Москва, Россия*

*E-mail: kolpakov\_jv@mail.ru*

Зависимость от алкоголя – тяжёлое психическое заболевание, распространённость которого в Российской Федерации составляет до 2% от общей численности населения. Е.А. Кошкина и соавт. (2007) описывает, что за последние годы выявлен ряд негативных тенденций в эпидемиологии алкоголизма. Одна из них - увеличение доли женщин, злоупотребляющих алкоголем. Если в 80-е годы соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин было 10:1, то в 2006 г. оно составило уже 4,5:1, достигнув показателя - 550,3 больные женщины на 100 тысяч женского населения.

Лечение больных с алкогольной зависимостью представляет собой сложный и многогранный процесс, а получение эффективного результата при оказании медицинской помощи зависит от множества причин. Среди них важную роль играет мотивация на лечение. П. Андерсон (1995), проводя анализ психологического состояния больных с алкогольной зависимостью, обращает внимание на сложную структуру мотивационной сферы личности. Б.С. Братусь (1974) установил, что она искажается в процессе развития патологической зависимости от алкоголя. По мнению Н.А. Сирота и В.М. Ялтонского (2004) мотивация к лечению играет центральную роль в решении проблем, связанных с алкогольной зависимостью.

Нами было предпринято исследование структуры и уровня мотивации на лечение женщин, зависимых от алкоголя (ЖЗА).

Теоретической основой для определения уровня мотивации на лечение была «модель изменения поведения по стадиям» J. Prochaska и С.С. DiClemente, а методикой измерения - «Шкала оценки изменений поведения в процессе лечения университета Род-Айленд» (URICA) Е.А. McConaughy, J.O. Prochaska, W.F. Velicer (1983) в модификации В.М. Ялтонского (2001).

При подборе методик для исследования структуры мотивации на лечение мы опирались на системную модель процесса мотивации деятельности достижения Т.О. Гордеевой (2002). В ней описываются основные составляющие мотивационного процесса, регулирующего достижение результата. Они объединены в 4 блока: ценностно-целевой, когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Исходя из этой модели, выбраны следующие методики, направленные на изучение структуры мотивации на лечение. 1). «Смысло-жизненные ориентации» Д.А. Леонтьева (1992) и субшкала «Цели лечения» шкалы «Самоэффективность воздержания от употребления алкоголя» (С.С. DiClemente et al., 1994) в адаптации В.М. Ялтонского (2003) (ценностно-целевой блок). 2). «Опросник общей самооффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В. Ромека (1996), шкала «Самоэффективность воздержания от употребления алкоголя» (С.С. DiClemente et al., 1994) в адаптации В.М. Ялтонского (2003) и шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» W.R. Miller и J.S. Tonigan (1996) в адаптации В.М. Ялтонского (2003) (когнитивный блок). 3). «Интегративный

тест тревожности» А.П. Бизюка, Л.И. Вассермана и Б.В. Иовлева (1996) (эмоционального блок). 4). «Опросник путей совладания» Р.С. Лазаруса и С. Фолькман в адаптации Т.Л. Крюковой (1998) (поведенческий блок).

Были обследованы 70 женщин в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст –  $41,12 \pm 4,72$  года) со второй (средней) клинической стадией зависимости от алкоголя, псевдозапойная форма, среднепрогредиентное течение (F41.02 по МКБ-10), проходящие лечение в ГУЗ «НКБ№ 17» ДЗ г. Москвы. Обследование проводилось на 12-16 сутки лечения после купирования синдрома отмены. Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS for Microsoft Windows, version 15.0.

В результате статистической обработки выборка разделилась на 3 подгруппы (по URICA).

В первую подгруппу вошли 18 ЖСА (25,71%), находящихся на стадии изменения поведения «Предразмышления». В ходе корреляционного анализа с использованием критерия  $\rho$  Спирмена (анализ распределений по критерию  $Z$  Колмогорова-Смирнова показал их отличие от нормального), были выявлены высокозначимые корреляции ( $p < 0,01$ ) с показателями по методикам на исследование структуры мотивации. Было выявлено, что в данной подгруппе ЖСА характерны негативные показатели по СЖО, низкая общая самооффективность и самооффективность воздержания от употребления алкоголя, высокая ситуативная и личностная тревожность, преобладание неконструктивных стратегий совладания со стрессом.

Во вторую подгруппу вошли 24 ЖСА (34,29%), находящихся на стадии изменения поведения «Размышления». В этой подгруппе были получены следующие результаты: данным ЖСА характерны умеренно-негативные показатели по СЖО, слабовыраженные общая самооффективность и самооффективность воздержания от употребления алкоголя, умеренно-высокая ситуативная и личностная тревожность, преобладание неконструктивных стратегий совладания со стрессом.

В третью подгруппу вошли 28 ЖСА (40,00%), находящихся на стадии изменения поведения «Действия». В этой подгруппе были получены следующие результаты: данным ЖСА характерны показатели по СЖО в пределах нормативных данных автора, умеренные показатели по общей самооффективности и самооффективности воздержания от употребления алкоголя, показатели ситуативной и личностной тревожности в пределах нормативной нормы авторов методики, использование разнообразных стратегий совладания со стрессом.

Значимость различий между подгруппами по критерию  $U$  Манна-Уитни не превышала уровень 0,005.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о существовании разных уровней мотивации на лечение у ЖСА. В каждый из этих уровней вносит свой вклад структурные компоненты мотивации на лечение. Психологическая работа с данным контингентом, направленная на коррекцию выраженности тех или иных структурных компонентов позволит осуществлять более эффективное лечение ЖСА.

### Литература

1. Андерсон П. (1995) Пути решения проблем, связанных с употреблением алкоголя. – СПб.: СПбМАПО. – 183 с.
2. Братусь Б.С. (1974) Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М.: МГУ. – 96 с.
3. Кошкина Е.А. (2007) Состояние наркологической службы и основные тенденции учётной заболеваемости в Российской Федерации в 2006 году / Статистический сборник. – М.: НИЦ наркологии Росздрава. – 93 с.
4. Леонтьев Д.А. (2006) Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М.: Смысл. – 18 с.

5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и др. (2004) Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекции других форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска / Пособие. – М.: ННЦ наркологии Росздрава. – 42 с.
6. Гордеева Т.О. (2002) Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. - М.: Смысл – с.79-101.

## **Взаимосвязь ситуационных факторов с копингом ВИЧ-инфицированных**

*Курашко Алёна Сергеевна*

*студентка*

*Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, Омск, Россия*

*E-mail: alesku@rambler.ru*

### **Введение**

Повышенная стрессогенность жизни в условиях современного общества требует от исследователей тщательного изучения тех паттернов поведения, которые использует человек в преодолении возникающих у него трудностей. ВИЧ-инфекция – заболевание, характеризующееся повышенной подверженностью организма опухолевым процессам, имеющее различные клинические проявления и приводящее к смерти от СПИДа. В настоящее время Россия занимает одно из первых мест в мире по темпам распространения ВИЧ-инфекции. С получением ВИЧ-положительного статуса происходят изменения в личной жизни инфицированных, их межличностном общении, ценностно-смысловой сфере. Необходимость приема антиретровирусных препаратов требует придерживаться четкого режима. ВИЧ-положительные люди сталкиваются с неприятием, унижением, притеснением со стороны других людей (стигмой). Все эти изменения являются факторами возникновения объективного стрессового состояния, что требует от ВИЧ-инфицированных поиска таких форм поведения, которые помогут им справиться со стрессом. Изучение поведенческих паттернов ВИЧ-инфицированных во взаимосвязи с механизмами когнитивной оценки ими своего заболевания, а также с их личностными характеристиками должно лечь в основу программы коррекционной и консультативной помощи данной группе больных. В связи с этим актуальным является изучение копинга ВИЧ-инфицированных и переменных, влияющих на выбор копинг-стратегии.

При проведении исследования мы опирались на личностно-ситуационный подход к копингу (R.S.Lazarus и S.Folkman, С.К.Нартова-Бочавер). Согласно данному подходу, копинг – динамический процесс, который зависит как от ситуационных (средовых), так и от личностных характеристик. Ситуационные факторы выступают в качестве стимула, запускающего копинг. Однако личностные характеристики также обуславливают различия в оценке стрессового воздействия одной и той же ситуации и, следовательно, путей ее преодоления. В данной работе мы рассмотрим только ситуационные факторы во взаимосвязи с копингом ВИЧ-инфицированных.

### **Методы и выборка**

В качестве методов сбора данных мы использовали авторский опросник, направленный на изучение оценки больными ситуации получения ВИЧ-положительного статуса и ситуации жизни с ним и опросник копинг-стратегий Ч.Карвера в адаптации Л.И.Дементий, модифицированный согласно целям и задачам нашего исследования. В качестве ситуационных факторов мы выделили срок заболевания, наличие/отсутствие социальной поддержки и оценку инфицированными своего заболевания по параметрам значимости, неожиданности, силы стрессового воздействия, трудности преодоления и контролируемости со стороны больных. Методами математической обработки данных

являлись методы первичной описательной статистики, методы сравнения значимости различий ( $\phi^*$ -критерий Фишера) и метод ранговой корреляции Спирмена.

Выборку составили 20 инфицированных людей г.Омска: 8 мужчин и 12 женщин в возрасте 21-39 лет. Срок ВИЧ-положительного статуса колебался от 47 дней до пяти лет.

### Результаты

Изучение ситуационных факторов показало, что ситуация получения ВИЧ-положительного статуса оценивается инфицированными как высоко значимая (в 60% случаев), неожиданная (65%) и стрессовая (55%), в средней степени трудная для преодоления (25%), но в целом контролируемая (60%). По истечении определенного срока жизни с ВИЧ-инфекцией ситуация оценивается больными как значимая, менее неожиданная ( $\phi^*=1,92$ ;  $p \leq 0,05$ ) и стрессовая ( $\phi^*=2,35$ ;  $p \leq 0,01$ ), но более подконтрольная ( $\phi^*=1,81$ ;  $p \leq 0,05$ ). Возможно, это связано с большей информированностью об особенностях заболевания и, как следствие, с меньшей степенью эмоционального реагирования и большей степенью принятия своего заболевания.

При определении наличия/отсутствия у инфицированных социальной поддержки мы рассматривали следующие вопросы: семейное положение, известно ли близким и друзьям о заболевании и как изменились отношения с близкими и друзьями после получения ВИЧ-положительного статуса. У 75% инфицированных об их заболевании знают близкие и/или друзья и оказывают больным поддержку и помощь. 20% инфицированных никому не рассказали о своем ВИЧ-положительном статусе, что может быть связано со страхом отвержения и потери близких отношений, со страхом того, что родные и друзья не поймут и осудят, а также с желанием защитить близких от травмирующего известия. 55% ВИЧ-инфицированных отмечают, что близкие люди и/или друзья оказывают им помощь, поддержку, «стали относиться бережнее», «стали чаще спрашивать о здоровье, стараются помочь», говорят подбадривающие слова. 35% инфицированных ответили, что их отношения с окружающими людьми (близкими и друзьями) никак не изменились. Иногда это связано с тем, что инфицированные скрывают свой статус («не изменились, пока не знают»), в другом случае инфицированные отмечают свою ответственность за константность отношений («главное самому не забывать о статусе и соблюдать осторожность», «стала более ответственно подходить ко встречам с друзьями»).

В качестве типичных копинг-стратегий больных по истечении определенного срока жизни с ВИЧ выступают стратегии «принятие» (характерна для 70% инфицированных), «планирование» (60%), «положительное истолкование и рост» и «поиск активной общественной поддержки» (55%). Возможно, это связано с тем, что со временем инфицированные получают необходимый объем информации о ВИЧ, в связи с чем их эмоциональное состояние стабилизируется, они учатся жить со своим диагнозом, привыкают к новому распорядку жизни, поэтому неадаптивные стратегии заменяются принятием своего заболевания.

При изучении взаимосвязей между ситуационными факторами и копингом ВИЧ-инфицированных было выявлено, что с увеличением срока жизни с ВИЧ снижается частота использования стратегий «фокус на эмоциях и их выражение» ( $r_s = -0,461$ ;  $p \leq 0,05$ ) и «поиск эмоциональной общественной поддержки» ( $r_s = -0,554$ ;  $p \leq 0,05$ ). Чем выше оценка ситуации получения ВИЧ-положительного статуса как неожиданной, стрессовой и трудной для преодоления, тем активнее больные используют стратегию «поиск эмоциональной общественной поддержки» ( $r_s = 0,793$  при  $p \leq 0,01$ ;  $r_s = 0,582$  при  $p \leq 0,01$  и  $r_s = 0,533$  при  $p \leq 0,05$  соответственно). Частота применения стратегии «фокус на эмоциях и их выражение» взаимосвязана с высокой оценкой ситуации как стрессовой ( $r_s = 0,514$  при  $p \leq 0,05$ ) и трудной для преодоления ( $r_s = 0,549$  при  $p \leq 0,05$ ). При отсутствии социальной поддержки больные чаще используют стратегию «обращение к религии» ( $\phi^* = 2,42$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Таким образом, исследование показало, что выбор ВИЧ-инфицированными копинг-стратегии взаимосвязан с ситуационными факторами, такими, как наличие/отсутствие социальной поддержки, срок заболевания и когнитивная оценка значимости, неожиданности, силы стрессового воздействия, трудности преодоления и контролируемости заболевания со стороны больных.

#### Литература

1. Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б. К психологической теории ситуации // Психологический журнал. – 2002. – т.23. - №1. – с. 5-17
2. ВИЧ-инфекция и СПИД. Информация и практические советы людям с диагнозом ВИЧ и СПИД. – М.: Знание, 2001. – 240с.
3. Дементий Л.И. К проблеме диагностики социального контекста и стратегий копинг-поведения // Журнал прикладной психологии, 2004. - №3 – с.20-25
4. Нартова-Бочавер С.К. “Coping behavior” в системе понятий личности // Психологический журнал. – 1997. – т.18. - №5. – с. 20-29.

#### Особенности самосознания и самовосприятия медицинских сестер с синдромом эмоционального выгорания

*Лебедева Наталья Александровна*

*молодой ученый*

*Новомосковский филиал университета Российской академии образования,  
Новомосковск, Россия*

*E-mail: s60042@newmsk.tula.net*

#### Введение

Актуальность темы исследования эмоционального выгорания (ЭВ) у средних медработников связана с несколькими аспектами: 1) медсестра общается с пациентами больше остальных медработников, именно от нее в большей степени зависит создание т.н. «терапевтической среды»; 2) с проблемой сохранения психического и физического здоровья медсестер - в связи с этим необходимо учесть влияние на психику специфических особенностей их деятельности; 3) с задачами психологической коррекции и реабилитации среднего медицинского персонала. Основная часть исследований феномена ЭВ в медицине посвящена профессиональному стрессу в условиях врачебной деятельности, а специфика трудовой деятельности медсестры практически не отражена (кроме [2,3]). Нами не обнаружено публикаций, посвященных проблеме психокоррекции ЭВ у средних медработников. Специфические особенности трудовой деятельности, вызывающие стрессовое напряжение и приводящие к социальной дезадаптации медсестер, таковы: постоянная необходимость поддерживать внешний и внутренний контроль; минимум прав при высокой ответственности, отсутствие творческого поиска (все медицинские назначения делает врач, а медсестра должна выполнять, даже если сознает их ошибочность); психологически трудный контингент (тяжелые, умирающие больные), с которым постоянно приходится общаться; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. Последняя определяется: конфликтностью в системах «руководитель-подчиненный» и «коллега-коллега», перегрузкой и посменным графиком работы.

Новизна исследования заключается в том, что впервые исследуются изменения соматогнозиса при ЭВ и предлагается авторская программа коррекции симптомов эмоционального выгорания у медицинских сестер.

#### Методы

Согласно концепции В. Райха, психологические проблемы личности вызывают специфические телесные «блоки» и перцептивные искажения. Чем острее психологические проблемы личности, тем искажения более выражены.

На первом этапе исследования были обследованы 32 медицинские сестры городской больницы № 9 г. Москвы, чей стаж работы превышал 5 лет. Возраст испытуемых – от 25 до 37 лет, среднее специальное образование, все – женщины. Испытуемые работают в трех различных отделениях, все с режимом работы «сутки через три выходных». При этом использовались следующие методики: САН, опросник «отношение к деятельности» В. Каппони и Т. Новак [1], методики диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К.Роджерса и Р.Даймонда и диагностики уровня ЭВ В.В.Бойко, измерения уровня тревожности Тейлора (вариант В. Норакидзе) [4], методика «замеры Фельденкрайза», позволяющая выявить когнитивные искажения при самовосприятии.

### Результаты

По данным методики В.В. Бойко, у 29 испытуемых из 32 (90, 6%) сложились или складываются фазы ЭВ. Нами впервые выявлено: одним из главных последствий профессионального дистресса у медицинских сестер является специфическое искажение восприятия размеров таких частей тела, как рука и голова (достоверное увеличение), что может трактоваться с психоаналитических позиций, как стремление отодвинуть контакт с внешним миром и самоутвердиться за счет пациентов;

- одной из главных детерминант СЭВ является постоянный эмоциональный дискомфорт. Настроение ниже среднего, по данным самооценки – у 87,6% выборки,

- у 47% обследованных объективно высокий уровень тревоги (тест Тейлора), 34,4% имеют тенденцию к высокому уровню тревоги,

- тест Бойко дает сложившийся симптом «тревоги и депрессии» у 59,4 % испытуемых,

- повышенное стремление доминировать, выраженное у 34,4% испытуемых, может быть одной из причин эмоционального дискомфорта (т.к. не соответствует характеру деятельности медицинской сестры, предполагающем точное выполнение врачебных предписаний).

Выявлены наиболее значимые факторы, снижающие фрустрационную толерантность, и являющиеся «мишенями» психокоррекции. Таковыми являются: тревога, эмоциональное напряжение и депрессия. Другой важной целью психокоррекции стало расширение и повышение реалистичности чувственного осознания. На основании результатов первого этапа исследования разработаны рекомендации по предупреждению эмоционального выгорания работников и программа их реабилитации. Затем в течение 2,5 месяцев нами проводилась психокоррекция синдрома ЭВ у 11 медицинских сестер – как в группе, так и индивидуально, что было связано с рядом организационных трудностей (сменный характер работы членов группы, поиск помещения для работы и т.д.). Для доказательства достоверности изменений при повторном обследовании использовался Т-критерий Вилкоксона.

Табл. 1. Результаты изменений соматогнозиса.

Усредненные разности между воображаемыми и реальными размерами, %	Экспериментальная группа, N=11		Контрольная группа, N=18	
	До коррекции	После	До коррекции	После
Длина руки	+ 73,45	+ 67,82	+ 72,78	+ 76,17
сдвиг	Отрицательный, Тэмп =0 (p≤ 0,01)		Положительный Тэмп =41 (p≤ 0,05)	
Высота головы	+ 53,45	+ 44,18	+ 44,78	+ 47,78
сдвиг	Отрицательный, Тэмп =0 (p≤ 0,01)		Положительный Тэмп =25 (p≤ 0,01)	

Результаты повторного тестирования по всем методикам подтверждают эффективность психокоррекционной программы: достоверно снижаются в экспериментальной группе показатели уровня тревоги по методике Тейлора – число медсестер с высоким и очень высоким уровнем тревоги снижается с 45,5% до 27,2% (в

контрольной группе их число возрастает с 61,1% до 77,8%); количество женщин, у которых не сложилось ни одной фазы СЭВ, после коррекции возрастает с 2 до 4, а в контрольной группе соответственно снижается с 7 до 3 чел., что еще раз подтверждает правомерность использования нашей программы именно для реабилитации специалистов в ситуации длительного профессионального дистресса, так как показывает, что в отсутствие психокоррекции симптомы ЭВ утяжеляются.

### Литература

1. Абрамова Г.С., Юдчиц (1998). Психология в медицине. М., Медицина. 1998.
2. Беребин М.А. (1996) Факторы риска психической дезадаптации и ее распространенность у медицинского персонала. /Автореф. канд. дисс. СПб, 1996.
3. Бершадская М.Б. (2004) Влияние СХУ и СЭВ на мотивацию медицинского персонала./ Матер. межвуз. научно-практ. конф. «Психология здоровья – семейный аспект». М., изд. УРАО, 2004. – С. 35 – 38.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / под ред. Д.Я. Райгородского. Самара, «Бахрах», 1998.

### Социальная компетентность подростков, больных шизофренией.

*Левикова Екатерина Викторовна*

*аспирантка*

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

*E-mail: klevikova@hotmail.com*

Социальная компетентность является фактически новым понятием как для психологии вообще, так для клинической психологии в частности. Однако это проблема является актуальной и значимой на сегодняшний день. Количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом больного к социальной дезадаптации.

Под социальной компетентностью нами понимается способность индивида, состоящая из следующих составляющих её звеньев - способностей:

эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений;

умение ориентироваться в социальных ситуациях;

правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей;

выбирать адекватные способы обращения с ними;

реализовывать эти способы в процессе взаимодействия;

социальные навыки.

Таким образом, в качестве главных составляющих социальной компетентности мы выделяем социальный интеллект (2,4,5), социальные навыки (6), а также свойственный человеку паттерн поведения в ситуации межличностного общения (1,4,5).

Научная актуальность и значимость этой работы представляет интерес не только для клинической психологии, в частности для патопсихологии и психологии аномального развития, но, безусловно, имеет значение, как для общей и возрастной психологии, так и для социальной психологии. Данная работа позволяет расширить представления о развитии социальной компетентности в подростковом возрасте, отследить формирование отдельных звеньев социальной компетентности на данном возрастном этапе, в частности формирование и развитие отдельных составляющих социального интеллекта.

Практическая актуальность и ценность работы заключается в выделении основных нарушенных звеньев социальной компетентности подростков, больных шизофренией и подростков из группы сравнения, что, безусловно, представляет большое значение для

врачей, психологов, родителей и самих подростков. Полученные данные могут быть использованы в диагностике как симптомы нарушения социальной дезадаптации, в терапии и профилактики нарушения социальной адаптации, связанной с нарушением социальной компетентности в различных звеньях, поскольку разные формы социальной дезадаптации требуют различных программ профилактики и коррекции.

Дизайн исследования данной работы основан на проведенном в прошлом году эмпирическом исследовании 30 подростков с диагнозом шизофрении на базе ДПБ №6 города Москвы. В результате этого исследования нами были выделены наиболее нарушенные звенья социальной компетентности при данном заболевании, а также особенности восприятия другого человека этими больными («Социальная компетентность и социальные навыки подростков, больных шизофренией», дипломная работа, Левикова Е.В., 2007.).

Целью исследования является изучение социальной компетентности подростков, больных шизофренией. Мы предполагаем, что при различных формах патологии социальная компетентность нарушается в разных звеньях. Нарушение того или иного звена социальной компетентности оказывает влияние на форму социальной дезадаптации этих подростков. В нашей работе мы делаем попытку определить возможное влияние особенностей социальной компетентности подростков, больных шизофренией, на форму их социальной дезадаптации.

В качестве исследуемых групп нами выбраны:

Экспериментальная группа: подростки, больные шизофренией (40 – 50 чел);

Контрольная группа: подростки группы сравнения (40 – 50 чел);

Контрольная группа: подростки группы норма (100 – 150 чел).

Методики исследования подобраны с целью исследовать выделенные блоки социальной компетентности. Для того чтобы можно уравнивать и сравнить выбранные группы, мы измеряем формальный интеллект.

Основные методики:

1) Определение уровня формального интеллекта – методика Векслера.

2) Определение уровня социального интеллекта – тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена.

Изучение особенностей межличностного взаимодействия:

эффективное взаимодействие с окружающими в системе межличностного общения – тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена, тест Розенцвейга, метод незаконченных предложений.

умение ориентироваться в социальных ситуациях- тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена, тест Розенцвейга, метод незаконченных предложений.

правильное определение личностных и эмоциональных состояний других людей - тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена, тест Розенцвейга.

выбирать адекватные способы обращения с ними и реализовывать эти способы в процессе взаимодействия - модификация теста вербальной фрустрации Л.Н. Собчик; изучение анамнеза и наблюдение за реальным поведением, метод незаконченных предложений;

умение ориентироваться в социальной ситуации (в частности конфликтной)

3) тест Розенцвейга, изучение анамнеза и наблюдение за реальным поведением

4) Определение уровня социальных навыков – опросник социальных навыков Гольдштейна.

### Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. – Москва, 1983г., т.4, т.5.
2. Глозман Ж.М. Личность и нарушения общения - Москва, изд-во МГУ, 1987г.



3. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения, уязвимость – диатез – стресс – заболевание, Санкт-Петербург, издательство «Гиппократ+», 2004г.
4. Краткий психологический словарь / Составитель Л.А. Карпенко; под общей редакцией А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – Москва: Политиздат, 1985г.
5. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопродуктивной шизофренией. Диссертация на соискание учёной степени кандидата психологических наук. Москва, МГУ, 1997г
6. Коблянская Е. В. Психологические аспекты социальной компетентности. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук. СПб.: СПбГУ, 1995.
7. Куницина В. Н. Социальный интеллект и социальная компетентность // Б. Г.Ананьев и ленинградская школа в развитии современной психологии: Тезисы научно-практической конференции. СПбГУ, 1995.
8. Михайлова Е.С. (Алешина) в своём руководстве по использованию методики Дж.Гилфорда и М.Салливена (Санкт-Петербург, 1996г.)
9. Goldshtein A.P. Psychological skill training. N Y 1981.

**Изучение личностного кризиса, обусловленного хроническим заболеванием  
кардиологического профиля**

**Мамедова Оксана Этибаровна**

*студентка*

*Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

*E-mail: sonija\_psy@mail.ru*

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Р.П. Колтунова (1973) пишет, что больной – это человек, в котором объединены в сложном единстве и взаимообусловленности его организм и личность. Эта связь заключается в том, что личность претерпевает изменения под влиянием болезни.

Любая болезнь, особенно хронически текущая, оказывает существенное влияние на многие стороны жизни больного, нарушая его личностные планы, делая невозможными достижение определенных целей, нарушая внутрисемейные отношения. Дезорганизация социальной жизни пациента, вызываемая болезнью, иногда более остро переживается им, чем нарушения функционирования организма. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности (Зейгарник Б.В.), может даже спровоцировать кризис психологического развития человека.

Соматическое заболевание (в особенности, с тяжелым хроническим течением) качественно изменяет всю социальную ситуацию развития человека: изменяет уровень его психических возможностей, ведет к ограничению контактов с людьми, т. е. оно меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» (Божович Л.И., 1968) по отношению к самому себе и жизни в целом.

Болезнь разрушает или дестабилизирует уже сложившуюся систему смыслов, ценностей, паттернов отношения к себе и поведения в целом. Эти все черты свойственны такому психологическому явлению, как кризис, но кризис не связанный с какими-либо возрастными периодами, а с образовавшейся «социальной ситуацией развития». Если обратиться к теории Э.Эриксона, мы можем обозначить данное явление как кризис идентичности. Это связано с тем, что обретение идентичности - это та задача, которую человек решает на протяжении всей жизни, и это явление не обязательно связано с каким-либо определенным периодом жизни, исключая подростковый возраст.

Вилюнас считает, что системообразующая категория концепции кризиса - категория индивидуальной жизни, понимаемой как жизненный путь личности. Когда критические события нарушают важнейшие жизненные отношения человека, и он оказывается бессильным, возникает кризис.

Кризис идентичности в ситуации соматического заболевания возникает по схеме взаимонарушенной обратной связи, когда внутри устойчивого временного и смыслового поля рождается хаос, сомнения, разочарования, а за ними и разотождествленность, нарушение целостности личности.

Ф.Е.Василюк, анализируя механизмы преодоления критических ситуаций, рассматривал переживание как особую форму деятельности, направленную на восстановление нарушенной идентичности, утраченной осмысленности существования.

В ситуации тяжелого заболевания, понимаемой нами как критической, значимую роль играют процессы переживания смысла болезни (настоящего момента), эмоциональные реакции и контекст ситуации.

В своем исследовании мы предприняли попытку изучить особенности смысла наличной ситуации как критической и соотнести с событийным контекстом жизни и рядом индивидуально-психологических особенностей у людей, страдающих хроническими кардиологическими заболеваниями. Мы предполагаем, что ситуация болезни является личностно-значимой, а следовательно, провоцирует активную внутреннюю деятельность у больного человека, запускает процессы рефлексии и переосмысления ситуации болезни в частности и своей жизни в целом. Эти процессы связаны с локализацией локуса контроля личности и отражаются в эмоциональных реакциях.

В нашем исследовании приняли участие 61 человек, находящихся на стационарном лечении в городской больнице №3 г. Курска по поводу хронического заболевания сердечно-сосудистой системы, средний возраст которых составил 42 г. В выборку вошли 26 женщин и 35 мужчин.

Для изучения социального контекста событий, которые могли способствовать развитию кризиса на фоне хронической кардиологической патологии, мы использовали шкалу Холмса - Раге, для оценки осмысленности жизни – тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А.Леонтьева. Структура жизненного пути была исследована с помощью процедуры «Линия жизни». Рефлексивность оценивалась посредством метода «Уровень рефлексивности» А.В.Карпова, локализация локуса контроля личности измерялась методикой «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой, а особенности эмоционального состояния оценивались посредством восьмицветового теста М.Люшера в адаптации Л.Н.Собчик.

Для анализа полученных данных использовался статистический пакет STATISTICA 6.0., корреляционный анализ R – Спирмена. На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы.

Чем лучше человек переживает свой настоящий момент, тем он менее контролирует, несет ответственность за свое здоровье. Т.е. мы можем проинтерпретировать данное положение тем, что люди, фиксирующиеся на состоянии своего здоровья, пытающиеся его контролировать, более негативно переживают само состояние болезни.

Ситуация кризиса связана с контекстом общей ситуации жизни, шансы на развитие кризиса увеличиваются при более высоких значениях социального стресса за последний год.

Фактор реакции на ситуацию отражает собственно специфику потенциально критической жизненной ситуации, и показывает нам роль контекста (социальные стрессоры) в переживании ситуации, эмоциональные аспекты переживания ситуации и важность процессов рефлексии в формировании реакции на ситуацию.

В ситуации кризиса происходит фиксация на своем болезненном состоянии.

Формируется комплекс реакций и механизмов (рефлексивных процессов и эмоциональных реакций) которые направлены на переосмысление ситуации с целью «пережить» ситуацию, разрешить ее, а личности обрести новую идентичность.

Таким образом, сам факт болезни, ряд личностных особенностей и жизненная ситуация есть совокупность факторов, включенных в формирование кризиса в ситуации болезни.

### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984;
2. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал 2003 т. 24 № 5;
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М., 2003;
4. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). М.: 2000;
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987;
6. Соколова Е.Г., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях, М.: 1996;
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: 2002.

### К вопросу об изучении психологии терминальных больных

*Мардусевич Яна Александровна*

*студентка*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

*E-mail: yana.m18@mail.ru*

Тема статьи «К вопросу об изучении психологии терминальных больных» является актуальной на сегодняшний день не только в Республике Беларусь, но и за рубежом. Данная тема практически не обсуждается в научных кругах нашей страны, существует дефицит литературы, наше общество не информировано о проблемах терминальных больных.

Цель данной работы – изучение проблемы психологии терминальных больных. Основные задачи работы «К вопросу об изучении психологии терминальных больных» :

1)Обратить внимание общества, и в частности врачей, на данную проблему. Так как во многих случаях врачи не знают как правильно работать с такими пациентами, как общаться с их родственниками.

2)Попытаться найти наиболее рациональные пути её решения.

Терминальное состояние (от лат.terminalis-относящийся к концу, пограничный)-т.е. состояние пограничное между жизнью и смертью.

К терминальному состоянию относят умирание, включающее несколько стадий, начальные этапы пострелигиозного периода. Качественный переход от жизни к смерти представляется последовательным закономерным нарушением функций и систем организма, заканчивающихся их выключением.

В годы атеистической идеологии в СССР произошло выхолащивание медицинской этики. В те годы медперсоналу зачастую было непонятно, как надлежит работать с терминальными больными. Речь идет не о врачебных процедурах, а о той внутренней растерянности, с которой врачи и медсестры входили в палаты обреченных. Зачем умирающему даны эти последние дни? Допустимо ли до последнего часа скрывать от терминального больного правду об истинном диагнозе?

Ответы на эти вопросы искала доктор Элизабет Кюблер-Росс, исследования которой были посвящены психологии терминальных больных. На основании большого

количества наблюдений можно выделить пять этапов, которые проходит психика человека с диагнозом смертельной болезни.

Первая стадия — стадия отрицания и неприятия трагического факта. Состояние близкое к шоку. Доминирующими в этот период являются высказывания: “Только не я”, “Не может быть”, “Это не рак” и т.п. Своеобразной психологической защитой является отрицание фатального заболевания, активное обследование у различных специалистов с применением новейших параклинических методов диагностики.

Вторая стадия — стадия протеста. Когда первое потрясение проходит, многократные исследования подтверждают наличие фатального заболевания, возникает чувство протеста и возмущения. “Почему именно я?”, “Почему другие будут жить, а я должен умереть?”, “Почему так скоро, ведь у меня еще так много дел?” и т.п. Как правило, прогрессируют симптомы реактивной депрессии, возможны суицидальные мысли и действия.

Третья стадия — просьба об отсрочке. В этот период происходит принятие истины и того, что происходит, но “не сейчас, еще немного”.

Четвертая стадия — реактивная депрессия, которая, как правило, сочетается с чувством вины и обиды, жалости и горя. Причиной депрессии является беспомощность перед лицом судьбы, ощущение зависимости от окружающих. Больной понимает, что он умирает.

Пятая стадия — принятие собственной смерти. Характерно для этой стадии то, что больной ориентируется не на дальние перспективы, а на сиюминутную жизнь. В это время могут происходить невероятные превращения в личностном облике больного. Осознание близости смерти, её неотвратимости мобилизует огромный духовный потенциал личности, способствующий быстрому росту личности. В новых качествах раскрываются интересы и запросы пациента.

Из всего вышесказанного следует, что для разрешения данной проблемы необходимо повышать уровень психологической подготовки и правил общения с терминальными больными как врачей, так и среднего медицинского персонала. Проводить семинары, конференции и главное тренинги на тему терминального состояния, методов лечения и помощи пациентам со смертельным диагнозом.

### **Литература**

1. Калиновский П.В. Переход. Последняя болезнь, смерть и после. М., 2000.
2. Порш Т. //Журн. Русское возрождение. 2004. № 44. С.26-33.
3. Лопухин Ю.М. //Журн. Вестник РАМН. 2006. №12. С.34-41.
4. Kubler-Ross. Lectures.

### **Психический онтогенез ребенка с детским церебральным параличом как проблема психологии развития: опыт одного исследования**

***Меренков Валерий Александрович***

*молодой ученый*

*Сургутский государственный университет, Сургут, Россия*

*E-mail: valmer2008@yandex.ru*

Закономерности и специфика психического развития детей с органической патологией являются предметом исследовательского интереса в психологии достаточно давно. Сегодня обращение к данной области обусловлено не только теоретическими мотивами, но в не меньшей степени актуальностью решения задач по психолого-педагогическому обеспечению преодоления детьми обусловленной имеющимися у них психическими и физическими нарушениями социальной, познавательной, деятельностной депривации (инвалидизации) и интеграции их в жизнь общества.

В клинической психологии на сегодняшний момент собран богатый теоретический и эмпирический материал относительно аномалий развития у детей. Однако, справедливо будет заметить, что, во-первых, имеющиеся на сегодня данные в большинстве своем представляют симптоматическую картину тех или иных патологий развития, не отражая собственно процесс психического онтогенеза ребенка при этих аномалиях. Во-вторых, эти данные характеризуют преимущественно клинику психических и сенсорных нарушений развития и в значительно меньшей степени картину отклонений в развитии детей при моторных нарушениях. В свою очередь психология развития значительно продвинулась в изучении закономерностей и механизмов детского развития, построения и содержательной характеристики его периодизации, выделения литических и кризисных этапов, условий перехода ребенка из одного возраста в другой и т.д. Однако, в психологии развития в малой степени представлена такая форма детского онтогенеза, как развитие ребенка с психическими или соматическими отклонениями.

Таким образом, выделяется следующее противоречие. С одной стороны, современные социально-экономические тенденции в жизни общества актуализируют в области специализированной помощи детям с отклонениями в развитии решение задач психолого-социально-педагогического обеспечения социальной адаптации этих детей, их интеграции в общественную практику как полноценных участников. С другой стороны, психологические теория и практика, располагая немалым объемом знаний о клинической картине тех или иных аномалий развития, испытывают дефицит в данных и моделях, характеризующих собственно процесс психического онтогенеза ребенка с различными нарушениями через описание основных закономерностей и механизмов развития, феноменологии, литических и критических возрастов и т.д. Подобная рассогласованность актуальных задач и средств является существенным препятствием в решении первых.

В качестве одного из решений данной проблемы может рассматриваться изучение психического онтогенеза ребенка с психическими или соматическими отклонениями с позиций и в понятиях психология развития. Подобные попытки предпринимались в истории психологии в отношении детей с психическими и сенсорными отклонениями (Л.С. Выготский, Э. В. Ильенков, А.И. Мещеряков, Л.Ф. Обухова). Сотрудники факультета психологии Сургутского государственного университета попытались применить его в исследовании психического онтогенеза детей с ДЦП [2,3].

В 2004-2006гг. на базе Центрального детского клинического санатория Минобороны Украины (г. Евпатория, Крым), специализирующегося на хирургическом лечении и реабилитации детей с ДЦП, и реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями «Добрый волшебник» (г. Сургут) нами было проведено исследование, предметом которого являлись варианты динамики психического онтогенеза ребенка с ДЦП в условиях различной ССР<sup>1</sup>. В качестве теоретической основы исследования изначально были определены ключевые положения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, теории деятельности А.Н. Леонтьева, классификации отклонений психического развития ребенка В.В. Лебединского. Центральная гипотеза исследования состояла в предположении, что психический онтогенез ребенка с ДЦП в зависимости от особенностей актуальной для каждого конкретного ребенка ССР может принимать различные по динамике и вектору развития ребенка феноменологические формы.

---

<sup>1</sup> Отходя от рассмотрения развития больного ребенка через призму генеза отдельных психических функций, под психическим онтогенезом мы подразумеваем целостный процесс освоения ребенком исторически выработанных форм, норм и средств общественного бытия и вхождения в систему социальных отношений.

Процедура исследования состояла из полустандартизированного интервью родителей детей с различными формами ДЦП посредством метода клинической беседы и методики ретроспективного моделирования «Life Line». Экспериментальную выборку составили 50 семей детей в возрасте от 2.5 до 18 лет.

В результате проведенного исследования был получен феноменологический материал, представляющий следующие аспекты картины психического онтогенеза ребенка с ДЦП:

Психический онтогенез ребенка с ДЦП только на первых этапах определяется доминирующей позицией самого заболевания ввиду изначальной дезориентированностью родителей в сложившейся ситуации, в своем отношении к ребенку и его болезни. В тех случаях, когда патология развития начала проявляться на этапе внутриутробного генеза и родители были осведомлены об этом, при рождении ребенка вектор и содержание его развития определялись характером уже сложившейся родительской позиции и стилем их взаимодействия с ним.

Разнообразие вариантов ССР ребенка с ДЦП в разных семьях условно можно разделить на конструктивные, инвалидизирующие и деструктивные варианты ССР. В первом случае ССР ориентирована на обеспечение условий максимального развития сохраненных возможностей ребенка и восстановления поврежденных функций. В инвалидизирующей ССР внимание окружения ребенка сосредоточено на болезни ребенка, вся ситуация развития и формы общения подгоняются под возможности ребенка с существенным их занижением. При деструктивной ССР ребенок явно или скрыто не принимается родителями, родительский уход сведен к заботе об элементарных потребностях ребенка и компенсирующей эмоциональный контакт материальным обеспечением.

В зависимости от варианта складывающейся в жизни того или иного ребенка ССР его онтогенез может принимать конструктивный, инвалидизированный или деструктивный характер. При конструктивном онтогенезе развитие ребенка движется в сторону преодоления соматического дефекта, формирования компенсирующих способностей и умений, максимальной социализации. При инвалидизированном онтогенезе в центр жизни ребенка поставлена его болезнь, зона ближайшего развития стремится к зоне актуального, масштабы соматического дефекта расширяются за счет социогенной инвалидизации, у ребенка формируется феномен выученной беспомощности. Деструктивный онтогенез характеризуется движением ребенка по вектору психического и личностного регресса: показатели развития сильно отстают от возрастной нормы, формируются эгоизм, агрессия, страх социальных контактов, замкнутость, моторные и сопутствующие нарушения искусственно прогрессируют.

#### **Литература**

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т.3 Проблемы развития психики. М. : Педагогика, 1983.- 368с.
2. Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Л.: Украинские технологии, 1999. – 143с.
3. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития у детей : Учебное пособие М.: Изд-во МГУ, 1985.- 167с.

**Семантический эксперимент психологии субъективной семантики Е.Ю. Артемьевой и возможности психодиагностики умственно отсталых детей**

***Навицкая Виктория Михайловна***

*аспирантка*

*Белорусский государственный университет им. М. Танка, Минск, Беларусь*

*E-mail: v\_navitskaya@mail.ru*

В последнее время, все больше авторов, создавая новые проекты психолого-педагогической работы с детьми с умственной отсталостью, в основу их построения закладывают идею ребенка как субъекта, как неповторимой личности, способной развиваться в собственном темпе (М. Пишчек, 2006; О. Шпек, 2003; Л.М. Шипицына, 2004, 2005; А.Р. Маллер, 2000; О. Sacks, 2006). Именно в сохранении и развитии уникального мира и личности умственно отсталого ребенка, его «эмоционального и душевного потенциала», «насыщения ребенка чувством и смыслом» лежат, по мнению авторов, «симптомы борьбы» (Л.С. Выготский) ребенка с собственным интеллектуальным нарушением [4, 5]. Факт существования внутреннего мира умственно отсталого ребенка, его внутренней, осмысленно структурированной жизни, побуждает к поиску путей встречи с ребенком в ходе психодиагностической и коррекционной работы с ним.

Перспективным представляется использование семантического эксперимента, разработанного в рамках психологии субъективной семантики Е.Ю. Артемьевой [1]. Он позволяет исследовать особенности «очеловечивания, обживания» (В.П. Зинченко), наполнения внутренним смысловым содержанием объектов, явлений и ситуаций окружающего мира умственно отсталым ребенком.

Являясь ветвью психосемантики, психология субъективной семантики базируется на идее о том, что изучение смысла (как и значения) объекта, явления и ситуации окружающего мира лежит в плоскости анализа системы его (смысла) существенных признаков [1]. Иными словами, понять смысл объекта для ребенка можно по тому как, с помощью каких категорий он его описывает. В качестве средства объективизации смысла ребенку предоставляются биполярные шкалы семантического дифференциала (добрый – злой, приятный – неприятный, старый – молодой и т.д.) [1, 2]. Структурированная совокупность семантических координат, по которым он выделяет, классифицирует и оценивает значимые свойства объекта, образуют субъективную семантику ребенка. Каждая семантическая категория является координатой субъективного опыта ребенка и несет в себе в свернутом виде след его действия или взаимодействия с описываемым объектом. По мнению Е.Ю. Артемьевой, именно субъективный опыт является источником уникального смысла объекта для ребенка и тем, что обеспечивает его встречную активность в процессе осмысления мира [1, 2, 3].

С целью экспериментального представления этого процесса используются варианты нежестких инструкций и неопределенных стимулов. Непосредственному экспериментальному изучению подвергаются семантики объектов, предъявляемые ребенку «в разных модальностях и не являющиеся чувственно модальными, но не являющиеся и искусственно созданными текстами»: визуальная семантика форм, семантика запахов, вкусов и др. [1, с. 28]. В отличие от объектов (или текстов), которые аппелируют к явно сообщаемой категориальной системе («вещи мира», «инструменты», «существа», «социальные существа», «предметы действия» и т.д.), неопределенные стимулы «не сообщают», в какой категориальной системе необходимо с ними работать. Ребенок совершает выбор категориального контекста самостоятельно. Наблюдая за ходом семантического описания того или иного стимула, фиксируя его этапы, психолог приобретает возможность не только содержательно описать смысл объекта или явления для умственно отсталого ребенка, но и понять его природу, вскрыть сам механизм процесса осмысления: его нарушенные и сохраненные звенья.

Исследование особенностей «означения», содержательного наполнения смыслом, субъективным отношением объектов окружающего мира умственно отсталыми подростками было осуществлено нами на материале семантического описания ими бессюжетных геометрических изображений по 14-шкальной модификации семантического дифференциала. Результаты данного исследования позволили

заклучить, что смысл объекта скрыт для умственно отсталого подростка за массой его несущественных признаков. В связи с этим, необходимо создание специальных условий, способствующих *осознанному проживанию* подростком *смысла* объектов, явлений и ситуаций окружающего мира, накоплению им эмоционально-смыслового опыта взаимодействия с миром как источника осмысленного отношения к нему.

### Литература

1. Артемьева, Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. – М.: Смысл, 1999. – 387 с.
2. Артемьева, Е.Ю. Психология субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 128 с.
3. Зинченко, В.П. От классической к органической психологии / В.П. Зинченко // *Вопр. психологии.* – 1996. – № 6. – С. 9 – 22.
4. Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью: учеб. пособие / М. Пишчек [и др.]; науч. ред. М. Пишчек / Пер. с польск. – СПб.: Речь, 2006. – 276 с.
5. Сакс, О. 'Человек, который принял жену за шляпу' и другие истории из врачебной практики / О. Сакс / Пер. с англ. – СПб.: Science Press, 2006. – 301 с.

### Сравнительная оценка показателей эмоционально-личностной сферы больных тревожно-фобическими расстройствами

*Новоселова Анна Сергеевна*

*студентка*

*Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

*E-mail: novosel\_psych@list.ru*

В последнее десятилетие отмечено повышение интереса исследователей к изучению тревожно-фобических расстройств (ТФР). Этот интерес определяется наметившейся тенденцией к увеличению распространенности эмоционально-аффективных нарушений тревожного характера среди населения, негативным влиянием тревожно-фобических расстройств на качество жизни и социальную адаптацию, низкой эффективностью существующих методов диагностики и лечения этих состояний. По данным как российских, так и иностранных ученых, тревожно-фобические расстройства встречаются у 5% взрослого населения, при этом их выраженность существенно варьирует – от генерализованной тревоги до пароксизмальной, что требует разработки более детальных методов диагностики. Такой дифференцированный подход необходим и в аспекте адекватного выбора основных психокоррекционных мероприятий.

Разграничение тревоги и страха обычно базируется на критерии, введенном К.Ясперсом, в соответствии с которым тревога ощущается вне связи с каким-либо стимулом, а страх - с определенным стимулом, объектом. Согласно К. Изарду в основе феноменологии тревоги лежит переживание страха. Страх, как и любая базовая эмоция, может варьировать в своей интенсивности, соответственно и в сочетании с тревогой он может быть выражен слабо, умеренно или сильно. Переживание страха ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности.

Тревожно-фобические расстройства – группа расстройств, при которых тревога вызывается определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), не являющимися в настоящее время опасными. В результате эти ситуации избегаются (фобическое избегание) или переносятся с чувством страха.

В своем исследовании мы предприняли попытку изучить и сравнить эмоционально-личностную сферу больных паническим расстройством (ПР) и генерализованным тревожным расстройством (ГТР). Мы предполагаем, что показатели



эмоциональной и личностной сферы людей, страдающих различными тревожно-фобическими расстройствами, будут отличны друг от друга.

При ГТР основным проявлением является тревога, которая «носит генерализованный, стойкий и бессодержательный характер»; она не ограничивается каким-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах, то есть является «нефиксированной». У таких больных имеется склонность к тревожному реагированию, мнительность, легкость формирования тревожных опасений с одновременным усилением черт личностной тревожности. Тревога возникает при действии психотравмирующей ситуации и присутствует, по крайней мере, несколько недель, а обычно несколько месяцев подряд и сопровождается волнением, внутренним напряжением и вегетативными нарушениями. Пациенты с ГТР, с одной стороны, твердо убеждены, что беспокойство является своего рода эффективным механизмом, которое позволяет им адаптироваться к ситуации, а с другой стороны, расценивают свое беспокойство, как неконтролируемое и опасное.

Согласно определению, предложенному Александровским Ю. А., паническое расстройство – это эпизодическая пароксизмальная тревожность, основным проявлением которого являются приступы паники. Паническая атака – это неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств, сопровождающийся страхом серьезных последствий (инфаркт, остановка сердца, инсульт, сойти с ума, потерять рассудок) (А. Б. Смулевич). Баранов П. А. говорит о том, что манифестация ПР связана с психотравмирующей ситуацией, однако, повторное возникновение ПА зачастую провоцирует постоянная озабоченность по поводу повторения приступов и мыслей о возможных последствиях (утрата контроля над собой, тяжелая органная патология).

В нашем исследовании приняли участие 25 пациентов находившихся на лечение в психосоматическом отделении Курской наркологической больницы. 1-ую экспериментальную группу составили 15 человек с диагнозом паническое расстройство (F 41.0); 2-ую экспериментальную группу - 10 человек с диагнозом генерализованное тревожное расстройство (F 41.1). Средний возраст больных 1-й и 2-й экспериментальных групп - 37 лет.

Эмоционально-личностная сфера больных обеих групп оценивалась с помощью: методики диагностики уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера; методики измерения уровня тревожности Тейлора; восьмицветового теста Люшера в адаптации Л.Н.Собчик, опросника Мини-Мульт.

В исследовании использовался статистический пакет STATISTICA 6.0. сравнение мер центральной тенденции, непараметрический критерий для двух несвязанных выборок U Манна-Уитни, в ходе которого были получены следующие результаты.

При ГТР усредненный личностный профиль Мини-Мульт характеризуется средним уровнем, показатели по шкалам не превышают 68 Т-баллов, указывая на сохранение психической адаптации. В конфигурации профиля преобладали 2-я и 4-я шкалы, что может отражать переживание больным неудовлетворенности жизнью, большую выраженность осознанной тревоги, повышенную сензитивность, склонность к протесту против сложившихся ситуаций ближайшего окружения. Средние показатели уровня личностной и реактивной тревожности составили 52,7 и 47,3 соответственно. Это свидетельствует о преобладании личностной тревожности над ситуативной. Средние показатели отклонений по тесту Люшера – M=16, что соответствует негативному эмоциональному состоянию в данной ситуации.

Усредненный личностный профиль Мини-Мульт при ПР располагается высоко (между 47 и 93 Т-баллами) на шкалах невротической триады (1-я – 64±2,2; 2-я – 66±2,1; 3-я - 66±2,6), на 4-й шкале (74±2,6) и в правой части профиля (7-я - 76±2,8; 8-я - 71±2,6), свидетельствуя о недостаточности физических и психических ресурсов индивида для реализации мотивированного поведения в реальной жизненной ситуации, обуславливая

готовность к возникновению тревожных реакций с эмоционально насыщенными фобиями, выраженной сензитивностью и неадекватностью эмоционального реагирования, ведущего к низкой адаптации. Высокие показатели по 7-й и 1-й шкале свидетельствуют о включении в картину тревожного состояния ипохондрического компонента. Сочетание 7-й и 8-й шкалы говорит о внутренней напряженности, тревожности, склонности к бесконечному обдумыванию проблем, неуверенности, снижении общей продуктивности. Показатели реактивной ( $M=53,09$ ) и личностной тревожности ( $M=59,2$ ) при ПР на порядок выше по сравнению с таковыми у больных ГТР. Средние показатели отклонений по тесту Люшера –  $M=17,2$ , что также свидетельствует о более негативном эмоциональном состоянии на момент исследования.

Таким образом, состояние эмоциональной сферы больных ПР характеризуется чрезмерной тревогой, выраженной сензитивностью, неадекватным эмоциональным реагированием, тенденцией к формированию стойких фобических реакций, постоянной озабоченностью и волнением. Это в свою очередь, способствует нарушению психической и социальной адаптации. Приведенные данные могут быть использованы при разработке дифференциально-диагностических и прогностических критериев новых подходов к проведению коррекционно-профилактических мероприятий для больных с различными тревожно-фобическими расстройствами.

### **Формирование навыков общения у слабослышащих дошкольников**

***Омаров Магомед Омарович***

*студент*

*Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Республика Дагестан*

*E-mail: brain1974@mail.ru*

Общение является необходимым условием социализации личности, формирования межличностных отношений и эмоционального благополучия ребенка.

В отечественной психологии широко представлены проблемы онтогенеза общения. Анализ результатов, полученных учеными данного направления (А.В.Запорожец, 1924; М.И.Лисина, 1989 А.З.Рузская, 1985, Я.Л. Коломенский, 1982 и др.), позволяет утверждать: а) общение развивается и приобретает различные новые формы; б) общение ребенка с окружающими людьми обогащает психологическую характеристику каждого возрастного этапа, в) «принимая во внимание общение, возможно приблизиться к пониманию механизмов смены ведущих деятельностей».

Исследования в области специальной психологии и педагогики показали, что наличие сенсорного дефекта у детей с нарушениями слуха отрицательно влияет на развитие межличностных отношений и общения, приводят к существенным изменениям в формировании социометрического статуса ребенка с патологией слуха, нарушениям в установлении контактов с окружающими людьми.

Основной проблемой, с которой сталкивается ребенок с нарушением слуха уже в раннем возрасте, является трудность установления взаимоотношений с окружающими людьми, которым принадлежит ведущая роль в создании адекватных и развивающих условий коммуникативной деятельности детей, что является важнейшим фактором их нормального психического развития. Этот сложный процесс слит с деятельностью ребенка, которая на каждом возрастном этапе приобретает новые черты и особенности.

В этой связи актуальным становится вопрос поиска новых решений проблемы развития и коррекции коммуникативных качеств у детей с нарушениями слуха.

Основной целью исследования являлось изучение структуры межличностных отношений и особенностей общения в коллективе детей с нарушениями слуха.

Исходя из цели исследования были поставлены следующие задачи:

Провести ретроспективный анализ литературы по проблеме общения и межличностных отношений детей с нарушениями слуха;

Определить структуру межличностных отношений в коллективе слабослышащих детей старшего дошкольного возраста;

Выявить особенности общения детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста;

Разработать методику коррекционно-развивающей работы по результатам констатирующего эксперимента.

Объектом исследования является структура межличностных отношений и общения слабослышащих детей старшего дошкольного возраста.

Предметом исследования являются особенности межличностных отношений и процессов общения детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста.

Гипотеза исследования: развитие общения и межличностных отношений детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста имеет свои специфические особенности, обусловленные структурой основного дефекта и отсутствием ранней коррекционной помощи.

Социометрическое исследование было проведено в группе детей старшего дошкольного возраста с нарушениями слуха. Сравнительный анализ проведен с данными по детям с нормальным слухом, имеющимся в специальной литературе (Т.А.Репина, 1988).

Анализ результатов эксперимента показал, что в группе слабослышащих детей старшего дошкольного возраста регистрируется высокий коэффициент взаимности выборов (62%), уровень благополучия взаимоотношений характеризуется как средний. При этом структура коллектива аморфная, нет ярко выраженных лидеров и аутсайдеров. Если в коллективе старших дошкольников с нормальным слухом «предпочитаемые» и «изолированные» составляют в среднем 6% коллектива, то в выборках детей с нарушенным слухом предпочитаемые и изолированные отсутствуют.

В выборке слабослышащих дошкольников детей чаще, чем в выборке детей с нормальным психофизическим развитием отмечается высокая избирательность в общении, более высокие критерии выбора партнера для общения.

У 29% слабослышащих детей старшего дошкольного возраста регистрируется низкий уровень социальной зрелости и они нуждаются в специальной психокоррекционной программе.

Была разработана методика коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста с нарушениями слуха, основанная на психологическом тренинге, цель которой - помочь детям справиться с переживаниями, которые препятствуют их нормальному эмоциональному самочувствию и общению со сверстниками.

Структура группового занятия включает следующие элементы: ритуал приветствия, разминку, основное содержание (2-4 упражнения), рефлексии (в рисунках), ритуал прощания. Занятия строятся на материале, близком и понятном детям, связанным с актуальными для них проблемами.

На занятиях большое внимание уделяется сохранению тесной взаимосвязи знания, чувства, поведения в раскрытии и осмыслении решаемых проблем. То, что познается детьми, проводится через эмоциональную сферу, чтобы ребенок мог почувствовать другого человека, его проблемы, откликнуться на его состояние, обогащая этим свою личность.

Анализ результатов формирующего эксперимента показал, что почти у всех дошкольников с нарушениями слуха уровень социальной зрелости повысился.

## Особенности иррациональных убеждений у молодых людей с диагнозом артериальная гипертензия

*Павленко Елена Александровна*

*студентка*

*Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, Омск, Россия*

*E-mail: pavlenchik@rambler.ru*

### **Введение**

Традиционно артериальную гипертензию (АГ) относят к психосоматическому расстройству. Исследователи выделяют следующие особенности личности больных АГ: выраженное чувство ответственности, сдержанность, приверженность долгу, высокая требовательность к себе и к окружающим, избегание конфликтов и подавление враждебности. Однако в различных исследованиях встречаются противоречивые результаты, обусловленные методологическими проблемами. Это препятствует созданию единой психологической теории, которая бы описывала особенности людей, страдающих АГ, и помогала бы в разработке комплексной терапии для таких пациентов.

В нашем исследовании мы придерживаемся комплексного подхода к изучению личности, страдающей АГ: рассматриваем ее индивидуально-психологические особенности, оцениваем эмоциональную сферу, изучаем когнитивную сферу и внутрисемейные отношения. В данной статье мы осветим лишь один аспект нашего исследования – когнитивную сферу, а именно особенности убеждений больных АГ.

В качестве причины формирования АГ исследователи выделяют ситуацию длительного эмоционального напряжения и потенциальную готовность действовать, которая не реализуется из-за каких-либо убеждений, ценностей таких людей. То есть эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует и интерпретирует реальность.

Одним из конструкторов, описывающим интерпретацию эмоциогенного события и способным привести к искажению реальности, является понятие «иррациональных убеждений», введенное А.Эллисом.

### **Методы**

Для выявления иррациональных убеждений больных АГ мы использовали методику А.Эллиса. Полученные результаты обрабатывались с помощью математических методов анализа: методы первичной описательной статистики, критерий  $\varphi^*$  – угловое преобразование Фишера и метод ранговой корреляции Спирмена (rs).

### **Выборка**

В исследовании приняли участие 47 мужчин, находящихся на лечении в Омском Городском клиническом кардиологическом диспансере в возрасте 17-25 лет с диагнозом АГ I стадии – они составили экспериментальную группу (ЭГ). Также была набрана контрольная группа (КГ) – 43 человека мужского пола в возрасте 20-25 лет с отсутствием такого заболевания, как АГ.

### **Результаты**

Наибольшую выраженность как в ЭГ, так и в КГ получили такие убеждения, как «катастрофизация событий» (ЭГ:  $M=26$ ,  $\sigma=6$ ; КГ:  $M=26$ ,  $\sigma=5$ ) и «долженствование в отношении себя» (ЭГ:  $M=26,5$ ,  $\sigma=6$ ; КГ:  $M=26$ ,  $\sigma=5$ ); «долженствование в отношении других» (ЭГ:  $M=30$ ,  $\sigma=5$ ; КГ:  $M=31$ ,  $\sigma=5$ ), «оценочные установки» (ЭГ:  $M=31,5$ ,  $\sigma=7$ ; КГ:  $M=32$ ,  $\sigma=6$ ) и «низкая фрустрационная толерантность» (ЭГ:  $M=33$ ,  $\sigma=6$ ; КГ:  $M=34$ ,  $\sigma=6$ ) в обеих группах выражены в средней степени.

Эти данные свидетельствуют о наличии в структуре самосознания как больных АГ, так и условно здоровых молодых людей, безосновательных требований к себе и к другим, невыполнение которых приводит к чувству неудовлетворенности собой и

окружающими. При столкновении с трудной ситуацией у молодых людей может возникать убежденность в своей неспособности справиться с этой ситуацией, что часто приводит к чувству беспомощности. Оценочные установки могут способствовать возникновению трудностей в межличностном общении в связи с неадекватным восприятием окружения и себя. Результатом этого может быть низкая фрустрационная толерантность, повышенная тревожность и напряженность.

Тот факт, что нам не удалось выявить значимых различий между ЭГ и КГ, может свидетельствовать о том, что, либо наличие иррациональных убеждений в структуре самосознания молодых людей, страдающих АГ, не является для них отличительной характеристикой, либо набранная нами группа нормы может все же являться потенциальными гипертониками.

Однако при проведении корреляционного анализа мы обнаружили интересный факт: практически все типы иррациональных убеждений в ЭГ взаимосвязаны между собой, чего не наблюдается в КГ. А именно существует взаимосвязь «катастрофизации событий» с «долженствованием в отношении себя» (0,396;  $p \leq 0,01$ ), с «долженствованием в отношении других» (0,362;  $p \leq 0,05$ ), с «низкой фрустрационной толерантностью» (0,46;  $p \leq 0,01$ ) и с «оценочными установками» (0,478;  $p \leq 0,01$ ). «Долженствование в отношении себя» взаимосвязано с «оценочными установками» (0,396;  $p \leq 0,01$ ) и с «долженствованием в отношении других» (0,331;  $p \leq 0,05$ ). «Долженствование в отношении других» коррелирует с «оценочными установками» (0,393;  $p \leq 0,01$ ) и с «низкой фрустрационной толерантностью» (0,468;  $p \leq 0,01$ ), а «низкая фрустрационная толерантность» с «оценочными установками» (0,511;  $p \leq 0,01$ ). Корреляции не выявлено лишь между «долженствованием в отношении себя» и «низкой фрустрационной толерантностью».

В общем, у молодых людей с диагнозом АГ, в отличие от условно здоровых, иррациональные убеждения сосуществуют во взаимосвязи, и одно иррациональное убеждение может повлечь за собой другие, превращаясь в так называемый «порочный круг», который достаточно сложно разорвать. Поэтому важным компонентом терапии и профилактики АГ является избавление от губительных, приводящих к серьезным последствиям, иррациональных убеждений.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что в диагностике и комплексной терапии АГ важно учитывать особенности структуры убеждений больных.

### Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Психосоматический подход в медицине.// психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия/ Сост. К.В. Сельченко. –М.: АСТ, 2000. – с. 129-152
3. Бодров В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс// Психологический журнал. – 1996. – №4. – с. 64-73.
4. Бреслав Г.М. Психология эмоций. – М.: Смысл Издательский центр «Академия», 2004.
5. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации// Психологический журнал. – 1992. – № 3. – с. 112-120.
6. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.
7. Психосоматические заболевания. Справочник / под ред. Ю.Ю. Елисева. – М., 2003.

8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье// Вопросы психологии. – 1999. – №2. – с. 61-73.
9. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / Пер с англ. – СПб.: изд-во Сова; М.: изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.

### **Роль семьи в развитии личности и в формировании межличностных отношений у детей с нарушениями слуха**

***Певнева Елена Сергеевна***

*студентка*

*Томский государственный университет, Томск, Россия*

*E-mail: Mirage24@yandex.ru*

Количество детей с нарушениями слуха очень велико, и, к сожалению, обнаруживается некоторая тенденция к его увеличению. Эти дети воспитываются и обучаются в специальных детских садах и школах. Однако хорошо известно, что не все дети получают специальную коррекционно-психологическую помощь. И поэтому при формировании личности ребенка с отклонениями в психическом развитии, в том числе детей с нарушениями слуха, значимость ближайшего окружения, семьи существенно возрастает. От взаимоотношений с родителями зависит, насколько адекватным будет их взаимодействие с окружающей средой, рядом с ребенком должен находиться любящий и понимающий его взрослый человек. Э.Эриксон считает наличие в младенчестве тесного и эмоционально насыщенного контакта с матерью основой развития у ребенка самостоятельности, уверенности в себе, теплого и доверительного отношения к другим людям [1]. В дальнейшем недостаток эмоционального общения лишает ребенка возможности самостоятельно ориентироваться в направленности и характере отношений с другими людьми, что может привести к страху перед общением.

В семьях, где дети имеют нарушения слуха, существуют специфические проблемы, осложняющие взаимоотношения между родителями, детьми, другими родственниками. Известно, что глухой ребенок обладает практически сохранным интеллектом и, следовательно, желанием общаться с другими людьми. Он может быть адаптирован в социуме людей с нарушениями слуха и испытывать элементы социальной депривации в отношении общества слышащих. Его родители могут принадлежать к социуму слышащих людей, переживших трагедию рождения ребенка с нарушением слуха и крах определенных надежд. Взаимное непонимание в процессе социальных контактов становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей с окружающими. Постоянный дефицит в удовлетворении потребностей в общении ведет к преобладанию отрицательных эмоций, к повышенной раздражительности или инертности. Дальнейшее следствие – возникновении социальной изоляции, тяжелое переживание дискриминации. Подобная ситуация особым образом влияет на развитие личностных качеств детей с нарушениями слуха. И чтобы этого не допустить родители должны помнить, что ребенок ни в чем не виноват.

На развитие личности ребенка и на формирование отношений в социуме влияет и такой фактор, как пребывание ребенка в учреждении интернатского типа. Родители, узнав о глухоте ребенка, стараются отдать его в специальное детское учреждение в сравнительно раннем возрасте и перестают принимать достаточное участие в его воспитании. Зачастую это делается из соображений общего прядка: из-за невозможности обеспечить дома надлежащий присмотр за ребенком, из-за неумения справляться с задачами обучения и т. п. Л.С.Выготский расценивал пребывание глухого ребенка в стенах специального учебного учреждения как отрыв его от нормальной среды [2]. В результате из-за отсутствия общения с близкими людьми не только не развиваются, но и систематически атрофируются те силы, те средства, которые могли бы, потом помочь

ребенку войти в жизнь. Так, семейное воспитание, с самого раннего детства формирующее нравственную основу личности, дающее человеку запас ласки, доброты, любви, рано уходит из жизни большинства глухих детей, и без того лишенных многого в отношениях с окружающими.

Положительную роль для глухого ребенка играют братья и сестра. Можно предположить, что глухой ребенок, безусловно, желая найти тесный эмоциональный контакт с родителями и не достигая этого, переносит свои положительные эмоции на братьев и сестер. Конечно, в этом важную роль играет уровень общения глухого ребенка с братьями и сестрами. В процессе бытовой и трудовой деятельности дети быстро находят контакт между собой и легче устанавливают взаимопонимание, что труднее происходит у них с родителями, которые не всегда способны понять ребенка.

Таким образом, взаимоотношения ребенка, имеющего нарушения слуха, с родителями, с братьями, сестрами и другими близкими людьми оказывают существенное влияние на развитие личности ребенка. Долговременная деформация, искажение отношения к ребенку со стороны семьи становится фактором риска, способным привести к нарушениям в развитии его личности. Целенаправленная работа по психологической коррекции отношений родителей и детей может стать важным средством воздействия на развитие личности детей, имеющих нарушения слуха.

### **Эмоциональная регуляция при расстройствах аффективного спектра: когнитивный подход<sup>1</sup>**

***Плужников Илья Валерьевич***

*аспирант*

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

*E-mail: pluzhnikov\_iv@mail.ru*

Основной отличительной характеристикой расстройств аффективного спектра, т.е. депрессивных и тревожно-фобических расстройств является то, что больные не способны регулировать, контролировать и предотвращать возникновение патологически выраженных отрицательных эмоций: тоски (при депрессиях), тревоги (при тревожных расстройствах), страха (при фобиях и обсессивных расстройствах). Попытки клинико-психологической интерпретации нарушений регуляции эмоций при указанных расстройствах делались с точки зрения нейропсихологии [1][2], психоанализа [3], культурно-исторического подхода [4] и др. Однако нарушения эмоциональной регуляции с позиций современного когнитивизма стали интересовать ученых лишь в самое последнее время [5]. Ниже представлены некоторые клинические и клинико-психологические данные, иллюстрирующие эвристичность оригинальной общепсихологической модели Дж.Гросса [6] для исследований эмоциональной регуляции в клинике депрессивных и тревожно-фобических расстройств.

По мнению Дж.Гросса, под эмоциональной регуляцией понимается «определенная когнитивная деятельность и соответствующее ей поведение, которые влияют на возникновение, интенсивность, течение и выражение эмоциональных состояний». По времени возникновения в процессе поведенческого акта, выделяются следующие компоненты эмоциональной регуляции: выбор ситуации, изменение наличной ситуации, концентрация внимания, когнитивная модификация, модуляция ответа.

Выбор ситуации – это совокупность действий, которые позволяют повернуть ситуацию таким образом, чтобы она привела к желательной эмоции или, напротив, не привела к нежелательной. Нарушение этого компонента при тревожных и депрессивных

---

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РФФИ; грант № 08-06-00057а

расстройств проявляется с одной стороны в явлениях «ситуативного предотвращения» (так больные с фобиями стараются всячески себя отгородить от предметов своего патологического страха), а с другой – в феномене «социального изъятия», который наиболее характерен для депрессивных больных [7]. Хотя такое избегающее поведение может первоначально защитить пациентов от отрицательного опыта, оно, в конце концов, приводит к выраженному дефициту положительных событий, что негативно влияет на эмоциональное состояние больных.

Изменение наличной ситуации. Если предотвращение какой-либо реальной ситуации невозможно, пациенты могут использовать стратегию ее изменения, прибегая, например, к т.н. «сигналам безопасности» [8] – людям или объектам (несколько таблеток диазепама в кармане), способствующим уменьшению страха и тревоги в данной, травматичной для больного, ситуации.

Концентрация внимания, в модели Дж.Гросса, – это способность человека использовать свое внимание с целью изменения наличного эмоционального состояния. При депрессивных и тревожно-фобических расстройствах имеют место следующие феномены, связанные с данным компонентом эмоциональной регуляции. Во-первых, это подавление: например, больные с навязчивыми мыслями контрастного содержания (в частности при обсессивно-компульсивном расстройстве) склонны к их сознательному подавлению; однако, такая стратегия не только не уменьшает, но и увеличивает навязчивости, что приводит к интенсификации страха, тревоги, дисфории и др. отрицательных эмоций [9][10]. Во-вторых, это отвлечение внимания: больные стараются не концентрироваться на негативных переживаниях, погружаясь в какую-либо малопродуктивную деятельность (просмотр телепередач, чтение книг, компьютерные игры и т.п.). Однако и эта стратегия является малоэффективной, поскольку при «погружении в отвлечение», люди не способны активно решать реальные проблемы, что ведет к очередному витку дезадаптации. В-третьих, это постоянные руминации и размышления, приближающиеся по своему характеру к обсессиям, которые также могут служить источником дезадаптации больных.

Когнитивная модификация (пересмотр отношения человека к тому или иному событию). Как было показано в ставших уже классическими исследованиях А.Бека и коллег [11], для больных с расстройствами аффективного спектра характерны специфические искажения мышления, которые и являются причиной эмоциональных нарушений. Проблемные ситуации оцениваются больными не реалистично, а искаженно; зачастую используются защитные механизмы рационализации, препятствующие активному разрешению жизненных трудностей.

Согласно концепции Дж.Гросса, под модуляцией ответа понимается прямое и непосредственное воздействие на физиологические и поведенческие проявления эмоций. Одной из наиболее неадекватных форм модуляции ответа, используемой больными с тревогой и расстройствами настроения, является использование психоактивных веществ, которые дают кратковременный эффект редукции отрицательных эмоций. В качестве примеров можно привести бензодиазепиновые зависимости у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами [12], а также различные формы алкоголизма и наркоманий у депрессивных больных [13].

### Литература

1. Shenal, B.V., Harrison, D.W., & Demaree, H.A. (2003). The neuropsychology of depression: A literature review and preliminary model. *Neuropsychology Review*, 13 (1), 33-42.
2. Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью» (нейропсихологическое исследование). Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000
3. Психоанализ депрессии / Под ред. М.М. Решетникова. СПб., 2005.



4. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестник МГУ, сер. 14 Психология, № 2, 1999.
5. Campbell-Sills, L., & Barlow, D.H. (2007) Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders // Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
6. Gross, J. J. (Ed.) (2007). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
7. Драгунская Л.С. Мотивация, социальная поддержка и депрессия // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1987, № 9.
8. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д.Барлоу. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008.
9. Wegner, D. M., Schneider, D.J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression, Journal of Personality and Social Psychology, 52, 5-13.
10. Tolin D., Abramowitz J., Przeworski A., Foa E. (2002) Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy., 40, 1255–1274.
11. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003
12. Sbrana, A., Bizzarri, J.V., Rucci, P., Gonnelli, G., Doria, M.R., Spagnoli, S., et al. (2005). The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders. Comprehensive Psychiatry, 46, 6-13.
13. Kessler, R.C., Chin, W.T., Dernier, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 617-627.

### **Особенности памяти при нормальном и нарушенном развитии в детском возрасте**

*Полихова Юлия Михайловна*

*студентка*

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

*E-mail: yuti@mail.ru*

**Введение.** Знаниям о психологических особенностях детей всегда придавалось огромное значение. Особого внимания требуют к себе дошкольный возраст, когда детский организм подвержен влиянию многих факторов, и любое промедление в своевременной диагностике и начале коррекционной работе может привести к тому, что ребенок оказывается неуспевающим учеником. Детская нейропсихология располагает рядом исследований посвященных изучению отдельных психических функций детей, в том числе и памяти. Однако, многие аспекты нуждаются в дальнейшем изучении в связи с расширением возможностей коррекционных программ в условиях системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития ребенка. Одним из наиболее актуальных направлений научных исследований является продолжение изучения особенностей памяти, играющей ключевую роль в познавательной деятельности человека и, соответственно, в его обучении. Представленная работа является обзором литературы посвященной проблеме изучения памяти в детском возрасте, и несет в себе определенный теоретический потенциал, который может помочь в поиске путей дальнейших исследований.

**Цель работы.** Охарактеризовать особенности памяти при нормальном и нарушенном онтогенезе.

**Результаты.** Память представляет собой процесс сохранения информации о раздражителе после прекращения действия раздражителя. Основные характеристики памяти: длительность формирования следов, их прочность и продолжительность удержания, объем запечатленного материала, точность его считывания, особенности воспроизведения. Мнестическая деятельность обеспечивается сложной системой

совместно работающих отделов мозга, причем каждый из этих отделов вносит свой вклад в эту сложную деятельность.

Память ребенка отличается большей пластичностью, что создает благоприятные условия для быстрого пассивного запечатления и его легкого забывания. Развитие памяти ребенка выражается в том, что: увеличивается объем запоминаемого; нарастает полнота, системность, системность и точность воспроизводимого материала; удлиняется скрытый (латентный) период; запоминание все чаще опирается на смысловых связи, что обеспечивает ученику возможность свободно оперировать приобретенными знаниями в разного рода задачах; память приобретает произвольный характер. Развитие произвольной памяти обеспечивается расширяющимися возможностями самостоятельной разнообразной деятельности ребенка и все более активным его включением в разные виды общения с взрослыми и сверстниками. Непроизвольное запоминание продолжает сохранять свое значение. В зависимости от разных задач этот вид памяти оказывается у ребенка иногда более продуктивным, чем волевая память.

При локальных поражениях мозга обычно выделяются 2 основных вида нарушения памяти: 1) модально-неспецифические нарушения - группа патологических явлений, не однородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление стимулов любой модальности и связано с нарушением разных уровней срединных неспецифических структур мозга и повышенной реминисценцией следов; 2) модально-специфические нарушения – которые связаны с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся к одному анализатору.

К особенностям памяти при дисфункции мозговых структур относятся:

- при поражении дизэнцефального уровня – нарушение кратковременной памяти, усиление действий механизмов интерференции.

- при поражении медиальных и базальных отделов лобных долей мозга- нарушения кратковременной памяти, повышение интерференции следов, расстройство семантической памяти, страдают процессы опосредованного запоминания.

- при поражении анализаторных систем мозга- нарушения слухоречевой памяти зрительно-речевой памяти (преимущественно при поражении левого полушария), а также амузии, агнозия на лица, нарушения зрительно-пространственной памяти (преимущественно при поражении правого полушария ГМ).

У детей с отклонениями в развитии (с задержкой психического развития) память развита лучше, чем у умственно-отсталых детей, имеющих органические поражения мозга. Но она уступает памяти здоровых детей, обучающихся в общеобразовательной школе. Дети с отклонениями в развитии лучше запоминается зрительно предъявленный неречевой материал. По продуктивности произвольного запоминания дети с ЗПР занимают промежуточное положение между здоровыми и детьми с УО.

Общие недостатки механической памяти детей с ЗПР: заметное по сравнению с нормой снижение результативности первых попыток запоминания; несколько большее количество попыток, необходимых для заучивания материала (медленное нарастание продуктивности запоминания) ; сниженной объем запоминания; повышенная тормозимость следов побочными воздействиями; нарушения порядка воспроизводимых словесных и цифровых рядов; несколько более низкий (на 2-3 года) уровень продуктивности памяти по объему и качеству на протяжении школьного возраста; сниженная помехоустойчивость при запоминании.

### Литература

1. Борякова Н.Ю. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. М.,2003.
2. Киященко Н.К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. М: Изд-во МГУ,1973.
3. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М.,1985

4. Рубенштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1979.

### **Индивидуальные особенности внутренней картины болезни у кардиологических больных с разными латеральными профилями**

*Полторецкая Елена Николаевна* \*

*магистр*

*Белгородский государственный университет, Белгород, Россия*

*E-mail: 1700018v@mail.ru*

#### **Введение**

Изучение внутренней картины болезни представляется важным в силу того, что субъективная сторона заболевания не отделима от самой болезни. В клинической психологии пока отсутствуют работы, освещающие проблему субъективной стороны внутренней картины болезни с учетом особенностей функциональных асимметрий.

Подход к проблеме внутренней картины болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда, с позиций нейропсихологии индивидуальных различий (Е.Д.Хомская, В.А.Москвин, 2002) представляется теоретически обоснованным и целесообразным в целях практического использования полученных данных для повышения эффективности лечебного процесса и проведения адекватных реабилитационных и психокоррекционных мероприятий.

#### **Методика**

С целью изучения особенностей внутренней картины болезни кардиологических больных нами было проведено исследование, в котором приняли участие 25 больных перенесших инфаркт миокарда и 25 практически здоровых испытуемых (мужчины в возрасте от 34 до 69 лет (средний возраст – 53 года), имеющих высшее или среднее специальное образование).

Латеральные особенности испытуемых определялись с помощью «Карты латеральных признаков», включающей в себя критерии парциального доминирования по А.Р. Лурия (1969). Особое внимание при анализе полученных данных обращалось на показатели асимметрии пробы А.Р. Лурия «перекрест рук», которые могут служить индикатором парциального доминирования контрлатеральных лобных отделов и асимметрии третьего блока мозга (N. Sakano, 1982, В.А.Москвин, 2002 ). Использовались также следующие методики: «16-ФЛЮ» Р. Кеттелла (форма А), JAS-Jenkins Activity Survey (Дженкинса поведения обозрение), личностный опросник НИИП им. В. М. Бехтерева (ЛОБИ), а также методики, определяющие особенности переживания времени и временные ориентации (Е.И. Головаха, А.А. Кроник, 1984).

#### **Результаты исследования**

По показателю пробы А. Р. Лурия «перекрест рук» отмечено преобладание левого показателя этой пробы в группе кардиологических больных (60%; в контрольной группе – 50%).

Показатель шкалы «ориентация на будущее» оказался выше в подгруппе испытуемых с правым доминантным локтем (9.2 б.; в подгруппе с левым доминантным локтем – 6.9 б.;  $p < 0.05$ ). Ориентация на прошлое больше выражена в подгруппе испытуемых с левым показателем пробы А. Р. Лурия «перекрест рук» (6.9; в подгруппе с правым показателем этой пробы – 5.07;  $p < 0.022$ ).

По результатам проведения методики «16-ФЛЮ» Р. Кеттелла получены следующие данные. Испытуемым с левым доминантным локтем (парциальное доминирование правых лобных отделов) больше свойственны тревожность,

---

\* Автор выражает признательность профессору, д.псих.н. Москвину В.А. за помощь в подготовке тезисов.

озабоченность, склонность к мрачным раздумьям и чувству вины (по сравнению с испытуемыми с правым доминантным локтем). В подгруппе испытуемых с левым доминантным локтем достоверно чаще встречаются сенситивный и паранояльный типы внутренней картины болезни (то есть типы с интерпсихической направленностью дезадаптации отношения к болезни (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс, 1983; Е. Б. Чалая, 2000) - 40 %; в подгруппе с правым доминантным локтем - 10 % ( $p < 0,004$ ). В подгруппе испытуемых с правым доминантным локтем достоверно чаще встречаются гармоничный и эргопатический типы внутренней картины болезни (то есть типы с социально адаптивной направленностью отношения к болезни) - 30 %; в подгруппе с левым доминантным локтем – 6.67% ( $p < 0.014$ ).

Между выделенными группами с разными типами отношения к болезни отмечены некоторые различия. Испытуемые с интрапсихической направленностью дезадаптации отношения к болезни (тревожный, ипохондрический, неврастенический, обсессивно-фобический, эйфорический типы внутренней картины болезни) характеризуются большей чувствительностью, мягкостью, неуверенностью в себе (по сравнению с испытуемыми с интерпсихической направленностью дезадаптации отношения к болезни (сенситивный и паранояльный типы внутренней картины болезни). Кроме того, этим испытуемым больше свойственны тревожность, озабоченность, склонность к мрачным раздумьям и чувство вины (по сравнению с группой испытуемых с интерпсихической направленностью дезадаптации отношения к заболеванию). Они обнаруживают наибольшую (в данной выборке) степень выраженности тревожности (то есть высокие значения по фактору «О» в методике 16-ФЛО Р.Кеттела). Несколько меньшую тревожность демонстрируют испытуемые с сенситивным и паранояльным типами внутренней картины болезни. Уже упоминалось, что эти типы характеризуются интерпсихической направленностью дезадаптации отношения к болезни. Минимальная (в данной выборке) тревожность обнаруживается у испытуемых с эргопатическим и гармоничным типами внутренней картины болезни.

В результате проведенного исследования были выявлены индивидуально-психологические особенности кардиологических больных, которые отличают эту категорию испытуемых от здоровых. Также выявлены индивидуальные особенности типов внутренней картины болезни кардиологических больных, которые могут рассматриваться как один из факторов риска развития инфаркта миокарда и формирования того или иного типа внутренней картины болезни. Все это может быть использовано в целях дифференциальной диагностики и для правильного построения психокоррекционной работы с больными, перенесшими инфаркт миокарда.

Одним из направлений дальнейшего изучения проблемы может стать уточнение структуры латеральных признаков (особенностей латерального фенотипа) в выборке кардиологических больных. Возможно, также углубление сведений о связях латеральных особенностей с индивидуально-психологическими характеристиками и типами внутренней картины болезни кардиологических больных. Существует перспектива проведения подобных исследований и в отношении больных других нозологий (как в соматической клинике, так и в малой психиатрии).

#### Литература

1. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. - Киев: Наукова думка, 1984. - 207 с.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга (2-е изд.). - М.: Изд-во МГУ, 1969. - 504 с.
3. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. – М.: Изд-во МГУ, 2002. – 288 с.
4. Sakano N. Latent left-handedness. Its relation to hemispheric and psychological functions.- Jena: Gustav Fischer Verlag, 1982. - 122 p.

## **Влияние на коммуникативное развитие ребенка с задержкой психического развития микросоциальной среды**

**Пядышева Тамара Геннадиевна**

*молодой ученый*

*Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина, Тамбов, Россия*

*E-mail: priem\_psy@tsu.tmb.ru*

В исследованиях по проблемам социального развития детей с задержкой психического развития (ЗПР) отмечается их отставание в коммуникативном развитии. На разных возрастных этапах у них снижена потребность в общении, доминирует прагматическая направленность общения со взрослым, отмечается недостаточный уровень владения речевыми и неречевыми средствами общения с окружающими, что затрудняет процесс межличностного взаимодействия и подталкивает детей к аффективным проявлениям в коммуникациях, нарушает их социальную адаптацию (О.К. Агавелян, М.Г. Агавелян, Д.И. Бойков, Е.Г. Злобина, Л. В. Кузнецова, В.Г. Петрова, Е.И. Разуван, Е. Слепович, Р.Д. Тригер). При этом нередко делается оптимистический прогноз; формирование ребенка с ЗПР как субъекта коммуникативного развития может быть подчинено целенаправленной коррекции (О.К. Агавелян, М.Г. Агавелян, Д.И. Бойков, Е.И. Разуван).

От общения в семье во многом зависит развитие коммуникативного, перцептивного и интерактивного компонентов общения. Положительный опыт взаимодействия с родителями способствует формированию адекватных коммуникативных навыков, нравственных качеств у ребенка. Лишение ребенка любви и участия взрослого, в том числе эмоциональная и материнская депривация, с утратой содержательного общения приводит к дезинтеграции внутриличностной и внешней коммуникации. Отрицательные эмоциональные состояния, аффекты негативным образом сказываются на формировании коммуникативных навыков, приводят к искажению представлений о взаимоотношениях между людьми, к отрицанию преимущества совместных игр и занятий.

Изучение эмоциональных контактов дошкольников с задержкой психического развития со взрослыми и сверстниками показало, что такие контакты не способствуют развитию коммуникативных качеств личности. Эмоциональное отношение этих детей к близким взрослым имеет свои особенности, проявляющиеся в процессе самореализации ребенка в общении. Дети с задержкой психического развития в большей степени ориентированы на авторитет взрослого, который не всегда внимателен к индивидуальным особенностям ребенка, не относится к ребенку как развивающейся личности. Родители порой неадекватно оценивают поступки детей, что приводит к нравственной дезорганизации их поведения: одобрения чаще всего однотипны; порицания содержат осуждение индивидуальных особенностей ребенка, сопровождаются угрозами и наказаниями. Отсутствие постоянных требований ослабляет самоконтроль ребенка при проявлении его индивидуальных личностных качеств, не позволяет прогнозировать последствия своих действий для окружающих, нивелируя эффект аттракции. Негативный опыт взаимодействия с родителями приводит к постоянным отрицательным эмоциональным переживаниям детей, дезорганизуя процесс приобретения ими социальных навыков.

Социальная практика, приобретаемая в полной семье с гармоничными отношениями между родителями и детьми, благоприятствует увеличению сферы общения ребенка. Неполная семья, конфликтные, асоциальные семейные отношения замедляют формирование коммуникативных навыков, ограничивают возможности самореализации личности в общении

Приобретаемый в дошкольном и младшем школьном возрасте негативный семейный опыт закрепляется в виде социально-культурных навыков взаимодействия с окружающими людьми, устранение которых требует длительной психологической коррекции. Изучение особенностей общения детей с задержкой психического развития, в том числе его вербального и невербального компонентов, формирования коммуникативных навыков в зависимости от социальных условий развития (семья, детский дом), разработка концепции дизонтогенеза общения позволит решать практические вопросы их социализации в современном обществе.

Развитие речи, коммуникативной деятельности и коррекция их недостатков предполагает:

целенаправленное формирование функций речи (особенно регулирующей, планирующей);

создание условий для овладения ребенком всеми компонентами языковой системы: развитие фонетико-фонематических процессов, совершенствование слоговой структуры слова, лексико-грамматического строя речи, формирование навыков построения развернутого речевого высказывания; формирование предпосылок для овладения навыками письма и чтения;

стимуляцию коммуникативной активности, создание условий для овладения различными формами общения: обеспечение полноценных эмоциональных и деловых контактов со взрослыми и сверстниками, стимуляцию к внеситуативно - познавательному и внеситуативно - личностному общению.

### Литература

1. Васильева Е.Н. Формирование эмоционального отношения к близким взрослым у старших дошкольников с задержкой психического развития в зависимости от характера отношений в семье//Шестилетние дети: Проблемы и исследования/Под ред. У.В. Ульенковой, Н.А. Цыпиной, Е.Е. Дмитриевой. – Н.Новгород, 1993.
2. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986.
3. Лурия А.Р. Роль речи в психическом развитии ребенка//Вопросы психологии. 1958. № 5.
4. Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия/Сост. О.В. Защирина. – СПб. 2003.
5. Ульенкова У.В. Дети с задержкой психического развития. – Н. Новгород, 1994.

### Своеобразие ценностно-мотивационной сферы личности девиантных подростков

*Сандлер Татьяна Сергеевна*

*аспирантка*

*Сургутский государственный университет, Сургут, Россия*

*E-mail: santa\_cc@mail.ru*

### Введение

Подростковый период, являясь переходом от детства к взрослости, подвержен разнообразным негативным влияниям социальных факторов, приводящих к постоянному риску криминализации. Как показывает практика специальных заведений закрытого типа, подростки, уже однажды совершившие правонарушения, понесшие за это наказание и вернувшиеся к обычной жизни, вновь становятся правонарушителями. Актуальной является проблема психологически обоснованной поддержки подростков, профилактике отклоняющегося поведения у таких детей для снижения риска их повторного вхождения в среду правонарушителей.

При наличии сформировавшегося отклоняющегося поведения у подростков часто используются формы работы, направленные на освоение ими в основном

операционально-технических аспектов социально желаемого поведения. Такой подход представляется малоэффективным, поскольку часто не предполагает становления глубоких «реальнодействующих» мотивов организации социально приемлемой деятельности у самого подростка. Это предопределяет необходимость поиска средств и способов исследования ценностно-мотивационной сферы девиантных подростков для последующего направленного психологического воздействия, поддержки процесса становления системы долговременных социально желаемых мотивов и позитивных жизненных ценностей. Дефицит соответствующих разработок обуславливает новизну предлагаемого исследования.

### Методы

Методологической основой нашего исследования выступили культурно-историческая и деятельностная парадигмы, сложившиеся в отечественной психологии благодаря трудам Л.С. Выготского, П.Я. Гальперина, В.В. Давыдова, Д.Б. Эльконина, А.Н. Леонтьева, Б.С. Братуся. Структура исследования включала пре- и пост-тестовую диагностику ценностно-мотивационной сферы подростков, а также проведение авторского обучающего курса «План жизни», задачей которого являлась поддержка процесса развития позитивных социальных ориентаций подростков и социально приемлемых мотивов организации своей жизни. Пре- и пост-тест осуществлялся с помощью комплекса методик («Ценностные ориентации» Рокича, «Тест фрустрации» Розенцвейга, мотивационный тест Хекхаузена, тест юмористических фраз, опросник эмоциональных и поведенческих отклонений, самооценка, уровень притязаний и контент-аналитическое исследование сочинения).

### Результаты

В результате исследования были выявлены выразительные особенности ценностно-мотивационной сферы личности подростков. Так, например, в пре-тесте выявилось непосредственное откровенное отождествление с ценностями асоциальной среды и доминирование деструктивных мотивов; поведение подростка в затруднительных ситуациях подчинено импульсивным порывам, а не долговременным целям; характерной была демонстрация социально приемлемых мотивов без их реального внутреннего содержания; отсутствие подчинения средств поведения испытуемых поставленным перед ними целям; низкая социальная гибкость; наличие компенсаторных защитных процессов; преобладание ориентировки на собственную эгоистическую позицию, а не на социально-нормативные правила. В структуре мотивационной сферы подростков отмечается наличие недифференцированных мотивов и поверхностный характер осмысления понятий. Такая ситуация является благоприятной для возникновения доминанты интересов девиантной направленности. На глубину дефекта указывает доминирование мотивов отклоняющегося поведения по сравнению с интересами, связанными с ведущим типом деятельности подростков.

Результаты пост-теста после проведения курса обучающих занятий «План жизни» позволили установить, что у большинства подростков в противовес преобладавшим прежде стремлениям деструктивной направленности сформировалось доминирующее ядро социально приемлемых мотивов.

Пре-тест	Пост-тест	Пре-тест	Пост-тест
ЭГ	ЭГ	КГ	КГ
1,9	3,7	2,4	2,2

*Таблица 1. Средние показатели результатов в условных баллах по группе методик: («Тест фрустрации» Розенцвейга, мотивационный тест Хекхаузена, опросник эмоциональных и*

*поведенческих отклонений и контент-аналитическое исследование сочинения).*

Несмотря на положительный результат экспериментального исследования, необходимо подчеркнуть поверхностный характер позитивного эффекта обучения. Участие в эксперименте позволило оформить у подростков социально желательную систему взаимодействий с психологом на занятиях, помогло оформлению «знаемых», но

не «реальнодействующих» мотивов. Об этом свидетельствовали данные о дальнейшей жизни воспитанников, полученные на основе карт наблюдения представителями социально-психологической службы школы закрытого типа.

Результаты позволяют сделать вывод о том, что проведенное нами исследование ценностно-мотивационной сферы подростков на основе широко распространенных методик затрагивало осознание ими собственных мотивов в микро-ситуациях взаимодействия с взрослым в частных искусственных ситуациях, далеких от жизни подростков. В этих ситуациях подростки быстро ориентировались в социально одобряемых вербальных средствах выражения намерений, стремлений, ценностных установок. Психологам для работы с наиболее сложным контингентом подростков необходимо найти средства и способы изучения интегральной динамики ценностно-мотивационной сферы личности на длительных по масштабу фрагментах жизненного пути подростков. Это, в частности, такие новообразования, как ценности и способы постановки субъектом «целей развития», принятие им ответственности за стратегические «задачи развития» собственного потенциала.

Для организации эксперимента такой психологической глубины необходимо изменить принципы организации обучающего курса. Следует обращаться к содержательной интерпретации активности субъекта, направленной на собственное полноценное самоосуществление и самосовершенствование в практике жизни подростков.

### Литература

1. Братусь Б.С. / Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988.
2. Выготский Л.С. Проблема возрастной периодизации детского развития, с. 114 – 123 // Вопросы психологии, № 2, 1972.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д. Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
4. Змановская Е.В. / Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. ВУЗов. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
5. Лебединский В.В. «Нарушение психического развития у детей. Учебное пособие», - М.: Издательство Московского Университета, 1985.
6. Неймарк М.С. О соотношении осознаваемых и неосознаваемых мотивов в поведении, характеризующих направленность личности подростка // Психология личности.- М.:Вопросы психологии,2003.-С.60-66.
7. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. Проблемы возрастной и педагогической психологии: Под ред. Д. И. Фельдштейна / Вступ. статья Д. И. Фельдштейна. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 224 с.

### Онокологическое заболевание как фактор трансформации смысловой сферы личности

**Селин Александр Владимирович**

*аспирант*

*E-mail: selin\_psy\_alex@mail.ru*

**Сотников Владислав Андреевич**

*студент*

*E-mail: lifastraton@yandex.ru*

*Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*



В последние десятилетия в мире резко возросло количество людей страдающих онкологическими заболеваниями. По мнению многих психологов (А.Ш.Тхостов, Н.Г.Кошуг, А.В.Гнездилов, В.Н.Герасименко) проблема человека находящегося в ситуации онкологического заболевания должна рассматриваться не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая. Тяжесть и негативный миф заболевания в обществе приводит к тому, что происходит разрушение привычной деятельности, установок и отношений личности. Человек оказывается в ситуации «... невозможности жить, реализовывать внутренние необходимости своей жизни» (Василюк Ф.Е.), в ситуации кризиса, как процесса смысловой динамики, направленный вектор от рассогласованной, в виду болезни, системы смыслов к согласованию смысловой сферы личности в контексте целостного жизненного пути личности. Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» (Гнездилов А.В.)

Мы предполагаем, что онкологическая патология приводит к изменению смысловой сферы личности. Для проверки данного предположения нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого являлось изучение особенностей влияния онкологической патологии на смысловую сферу личности. Гипотеза нашего исследования – онкологическая патология, сужает и деформирует смысловую сферу личности.

Для изучения смысловой сферы мы использовали: тест «Смыслжизненные ориентации» Д.А.Леонтьева; методику «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой. А также процедуру «Линия жизни», суть которой в том, что испытуемым предлагается изобразить «линию своей жизни», отмечая на ней события прошлого, настоящего и будущего, и оценивая их согласно предложенной шкалы от +5 до -5, используя данный прием можно оценить особенности переживания настоящего момента и преобладающую временную ориентацию;

При планировании данного исследования был использован экспериментальный план *ex-post-facto*. В исследовании приняло участие 40 испытуемых. Экспериментальную группу составили пациенты онкологического диспансера находящиеся на амбулаторном лечении со стажем заболевания до 3-х месяцев,  $n=20$ . Контрольную группу составили практически здоровые люди,  $n=20$ . Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0, с использованием критерия U-Манна-Уитни.

В процессе статистической обработки полученных в ходе исследования данных, были получены следующие результаты.

Переживание настоящего, по линии жизни, момента в группе онкологических больных имеет более негативную окраску, чем в группе здоровых испытуемых ( $p=0,0007$ ). Осмысленность жизни в группе онкологических больных ниже, чем в группе здоровых ( $p=0,0274$ ). В группе онкологических больных преобладает интернальный локус-контроль жизни ( $p=0,018$ ). Так же были получены различия на уровне статистической тенденции, свидетельствующие о том, что в группе онкологических больных жизненные цели представлены менее чётко, чем в группе здоровых испытуемых ( $p=0,0742$ ).

Таким образом, в результате проведенного эмпирического исследования мы получили данные, свидетельствующие о том, что люди, страдающие онкологической патологией, имеют изменённую смысловую сферы, это подтверждается тем, что, настоящее воспринимается как негативное, лишённое смысла, фрустрирующее удовлетворение потребностей, при этом нарушается процесс целеполагания. Преобладание интернальности в группе онкологических больных свидетельствует о том, что обширная зона психической активности сфокусирована на страдании, осуществляется «деятельность переживания», необходимая для формирования новой

внутренней позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности.

### Литература

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб., 2001.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 1984;
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2007;
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е, исправленное издание. М., 2003;
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1984;
6. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. М., 2004;
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

### Формирование геджит-аддикции у молодежи

*Смирнов Петр Львович*

*студент*

*Иркутский государственный университет, Иркутск, Россия*

*E-mail: vonrims@bk.ru*

Аддиктивное поведение сегодня является проблемой подавляющего большинства населения развитых стран. Мы часто вспоминаем о свободах юридических и политических, почти не уделяя внимания свободе душевной, психологической, то есть свободе от зависимостей.

Современная жизнь человека немислима без технических устройств. И приборы завоевывают ее все стремительнее. Мы радуемся тому, с какой быстротой это происходит, но не всегда замечаем, что скорость модернизации жизни превосходит интенсивность формирования потребности в том, что нам предлагают. Скорость нашей мысли не успевает за быстротой предложения все новых и новых устройств. Получается, что мы «придумываем, зачем это нам», только когда видим новые приборы, сияющие во всем великолепии. И случается так, что мы начинаем использовать технические устройства, потому что это модно, потому что «они уже есть в магазине и их купил сосед».

Одним из таких приборов является мобильный телефон. Он особенно популярен для молодежи. Он стал спутником практически каждого человека. Сейчас сложно найти того, кто не имеет сотового телефона. Все больше людей, которым мобильный телефон заменяет плеер, радио, калькулятор, блокнот, органайзер, фотоаппарат, фотоальбом и т.д. Манипуляции с телефоном все меньше предназначены для общения и все больше похожи на «игру с конструктором». И функции, которые снова и снова предлагают производители, нарастают как снежный ком.

Зависимость от мобильного телефона – это зависимость, при которой мобильный телефон создает иллюзию доступности для контакта, модернизирует функцию взаимодействия. Отгороженный от людей человек использует телефон как суррогат борьбы с одиночеством. Человек одинок, но он всегда на связи; он не готов к открытому общению, испытывает проблемы в отношениях, но он «в зоне действия сети», «доступен для контакта». Ему не к кому прикоснуться, но в руках всегда красивая игрушка, кнопки которой так и приглашают к нажатиям. Одиночество «смазывается» избытком функций телефона, которые «улучшают общение, придавая ему небывалые возможности».

Как же так получается, что человек попадает в зависимость? Каким образом формируется зависимость? И как избежать этого? Как избавиться от зависимости, если избежать не удалось? Ответив на эти вопросы, мы сможем бороться с зависимостью, сможем ей противостоять.

Нами было проведено исследование с использованием разработанной нами анкеты. Выборка составила 60 человек, молодые люди в возрасте от 20 до 28 лет, в большинстве случаев – студенты, современная молодежь, которые пользуются мобильным телефоном постоянно больше года.

Результаты исследования дают основания сделать следующие выводы:

Формирование геджит-аддикции у молодежи обладает следующими особенностями:

Формированию зависимости от мобильного телефона способствуют компании, занимающиеся разработкой мобильных телефонов, совершенствуя мобильные телефоны и добавляя все новые и новые функции; мобильные операторы, занимающиеся разработкой тарифных планов и дополнительных возможностей.

Синдром психической зависимости формируется не напрямую от телефонного аппарата, а от функций, содержащихся в нем

Синдром физической зависимости формируется непосредственно от физической близости с телефонным аппаратом.

Мы выделили следующие признаки, свойственные зависимости от мобильного телефона:

Предпочтение общения при помощи мобильного телефона (SMS, MMS) живому общению;

Восприятие телефона как атрибута успешности и престижа;

Стремление постоянно быть «на связи», страх пропустить звонок. Ощущение некоторого дискомфорта при отсутствии звонков и SMS в течение 1-2 часов.

Выраженный дискомфорт, тревога при отсутствии связи. Восприятие утраты или порчи мобильного телефона как значимой жизненной утраты.

Возрастание бессодержательных звонков, SMS, имеющих целью не получение или передачу информации, а манипуляции с телефоном.

Склонность использовать телефон не для общения. Стремление применить мобильный телефон для различных видов деятельности, в том числе не связанных с общением напрямую. Освоение новых функций, не связанных с общением.

Необходимость постоянного физического контакта с сотовым телефоном, чувство комфорта при прикосновении к нему и дискомфорта при разрыве непосредственного контакта (постоянное ношение в руках, на теле, манипуляции с кнопками).

Занятия с телефоном занимают все больше времени в ущерб другим видам деятельности.

Постоянные и возрастающие затраты на усовершенствование телефона, приобретение новых моделей без объективных причин. Наличие нескольких телефонов и тарифных планов без необходимости. Возникновение личных и профессиональных проблем в связи с избыточными затратами на обслуживание и модернизацию.

Лживость относительно затрат, связанных с обслуживанием телефона.

Нет сомнений, что мобильная связь современна, удобна и, в настоящий момент, просто необходима. Однако, важно помнить, что существует два варианта использования мобильного телефона. Первый – обычный, когда мобильный телефон предназначен для связи, общения, то есть по прямому назначению. Люди, в этом случае, видят в телефоне лишь вспомогательное устройство, нужное для дела. Это совершенно нормальный, здоровый вариант использования. И второй вариант – зависимый. В этом случае, мобильный телефон сам по себе является «устройством, необходимым для жизни», «частью человека». Человек использует его не только и не столько для общения, сколько сам по себе. То есть, он общается с телефоном. Такое взаимодействие с коммуникатором принимает все более сложные и опосредованные формы (sms, mms и т.д.), а телефон становится средством имиджа, удовольствия, игры и т.д. Человек видит в нем устройство, необходимое для получения радости. В этом случае стоит реально

оценить свое состояние и задуматься над тем, не стоим ли мы на пороге формирования геджит-аддикции.

### Литература

1. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. СПб.;М.-1998.
2. Котляров А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: Человек зависимый. – М.: Психотерапия, 2006.
3. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. М. – 1998.
4. Психология зависимости: Хрестоматия/Сост. К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2005.

### Сравнительное исследование речевых антиципаций на уровнях идиолексикона и смысловых гипотез

*Солобутина Марина Михайловна*

*молодой ученый*

*Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет, Казань, Россия*

*E-mail: solomarina82@mail.ru*

В настоящее время в лингвopsихологии можно считать установленным участие механизмов вероятного прогнозирования и антиципации в организации речевого поведения индивида. Для наиболее глубокого понимания различных психических явлений в психологических исследованиях часто используется их сопоставление в норме и патологии. В связи с адаптивно-дезадаптивным психологическим характером антиципации, наблюдаемым при невротогенезе, необходимым является рассмотрение вероятностных особенностей психических процессов. Известно, что антиципационная (прогностическая) несостоятельность отражается на перцептивных, мнестических и мыслительных процессах больных с невротическими расстройствами, однако, неизученной остается специфика речевого прогнозирования при данном заболевании.

Тезисы данного доклада раскрывают результаты сравнительного исследования речевых антиципаций на уровне вероятностной организации языкового опыта и при смысловом восприятии речи.

Целью исследования явилось изучение неадекватного речевого прогноза и его проявлений на уровнях идиолексикона и смысловых гипотез при невротических расстройствах. В качестве гипотезы исследования было выдвинуто предположение о том, что нарушения речевого прогнозирования, наблюдаемые у больных с невротическими расстройствами, вызвано их антиципационной несостоятельностью.

Выборку исследования составили 200 испытуемых. В экспериментальную группу вошли 100 больных с невротическими реакциями и состояниями. Контрольная группа была сформирована из 100 психически здоровых людей, у которых в течение жизни не отмечалось невротических симптомов. В качестве инструментов исследования речевой деятельности, которые позволили бы рассматривать субъективный прогноз как единственный фактор, определяющий поведение, были выбраны: методика восстановления зашумленных слов, экспериментальная методика по получению субъективных частотных оценок слов, методика заполнения фразового пробела.

Результаты изучения речевого прогнозирования при невротических расстройствах демонстрируют существенные отклонения по этому показателю в сравнении с психически здоровыми лицами ( $p \leq 0,01$ ).

Анализ процесса субъективного речевого прогноза больных с невротическими расстройствами позволил утверждать, что при данном заболевании нарушена не

статистическая организация единиц лексикона, а возможность оперировать ими в соответствии с психолингвистическими правилами, т.е. доступ к лексикону, основанный на процессах антиципации. Наблюдаемое несоответствие субъективной модели вероятностной структуры идиолексикона его объективной структуре при заболевании неврозом объясняется сбоями при построении субъективного прогноза в речевом поведении. Неадекватные антиципационные процессы в речевой деятельности больных с невротическими расстройствами имеют обратимый характер, а так как структура памяти у этих больных является сохранной, наблюдавшиеся в их поведении нарушения следует отнести за счет нарушений в работе блоков прогноза.

В норме, в связи с частотной организацией идиолексикона, при недостатке информации в речевой ситуации выбирается наиболее высокочастотное слово, порождаемые лучше и быстрее низкочастотных. У больных неврозами при необходимости актуализации единиц лексикона прогноз не подчинялся данной закономерности. Подбор речевых элементов не характеризовался превалированием ни высокочастотных, ни низкочастотных вариантов, а отличался значительной вариабельностью, что обусловило снижение их прогностических возможностей в речевой деятельности.

При изучении вероятностной организации идиолексикона больных с невротическими расстройствами был установлен факт несоответствия субъективных вероятностей речевых элементов их объективным вероятностям. Сущность расхождения в оценивании частот лексических единиц (слов) в норме и при невротических расстройствах заключается в ослаблении дифференциальной чувствительности при определении вероятности появления слов, относящихся к классам высокочастотных и низкочастотных, и, как следствие, дихотомическим, «полярным» типом мыслительной деятельности. Больные неврозами с речевой антиципационной несостоятельностью оказались способными определить направление вектора по признаку «часто - редко», т.е. оценить слово, как часто или редко используемое ими в речи. Ни один из испытуемых экспериментальной группы не оценил заведомо редкое слово как частое или, наоборот, частое как редкое. Но при решении вопроса, насколько оно является частым (редким), испытывали значительные трудности по сравнению со здоровыми индивидами. При актуализации вероятностной структуры идиолексикона больными с невротическими состояниями отмечалось завышение оценок частоты употребления большинства частых слов и занижение вероятности появления в речи редких слов.

У больных с прогностической некомпетентностью наблюдается неадекватность функционирования антиципационных механизмов при смысловом восприятии речи и актуализации речевых связей, нарушение способности к вербализации субъективного семантического опыта. Характерный для них «синдром семантического опустошения» проявляется в виде трудностей извлечения из семантического пространства слов, сложностей дифференциации индивидуального лексического словаря и подбора адекватных лексических единиц. Испытуемые экспериментальной группы демонстрировали комплексность мышления, «застреваемость» в рамках одного круга понятий, значительное снижение критичности мышления, недостаточность аналитических операций, заторможенность и скачкообразность речемыслительных процессов, что, в свою очередь, привело к нарушениям семантических связей и, соответственно, к нарушениям речевого прогнозирования на уровне смысловых гипотез.

Сравнительный анализ показал, что контекстуальная обусловленность речевого сообщения усложняет процессы речевых антиципаций по сравнению с прогнозом при актуализации вероятностной структуры идиолексикона и требует более тонкой работы блоков прогноза, когда выдвижение и верификация смысловой гипотезы зависят от сочетаемости и грамматической регулярности лексических единиц. При попытке прогнозирования предстоящей речевой ситуации у больных неврозами часто появлялось множество вариантов предположительных ответов, при этом адекватные варианты

прогноза растворялись во множестве маловероятных прогнозов. При смысловом восприятии речи они актуализировали речевые гипотезы путем установления наименее вероятных семантических связей между лексическими единицами и, соответственно, предпочитали ответы, являющиеся маловероятными или неадекватными.

Таким образом, антиципационные способности оказывают влияние на адекватность функционирования антиципационных механизмов речевой деятельности. Индивиды с нормативным (нормовариантным) типом вероятностного прогнозирования демонстрируют прогностическую компетентность и в речевой деятельности. Наблюдаемые у больных с невротическими расстройствами антиципационная несостоятельность обнаруживается и при функционировании антиципационных механизмов речевого поведения, т.е. характерный для них моновариантный тип вероятностного прогнозирования сопровождается неадекватным субъективным прогнозом как на уровне вероятностной организации их идиолексикона, так и при смысловом восприятии речи.

### **Эгоцентрическая речь при нормальном и аномальном развитии**

*Толкачев Александр Владимирович*

*аспирант*

*Сургутский государственный университет, Сургут, Россия*

*E-mail: fox\_me@mail.ru*

Наша научная работа посвящена исследованию такого феномена как – эгоцентрическая речь (*private speech, egocentric speech, речь для себя*). Все эти понятия отражают лишь суть проблематики исследования и, на данный момент, трудно сказать, какой термин является наиболее правильным. В нашей работе мы будем придерживаться первоначального его названия – эгоцентрическая речь (далее ЭР). Под этим термином мы подразумеваем переходный этап в развитии речи и формировании такого важного звена как – внутренняя речь. Первоначальные дискуссии Пиаже и Выготского, открывают большое поле для деятельности в данной проблематике. При специальном анализе возможно выделить двойственность феномена ЭР. 1. Ж. Пиаже сделал уклон в понимании данного феномена со стороны внутренней речи – речи для себя (РДС); 2. Л.С. Выготский заметил другую сторону, социальный аспект – речь для другого (РДД). Основанием масштабной дискуссии выступило то, что авторы говорили о разных сторонах одного и того же объекта, исходя из принадлежности к той или иной теории. Тем не менее, мы считаем, что дискуссия между Пиаже и Выготским не была завершённой и по сей день требует ответа.

Следует обратить внимание, что в России в 2004 году насчитывалось более полумиллиона детей-инвалидов по разным заболеваниям (583 550 человек), из которых 17 процентов составляют дети-инвалиды с диагнозом «умственная отсталость». Диагноз «умственная отсталость» занимает четвертое ранговое место среди наиболее распространенных заболеваний у детей-инвалидов. Самый высокий процент детей-инвалидов с детства с нарушенным интеллектом (более 40 процентов) среди подобных детей зафиксирован наряду с другими 10-тью регионами в Ханты-Мансийском округе и Ямало-Ненецком округах. В настоящий момент количество детей с умственной отсталостью продолжает расти, что свидетельствует о необходимости прямого изучения данной проблемы и шагов непосредственного ее решения.

Наше исследование было направлено на решение ряда задач: 1) выявление феноменологии ЭР у детей с нарушениями в развитии; 2) прослеживание условий и причин возникновения ЭР, в частности, влияния другого ребенка на количество и характер ЭР; 3) изучение функций ЭР у детей с нарушениями в развитии; 4)

качественное и количественное сравнение ЭР у детей с нормальным и аномальным развитием.

Экспериментальные данные исследования генезиса ЭР при нормальном развитии (дошкольники, подростки) показали, что имеются две основные черты ЭР, которые и отличают ее от других видов речи: 1. появление ЭР при затруднении; 2. развертывание ориентировки во внешнем плане. Следовательно, ЭР – это вид речи, возникающий в проблемной ситуации и характеризующийся развертыванием субъектом ориентировки для решения поставленной перед ним задачи, с периодом первого появления на свет от 3 до 7 лет.

Важно подчеркнуть разнообразие функций ЭР: 1) планирование субъектом будущей деятельности; 2) сопровождение своей деятельности; 3) фиксация конечного результата или практической операции; 4) ритмизация деятельности; 5) выражение эмоционального отношения; 6) попытка привлечения к себе внимания; 7) развертывание своей ориентировки.

Наличие ЭР и ее коэффициент зависит от следующих параметров: 1) уровень интеллектуального развития; 2) уровень сложности предъявляемой задачи; 3) вид деятельности в контексте поставленной задачи (устный, письменный, манипулятивный); 4) наличие в обозримом поле возможного собеседника.

В исследовании было две группы испытуемых: 1 группа – 45 испытуемых (7-18 лет) с общим диагнозом умственная отсталость легкой степени, обучающихся в: специальной коррекционной школе VIII вида №1 (1 и 4 классы); специальной коррекционной школе-интернате VIII вида (10 класс) (далее дети группы особого развития); 2 группа – 45 испытуемых (7-18 лет) обычные дети школы-лаборатории №25 (1, 4 и 10 классы). Обе группы испытуемых делилась на возрастные подгруппы: 1, 4 и 10 классы. В целом, в исследовании приняло участие 90 человек.

Каждому испытуемому предлагалось решить по три творческих задачи (предметно-манипулятивное задание на творческое мышление, где прийти к решению можно лишь обходным путем). На каждую задачу испытуемому отводилось 10 минут (итого 30 минут на решение трех задач). Задачи предъявлялись последовательно с возрастающим уровнем сложности.

В результате исследования нам удалось подтвердить, что у детей с легкой степенью умственной отсталости наблюдается своеобразие ЭР – она выполняет функции более «примитивного характера» (выражение эмоциональной стороны, скандирование деятельности, ритмизация деятельности). Также мы выявили, что коэффициент ЭР у группы особого развития является более высоким, чем в группе обычного развития. В группах детей обычного развития наблюдалось уменьшение ЭР с увеличением возраста, а также изменение ее качества (преимущественно использовались короткие высказывания монологической речи или шепот).

У возрастных подгрупп 1-ых классов нормального развития и 1-ых, 4-ых и 10-ых классов аномального развития отсутствует произвольность при решении предъявляемых задач. Экспериментатор может напоминать инструкцию неоднократно, но испытуемые данных категорий все равно нарушают ее.

У этих же категорий испытуемых отсутствует ориентировочная схема и план действий. У испытуемых группы детей с нормальным развитием появляются зачатки инкубационного периода, рассматривание объекта задачи со стороны, с установлением паузы, но далее решение задачи происходит путем проб и ошибок. У испытуемых группы детей с аномальным развитием полностью отсутствуют какие-либо зачатки схемы ориентировочной деятельности. Решение происходит лишь путем проб и ошибок, испытуемые пытаются решить задачу прямым путем. В итоге, решение случайно, без осмысления и понимания. Повторное решение ставит испытуемого в тупик.

Наличие ЭР зависит от сложности предъявляемого задания. Чрезмерная сложность задач вызывает «ступор» у испытуемых.

Интересным остается изучение феноменологии данной проблематики на примере детей с аномальным развитием, имеющих нарушение на уровне речи или мышления. Они позволяют нам проследить и выявить те феномены, которые в группах нормального развития не удается заметить вследствие быстрого прохождения данного этапа. В разных видах аномального развития на разных возрастных этапах мы можем наблюдать новые феномены в застывшем виде, что дает возможность нам обращаться к ним для полного их раскрытия и переосмысления всего понимания ЭР.

Наши исследования ЭР открывают перспективы новых подходов к организации психолого-педагогической работы по развитию внутренней речи, а это путь к преодолению дефектов умственного развития.

### Литература

1. Вайзман, Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей / Н.П. Вайзман. Москва: Арграф, 1997.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь, М. Лабиринт / Л.С. Выготский, 1996.
3. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребенка / Ж. Пиаже, Москва «Педагогика-пресс», 1999.
4. Laura, E. Berk, Private speech: learning out loud; talking to themselves helps children integrate language with thought / E. Berk Laura. Режим доступа: <http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=5001684848>

### Особенности развития детей в условиях депривации

**Федорова Наталья Владимировна**

*молодой ученый*

*Омский государственный педагогический университет, Омск, Россия*

*E-mail: tashafed@mail.ru*

Изучение литературы по проблеме депривации позволяет выделить два существенных признака этого явления: а) частичное или полное лишение чего – либо жизненно важного; б) длительность протекания. Исходя из этого, мы определяем депривацию как психическое состояние, возникающее в результате таких жизненных ситуаций, когда субъекту не предоставляется возможностей для удовлетворения некоторых его основных психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

На наш взгляд, логично разделить депривацию в зависимости от области развития, которая может быть подвержена депривационному воздействию, таким образом, мы можем выделить депривацию физическую, когнитивную и психосоциальную.

Физическая [1,3,4,6,10] – это психическое состояние, возникшее в результате лишения или ограничения двигательной или стимульной активности индивида. Разновидностями физической депривации, можно считать: сенсорную и двигательную депривации.

Сенсорная депривация возникает в результате резкого ограничения количества сенсорных стимулов, их изменчивости и модальности. Как следствие – уменьшение информации или впечатлений поступающих от анализаторов в мозг. У ребенка появляется деструкция поведения: ухудшается его способность к установлению межличностных связей. Развиваются заторможенность, депрессия, апатия, которые на короткое время сменяются эйфорией, раздражительностью; отмечаются также нарушения памяти, ритма сна и бодрствования; могут нарушаться цветовое восприятие и восприятие глубины, происходит потеря временной ориентировки, развиваются иллюзии и галлюцинации. Чем жестче условия сенсорной депривации, тем быстрее нарушаются процессы мышления.



Двигательная депривация возникает вследствие резкого ограничения движений, например, у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. При двигательной депривации у детей наблюдается повышенный уровень тревожности, они становятся плаксивыми и обидчивыми, у них наблюдается психический регресс, возникает состояние депрессии. На первом месяце жизни младенцы проявляют беспокойство при ограничении движений. В условиях хронической гиподинамии развивается эмоциональная вялость, и компенсаторная двигательная активность – раскачивание тела из стороны в сторону, стереотипные движения руками, сосание пальцев. Эти движения быстро закрепляются и мешают прогрессивному развитию всей двигательной сферы.

Когнитивная депривация [2,5,11] вызывается слишком изменчивой, хаотичной структурой внешнего мира без четкого упорядочения и смысла, которая не дает возможность понимать, предвосхищать и регулировать происходящее извне. Таким образом, появление когнитивного типа депривации может быть связано с избыточным, неструктурированным стимулированием ребенка, когда он не успевает или не может сформировать определенные мыслительные схемы, например, в случае «накачивания» ребенка информацией, не свойственной его возрасту, обширной по объему. Также, когнитивная депривация имеет место в условиях, когда к ребенку предъявляют неадекватно завышенные или заниженные требования к знаниям при отсутствии удовлетворительных условий для учения.

Психосоциальная депривация [3,6,7,8,9] включает в себя: эмоциональную и социальную депривации.

Эмоциональная депривация, связана с недостаточной возможностью для установления интимного эмоционального отношения ребенка к какому-либо лицу или разрыв подобной эмоциональной связи, если таковая уже была создана.

Наиболее яркое выражение последствий эмоциональной депривации наблюдается у детей, находящихся в учреждениях интернатного типа. Так, сравнения детей из семьи и из воспитательных учреждений подтверждают худшее развитие у последних интеллекта, чувств и характера. Принципиальное значение здесь имеет отсутствие постоянного личностного отношения к ребенку. Степень отставания в развитии среднего ребенка из интернатных учреждений различна, она видоизменяется в зависимости от возраста детей, условий жизни в отдельных учреждениях и т.д. Например, дети, воспитывающиеся в данных учреждениях практически со своего рождения, отстают значительно больше, чем те дети, которые поступают в учреждение только в школьном возрасте.

Социальная депривация, обусловлена недостаточной возможностью наблюдения за дифференцированными моделями социальных ролей, для усвоения автономной социальной роли, разрывом широких социальных связей.

Социальная депривация проявляется в социальной и нравственной дезориентации индивида, его «психическом отчуждении», аддикциях, невозможности осваивать социально-одобряемые роли и высокие культурные ценности. У таких детей не формируются качества, необходимые для правильного восприятия окружающей действительности, угол зрения смещен в сторону негативных оценок реальности, пессимизма и отчаяния. Чем младше ребенок, тем тяжелее для него будет социальная изоляция. Установлено, что тот, кто перенес в детстве социальную депривацию, обычно продолжает испытывать недоверие к людям, к миру. Такие люди бывают завистливыми, чрезмерно критичными к другим, неблагодарными.

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод о том, что проблема влияния депривации на развитие детей, несмотря на накопленный опыт, по-прежнему остается актуальной, так как не все виды депривации изучены в достаточной мере, малоизученными остаются ее последствия, а самое главное - профилактика и коррекция. Потребность в таких знаниях особенно велика у воспитателей, учителей, врачей и других специалистов, работающих с детьми, выросшими в условиях депривации.

### Литература

1. Баншиков, В.М., Столяров, Г.В. Сенсорная изоляция // Невропатология и психиатрия. – 1959.- №9. - С. 14-17.
2. Бережнова, Л.Н. Предупреждение депривации в образовательном процессе: Монография. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000.- 186 с.
3. Лангмейер, Й., Матейчик, З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Мед. изд-во Авиценум, 1984. - 335с.
4. Лебедев, В.И. Личность в экстремальных условиях. – М., 1989. – 302 с.
5. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды. – М.: Просвещение, 1969. – 659 с.
6. Прихожан, А.М., Толстых, Н.Н. Психология сиротства. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.
7. Фурманов, И.А., Фурманова, Н.В. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2004.- 319 с.
8. Шипицина, Л.М. и др. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. – СПб., 1997. – 219 с.
9. Шпиц, Р. А. Психоанализ раннего детского возраста. – М.- СПб., 2001. – 159 с.
10. Щелованов, Н.М. Ясли и дома ребенка. Задачи воспитания. – М., 1960. – 278 с.
11. Gewirtz J.L. A Program of Research on the Dimensions and Antecedents of Emotional Dependence//Child Dev. - 1956.- № 27 - P. 205-221.

### Изучение мотивационного компонента готовности детей с нарушениями зрения к обучению в школе

**Чуткова Олеся Викторовна**

*молодой ученый*

*Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого, Тула, Россия*

*E-mail.ru: shusarskaya@mail.ru*

Проблема школьной адаптации рассматривается в тесной взаимосвязи с вопросами психологической готовности ребенка к школьному обучению (С. А. Бадоева, Г. Г. Кравцов, Е. Е. Кравцова, В. С. Мухина, В. А. Пермякова и др.). Психологическая готовность ребенка к школьному обучению, с одной стороны, является одной из важнейших предпосылок его успешной адаптации, а с другой – определяет этапы и содержание коррекционной работы в начальный период обучения. К сожалению, вопросы психологической готовности к школьному обучению детей с нарушениями зрения не нашли еще достаточного разрешения в экспериментальных исследованиях и рассматриваются эпизодически в контексте других проблем, причем характерной тенденцией является отсутствие единого понимания особенностей этого феномена, его составляющих и критериев относительно детей с нарушениями зрения.

Так, в большинстве исследований готовность детей к школе, в том числе, и детей с нарушениями зрения, определяется на основе выявления уровня развития психических процессов (мышления, восприятия, памяти, речи и т.д.), навыков чтения, письма, счета. Очевидно, что названные показатели в большей мере отражают интеллектуальную готовность ребенка к обучению, поскольку лишь констатируют факт овладения знаниями и навыками. Одним из важных показателей, по мнению Л. И. Божович, готовности к школьному обучению считается такое психологическое новообразование, как «внутренняя позиция школьника», выражающее стремление ребенка идти в школу и готовность выполнять школьные требования. Осознанная потребность в приобретении знаний и развитии своих способностей, собственно учебный мотив формируется в процессе школьного обучения и в мотивационной структуре дошкольников и начинающих школьников, как правило, отсутствует. Однако, говоря о мотивах учения в

структуре стартовой готовности к школе, мы имеем в виду те факторы, внешнего и внутреннего характера, которые побуждают деятельность ребенка, направленную на усвоение новых знаний, на данном этапе развития и которые могут служить основой для формирования собственно учебных мотивов.

В структуре мотивов, так или иначе определяющих отношение будущих первоклассников к учению, Е. П. Ильин выделяет шесть групп мотивов: социальные мотивы, основанные на понимании общественной значимости и необходимости учения и стремления к социальной роли школьника («Я хочу в школу, потому что все дети должны учиться, это нужно и важно»); учебно-познавательные мотивы, интерес к новым знаниям, желание научиться чему-то новому; оценочные мотивы, стремление получить высокую оценку взрослого, его одобрение и расположение («Я хочу в школу, потому что там я буду получать только пятерки»); позиционные мотивы, связанные с интересом к внешней атрибутике школьной жизни и позиции школьника («Я хочу в школу, потому что там большие, а в детском саду маленькие, мне купят тетради, пенал и портфель»); внешние по отношению к школе и учению мотивы («Я пойду в школу, потому что мама так сказала»); игровой мотив, неадекватно перенесенный в учебную деятельность («Я хочу в школу, потому что там можно играть с друзьями»).

Как показывают исследования (Л. И. Солнцева, Н. Г. Морозова), в старшем дошкольном возрасте у детей с нарушением зрения структура мотивов приобретает относительную устойчивость. Доминирующее положение в ней начинают занимать познавательные и широко социальные потребности (потребность в социальном познании, стремление к неигровым видам деятельности, потребность в самоутверждении, мотивы долженствования). К концу дошкольного возраста ребенок с нарушением зрения, также как и ребенок с нормальным зрением исчерпывает возможности игровой деятельности по удовлетворению своих потребностей, игровые мотивы продолжают играть важную роль, но уже не занимают ведущего места в мотивационной структуре дошкольника.

В нашем исследовании участвовали дети с косоглазием и амблиопией (6-7 лет). Исследование проводилось на базе специальных дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения г. Тулы и Тульской области. В эксперименте приняли участие дети, имеющие сходный диагноз (косоглазие и амблиопия) и остроту зрения (в пределах от 0,8 до 0,2 на лучше видящем глазу). Все дети с нормальным интеллектуальным развитием.

В результате исследования было выявлено, что каждый мотив из структуры в той или иной степени присутствует и в мотивационной структуре ребенка с нарушением зрения 6-7 лет, каждый из них оказывает определенное влияние на формирование и характер его учебной деятельности. Для каждого ребенка с нарушением зрения степень выраженности и сочетание мотивов учения индивидуальны. Было выявлено, что большинство детей с косоглазием и амблиопией хочет учиться в школе, но аргументирует это тем, что «так надо», «так мама говорит», то есть здесь еще рано говорить о собственном желании учиться в школе и осознанности мотивов учения. Личностные ожидания детей чаще всего связаны с тем, что «учительница научит меня читать и писать», «в школе меня научат писать, тихо сидеть и не баловаться», что свидетельствует о недостаточности знаний детей о школе. Результаты исследования объясняются тем, что в беседе, как правило, ребенок дает социально одобряемые ответы, т.е. отвечает так, как этого ждут от него взрослые. Есть и другая причина: дошкольнику с нарушением зрения еще трудно анализировать свои желания и переживания в отношении незнакомой ему ситуации школьного обучения и дать объективный ответ о том, хочет ли он учиться и почему.

В настоящее время нами разрабатывается программа коррекционно-развивающей поддержки формирования мотивационного компонента психологической готовности к обучению в школе у детей с косоглазием и амблиопией старшего дошкольного возраста, которая проходит апробацию.

Таким образом, достаточное развитие учебно-познавательных и социальных мотивов в сочетании с оценочными мотивами оказывает положительное влияние на психологическую адаптацию к школе. Преобладание игрового мотива, перенесенного в неадекватную ему сферу учебной деятельности, оказывает отрицательное влияние на успешность усвоения знаний о школе.

### Литература

1. Астапов В. М. Особенности адаптации ребенка к школе // Психическое здоровье учащихся и осуществление индивидуального подхода к ним: Методические рекомендации.– М., 1989.
2. Гуткина Н. И. Поступление ребенка в школу // Практическая психология образования / Под ред. И. В. Дубровиной.– М: Сфера, 1997.
3. Кравцова Е. Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе.– М.: Педагогика, 1991.
4. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства.– М.: Полиграф сервис, 2000.

### Психологические проблемы детской онкологии (на материале общей онкологии)

*Шалина Ольга Сергеевна*

*аспирантка*

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

*E-mail: shalina.olga@gmail.com, shalinaya@yandex.ru*

Детская онкология – достаточно молодое, во многом революционное и все еще исследовательское направление в отечественной и зарубежной медицине (Дурнов, 1992). До сих пор не осуществлены исследовательские психологические программы в этой области, тогда как «прикладная психология» активно осваивает это поле профессиональной деятельности. И даже так называемая «психо-онкология» не имеет обширных научных данных о закономерностях переживания ситуации болезни детьми, особенностях их адаптации к болезни, представлениях о будущем, трансформациях ведущих деятельностей, процессах формирования ВКБ, а также результатов нейропсихологических исследований влияния медицинских препаратов на корково-подкорковые функции.

В рамках проведения диссертационного исследования, посвященного знаково-символическому опосредствованию личностных переживаний проблемно-конфликтных ситуаций, нами ведется работа в НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, в отделении общей онкологии (онкопатологии различных органов и опорно-двигательного аппарата). Выделены основные сферы, требующие проведения специальных психологических исследований.

Во-первых, это процессы первичного и вторичного означивания интрацептивных ощущений. Опираясь на семиотические представления Р. Барта об означающем и означаемом в контексте порождения мифов, А.Ш. Тхостов говорит о «двухступенчатой» схеме формирования симптома, когда означенное интрацептивное ощущение начинает означать болезнь (Тхостов, 2002). Болезнь является не только соматическим конструктом, но и «мифом», порождаемым определенными универсальными культурными категориями. Однако, если во взрослой онкологии «мифы» уже достаточно сильны, и существует сложившийся культурный стереотип заболевания, то детская онкология в обыденном сознании, скорее всего, еще не «обросла» такими конструктами. Это может быть связано и с относительной редкостью заболевания, и с тем, что в литературе и истории есть известные примеры различных гематологических проблем у детей, но представлений о солидных опухолях в детском возрасте в обыденном сознании все-таки меньше.

Во-вторых, это проблема выделения основных кризисных моментов в ситуации болезни. Как показывает наша практика, ни родитель, ни сам заболевший ребенок не нуждаются в постоянном психологическом сопровождении. На стадии подбора методик для проведения диссертационного исследования нами осуществлялся мониторинг психо-эмоционального статуса детей и родителей (с использованием методик «Анализ семейных взаимоотношений», рисуночный тест Вартегга, РНЖ, исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн и др.). Повседневное наблюдение за больными и их родителями и результаты проведенных методик свидетельствуют о стабилизации психо-эмоционального состояния и адаптации к нахождению в стационаре. Но некоторые ситуации в процессе лечения требуют проведения психодиагностического обследования, наблюдения и психокоррекционной работы. 1. Формулирование диагноза. Для взрослого человека, с его сложившимся «мифом» болезни, известие об обнаружении опухоли у ребенка приобретает значение «смертельного приговора». 2. И для ребенка, и для родителя тяжелой фазой адаптации к болезни, получившей название «шок госпитализации», является первичная госпитализация. В этот период ребенок оказывается резко перемещенным в аномальную для него ситуацию. Изменение режима жизни, комплекс сложных врачебных процедур, соседствование с большим количеством пока еще незнакомых людей, невозможность уединиться, отрыв от референтной группы – вот краткий перечень психотравмирующих факторов для ребенка. Для родителя к этим проблемам прибавляется актуализированная фобия потери ребенка, переживание по поводу средств на существование, шок от временных перспектив лечения и необходимости резко изменять сложившуюся сеть социального взаимодействия. В этот период особенно важно включать ребенка в новую для него социальную ситуацию развития, помочь ему адаптироваться через ведущие деятельности, характерные для его возраста, - игру и учебу. Период адаптации к стационару (первые 2 недели) выбран нами для проведения исследования. 3. Особый период лечения - подготовка ребенка к операции и сопровождение в послеоперационный период. Чаще именно подростки остро переживают неизбежные изменения во внешнем виде (выпадение волос, усталый вид, раздражения и метки на коже). А перспектива операции (особенно при онкопатологии опорно-двигательного аппарата) вызывает страхи остаться инвалидом. Причем даже эндопротез зачастую воспринимается пациентами как существенный физический изъян, который будет помехой на дальнейшем жизненном пути. 4. Отдельная ситуация лечения – рецидив заболевания, когда ребенок вновь оказывается в клинике на повторном курсе лечения. В этот период может возникать неверие в будущее, нежелание дальнейшего лечения, недоверие к врачам и родителям. Особенно остро встают эти проблемы, если рецидив приходится на подростковый период.

В-третьих, переживание страха смерти, что в меньшей степени характерно для детей дошкольного и младшего школьного возраста, однако весьма актуально для подростков. По первым полученным данным (модифицированные «Незаконченные предложения», «Линия жизни», тест Вартегга, Самооценка Дембо-Рубинштейн) обследования детей в возрасте 11-14 лет, можно говорить о сильнейших страхах смерти, которые активно вытесняются и компенсируются завышенным уровнем притязаний и самооценкой по шкалам «Здоровье» и «Счастье», нереалистичным изображением длительности собственной жизни (например, мальчик 13,5 лет планирует прожить 200 лет).

В-четвертых, отдельный интерес представляет нейропсихологическое исследование детей с опухолями головного мозга и пациентов, получающих высокодозное лечение.

В-пятых, особая проблемная сфера – это трансформация детско-родительских отношений. С одной стороны, тяжелое заболевание – уникальный факт автобиографической памяти (Нуркова, 2000), и можно говорить, что эти дети очень рано узнают страдание, боль, «рано взрослеют». Но, с другой стороны, наблюдается мощный

регресс диадических отношений матери и ребенка. В кризисной ситуации угрозы потери ребенка практически все матери отделения общей онкологии, вне зависимости от возраста их детей (от 0 до 16 лет), начинают использовать местоимение «мы» в рассказе о себе и ребенке («мы легли в больницу», «нас направили в Москву», «у нас показатели сегодня не очень», «кушаем плохо» - это высказывания матерей о детях-подростках). А многие дети, в свою очередь, обращаются к таким «детским» средствам манипуляции, как капризы, хныканье, плач. Особенно интересно, что из разговора с мамой исчезают все слова вежливости, которые продолжают активно использоваться в разговоре с чужими людьми.

Безусловно, это лишь краткий перечень проблемных сфер в детской онкологии, требующих психологической разработки и проведения научных междисциплинарных исследований.

### Литература

1. Дурнов Л.А. Записки детского онколога (Драматическая деонтология). – М.: Интербук, 1992. – 173 с.
2. Нуркова В.В. Сверхценное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: Изд-во УРАО, 2000. – 320 с.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

### Структурированные методики оценки риска делинквентного поведения у несовершеннолетних правонарушителей.

*Шипшина Ольга Сергеевна*

*молодой ученый*

*Российская академия правосудия (Ростовский филиал), Ростов, Россия*

*E-mail: urc@jeo.ru*

Постоянный рост детской и подростковой преступности является одной из наиболее важных проблем современного общества, которая актуальна как в нашей стране, так и за рубежом. В связи с этим особенно остро встает вопрос о возможной профилактике совершения несовершеннолетними правонарушений, как первичной, так и вторичной (среди группы риска и тех, кто уже совершил правонарушение). Соответственно, с несовершеннолетними должна проводиться индивидуальная работа, должны разрабатываться программы, которые позволили бы минимизировать риск совершения правонарушения, в том числе и повторного. Для решения данных вопросов за рубежом были созданы структурированные методы оценки риска совершения повторного правонарушения. Подобных методов существует достаточно большое количество, они имеют различную специфику, могут быть направлены на изучение как риска совершения преступления в целом, так и риска совершения сексуального преступления, агрессивно-насильственных действий, побегов и т.п. Все подобные методы предполагают всестороннее изучение жизни несовершеннолетнего, выявление факторов риска, которые могут привести к совершению правонарушения. Как правило, выделяются следующие факторы риска: исторические (анамнез и «криминальный» анамнез), социально-психологические (семья, школа, окружение) и индивидуальные (здоровье, личность). В нашей стране подобных методов не существует, однако, потребность в них становится все более ощутимой. В связи с этим нам кажется, что на данном этапе необходимо апробировать существующие зарубежные методы и адаптировать их, учитывая специфику нашей страны, в том числе и законодательную.

Предметом нашего исследования стала эффективность использования структурированных методов оценки риска совершения повторных правонарушений у несовершеннолетних. Объектом исследования являлись 23 наблюдательных

производства судебно-психологических экспертиз в отношении несовершеннолетних, которые проводились в 2006 году в Южном региональном центре судебной экспертизы.

Для проведения исследования нами использовались следующие источники информации: 1) материалы уголовного дела (информация о характере правонарушения и история криминализации); 2) результаты опросов родителей, друзей, преподавателей несовершеннолетнего правонарушителя; 3) характеристики с места учебы, работы, жительства; 4) медицинская документация; 5) беседа с несовершеннолетним правонарушителем в процессе экспертного исследования; 6) психодиагностическое обследование.

Степень риска совершения повторного преступления мы оценивали с помощью следующих методов: Оценки риска/потребностей (Risk/Needs Assessment) (Andrews, Bonta, R.Hoge) и Structured Assessment of Violence Risk for Youth (SAVRY) (R.Borum, P.Bartel, A.Forth; 2002). Метод ОРП предполагает изучение и оценку таких факторов, как: а) совершенные в прошлом преступления/решения суда; б) ситуация в семье/родительские обязанности; в) образование/трудовая занятость; г) взаимоотношения со сверстниками; д) злоупотребление наркотиками/алкоголем; е) досуг/развлечения; ж) личные качества/поведение; з) отношение/установки, а также группы различных факторов, имеющих отношение к семье и личности несовершеннолетнего. Метод SAVRY предполагает оценку а) исторических факторов риска (история насилия, история ненасильственных правонарушений, раннее начало насилия, прошлые неудачные попытки надзора или работы с подростком, история самоповреждений или попыток суицида, насилие дома, история жестокого обращения в детстве, криминальность родителей/опекунов, ранний отрыв от родителей или замещающих их лиц, слабая школьная успеваемость), б) социально-средовых факторов (делинквентность сверстников, отвержение сверстниками, стресс и плохие возможности справляться со стрессом, плохие родительские тактики воспитания, недостаток личной/социальной поддержки, дезорганизованное окружение) и в) индивидуальных факторов (негативные установки, рискованное или импульсивное поведение, проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, проблемы совладания с гневом, психопатические черты, расстройства внимания/гиперактивность).

Возраст несовершеннолетних правонарушителей, которых мы исследовали, составил от 14 до 18 лет: 4% - 14 лет, 17% - 15 лет, 44% - 16 лет, 30% - 17 лет, 4% - 18 лет. Они привлекались к уголовной ответственности по следующим составам преступлений: причинение вреда здоровью (8%), разбой (8%), сексуальное насилие (22%), убийство (31%) и кража (31%). Поскольку причинение вреда здоровью и разбой совершило достаточно небольшое количество несовершеннолетних, то здесь мы подробнее остановимся на остальных трех составах преступлений.

Для каждого несовершеннолетнего был установлен уровень риска совершения повторного правонарушения с помощью ОРП и SAVRY.

При сравнении оценок уровня риска среди несовершеннолетних, совершивших кражи, были получены следующие результаты. В пяти случаях из семи оценки совпали: в трех случаях был установлен низкий уровень риска совершения повторного правонарушения, в двух – средний. В двух других случаях результаты оказались разными: метод ОРП показал средний уровень риска, SAVRY – низкий. Однако в данном случае это не является серьезным противоречием, поскольку SAVRY в большей степени направлен на выявление риска совершения агрессивно-насильственных правонарушений. При сравнении итоговых результатов, полученных при оценке риска у несовершеннолетних, совершивших сексуальное насилие, были получены следующие результаты. В одном случае оценки совпали, в двух – при среднем риске совершения повторного правонарушения риск совершения агрессивно-насильственного деяния оценивался как низкий. Однако в отношении еще двух несовершеннолетних оценки оказались противоположными. При оценке совершения повторного преступления как

средней, риск совершения агрессивно-насильственного деяния оказался высоким. Стоит отметить, что данные подростки имели достаточно серьезные нарушения психики, хотя и были признаны психиатрами вменяемыми в отношении инкриминируемых им преступлений. Это свидетельствует, что в тех случаях, когда речь идет о сексуальных преступлениях, во-первых, должны применяться специфичные методики для оценки риска совершения повторного преступления. Во-вторых, по отношению к подросткам, имеющим серьезные психические отклонения, применение методов, подобных ОРП, может оказаться малоэффективным. Сравнение результатов оценки риска у несовершеннолетних, совершивших убийство, показало, что оба метода дали одинаковые низкие оценки вероятности совершения повторного правонарушения. Только в одном случае уровень риска совершения повторного правонарушения был оценен как средний (по данным ОРП).

Из полученных результатов видно, что оценки степени риска, сделанные с помощью методов ОРП и SAVRY в целом соотносимы друг с другом. На практике полученные результаты могут использоваться, во-первых, судьями, которые при вынесении приговора несовершеннолетнему и определении мер воздействия, которые должны будут к нему применяться. Во-вторых, психологами, работающими с осужденными несовершеннолетними (особенно в условиях отбывания наказания без лишения свободы) поскольку структурированные методы оценки риска выявляют в жизни подростка наиболее проблемные сферы, которые являются серьезными факторами риска совершения правонарушения, они позволяют вести направленную работу над ослаблением таких факторов.

### **Спортивная деятельность как социо-культурная форма объективации телесности<sup>1</sup>**

**Юхненко Денис Вячеславович<sup>2</sup>**

*студент*

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

*E-mail: titulcouncil@mail.ru*

Цель данной работы – обосновать с теоретических позиций современной психосоматики и психологии телесности необходимость введения в спортивную практику системы обучения интрацептивному восприятию, а также обозначить его роль в решении всех видов двигательных задач, в особенности свойственных спортивной деятельности.

Любое произвольное действие – это решение двигательной задачи в определённых условиях (Н.А. Бернштейн [1]). Для её решения необходимо иметь некое представление о возможных вариантах, усвоенных ранее или синтезированных. Этим представлением является *интегративный образ потребного будущего*. Основной компонент образа потребного будущего у произвольного движения – *образ тела*, который сформирован главным образом внутренними ощущениями: проприоцепцией, вестибулярными ощущениями и др. Движение, рассматриваемое в данном контексте, представляет собой единый телесный «порыв» всего организма придти к субъективному представлению о будущем состоянии.

Рассмотрим подробнее свойства будущего образа тела. Он представляет собой воспоминание или синтезированное представление о внутренних, телесных ощущениях, *формирующееся под влиянием культурных факторов*. Как было показано Л.С.

---

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РГНФ; грант № 08-06-00596а

<sup>2</sup> Автор выражает признательность доктору психологических наук, профессору Тхостову А.Ш. за помощь в подготовке тезисов.



Выготским [2], восприятие является высшей психической функцией, опосредованной знаковыми системами. Одними из средств описания внутренних ощущений тела служат метафоры [3]. Внутренние реалии находят в нашем сознании объяснение для себя и других хорошо знакомым и усвоенным способом. Мы чувствуем пустоту в желудке, стук в висках, некую невидимую иголку, которая колет в боку и т.д. Аналогичная система верна и для образа ещё не свершившегося состояния тела, объективно не существующего, но субъективно вполне реального.

Наибольшее развитие специальные системы метафор получил на Востоке. В физических (спортивных, боевых) практиках Восточной Азии система метафор имеет давнее и прочное развитие [4][5]. Древние восточные культуры не проявляли столь характерной для западных цивилизаций тенденции к разграничению материального и идеального, физического и духовного развития. В известной степени для Востока эти два развития тождественны.

В качестве примера можно рассмотреть традиционное для Китая боевое искусство – ушу. На самом деле это общее название почти всех боевых искусств Китая, которые могут отличаться друг от друга коренным образом. Эти искусства принято именовать стилями ушу. И уже в названиях этих стилей прослеживается символизм (примеры т.н. внешних стилей – стиль тигра, стиль обезьяны, стиль богомола и т.д.). Ещё более явно метафоричность обнаруживает себя в названиях конкретных техник. Следуя их названиям, боец должен течь как вода, гореть как огонь, жалить как холодный ветер и т.д. Тут для построения образа потребного будущего используется образ будущего субъекта абсолютно отвлечённый от объективной реальности. Боец стремится не столько принять нужную позу, пройдя несколько предшествующих, сколько именно стать ветром, огнём и т.д. Он совершенно не ориентируется на своё «реальное» тело.

Является ли такая позиция более продуктивной для развития двигательных навыков, чем западные системы преподавания, вопрос спорный. Однако очевидно, что для развития внутреннего восприятия она является предельно эффективной. Это легко увидеть на примере йоги и дао.

Спортсменов специально не учат воспринимать собственное тело. Внутреннее восприятие формируется само, для каждого спортсмена своё, ввиду отсутствия системы понятий оно трудно поддаётся словесному описанию и не может служить помощью тренеру в его педагогической работе. Тратится много времени фактически на то, чтобы спортсмен методом проб и ошибок научился правильно управлять своим телом, правильно его ощущать. То есть ему говорят «делай», а понимание того как уже приходит само. Конечно, современные педагогические системы позволяют добиваться высоких результатов. Но сложенная и функционирующая система телесных ощущений, сформированная благодаря присвоенной стандартизированной системе понятий может повысить их эффективность. Опыт восточных традиций в боевых искусствах (многие из которых являются в настоящее время олимпийскими видами спорта), сочетающих медитативные практики с физическими упражнениями, подтверждает такую точку зрения. В пользу этого говорят также работы психологов изучающих телесный интеллект (Г. Гарднер [6]), показывающие, что знания субъекта оказывают существенное влияние на развитие его двигательных навыков.

### Литература

1. Бернштейн Н.А. Очерки о физиологии движений и физиологии активности. – М., 1966.
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Выготский Л.С. Психология. М., 2000.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М, 2002.
4. Елисеефф В. Елисеефф Д. Цивилизация классического Китая. Екатеринбург, 2007.

5. Миямото М. Книга пяти колец. Ростов н/Д, 2008.
6. Гарднер Г. Структура разума: Теория множественного интеллекта. М.: Вильямс, 2007.