

Федеральное государственное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ



Всероссийская
научно-практическая конференция
«ЛИЧНОСТЬ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ»

20-21 апреля 2017 г.



Россия, г. Челябинск, ул. Бр. Кашириных, д. 129
Телефон: (351) 799-72-68
Сайт: www.psy.csu.ru
Эл. почта: specpsy@csu.ru
Социальные сети: vk.com/clinicpsy_csu

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет»
Факультет психологии и педагогики

ЛИЧНОСТЬ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции
20–21 апреля 2017 г.**

*Посвящается 20-летию факультета психологии и педагогики
Челябинского государственного университета*

Челябинск
2017

УДК 159.923
ББК 88.37
Л 66

*Печатается по решению Ученого совета факультета психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»*

Л66 Личность в норме и патологии: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 20–21 апреля 2017 г., Челябинск / под ред. М.В. Овчинникова. – Челябинск: Печатный двор, 2017. – 553 с.

ISBN 978-5-904756-43-7

Редакционная коллегия:

Репин С.А., доктор педагогических наук, профессор;
Абросимова Е.А., кандидат психологических наук, доцент;
Акмалов А.А., кандидат педагогических наук, доцент;
Бозаджиев В.Л., кандидат педагогических наук, доцент;
Гольдфарб О.С., кандидат психологических наук, доцент;
Курносова С.А., кандидат педагогических наук, доцент;
Овчинников М.В., кандидат психологических наук, доцент;
Рагозинская В.Г., кандидат психологических наук, доцент.

Сборник Всероссийской научно-практической конференции «Личность в норме и патологии» посвящен анализу и обобщению научного и практического опыта психологов, педагогов, дефектологов, врачей, социальных работников и представителей других специальностей, касающегося нормального и аномального развития и функционирования личности.

Научное издание адресовано работникам высшего, среднего профессионального, среднего общего, специального (коррекционного) образования, специалистам, занимающимся психологическим, медицинским, социальным сопровождением, студентам, а также широкому кругу лиц, интересующихся проблемами личности в норме и патологии.

УДК 159.923
ББК 88.37

ISBN 978-5-904756-43-7

Материалы публикуются в авторской редакции. Ответственность за точность цитирования, оценку использованных материалов в публикуемых статьях несут авторы.

© ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», 2017
© «Печатный двор», 2017
© Коллектив авторов, 2017

В это отделение клиент был переведен в июле 2015 года. Постепенно с помощью медицинского персонала адаптировался к режиму отделения. После перевода в течении 2-х месяцев клиент привыкал ходить в столовую на прием пищи самостоятельно с остальными клиентами, без дополнительного индивидуального побуждения. Привыкал осуществлять элементарные гигиенические процессы самостоятельно, также в течении 2-х месяцев учился после пробуждения и перед сном чистить зубы. Несмотря на то, что дома, со слов мамы хорошо заправлял постель, в отделении на аккуратность заправления длительное время не обращал никакого внимания. При застилании постели необходимо было находиться рядом, и давать не только вербальные подсказки, но и многократно показывать как это делать. До настоящего времени делает это неохотно и неаккуратно. При общем гигиеническом душе требуется непосредственная помощь персонала, постоянные вербальные подсказки о необходимости использования мыла, мочалки, замене грязного нательного и постельного белья на чистое. Полностью самостоятельно весь процесс выполнить не может. Длительное время не выходил на прогулку, так как не имел навыка делать это самостоятельно. Сначала ходил гулять с медицинским отделением по графику прогулок. Но, постепенно, освоив режим дня, научившись ходить в столовую, стал раз в неделю самостоятельно обращаться с просьбами погулять. Тогда медицинский персонал помогал выбрать одежду и обувь в шкафу, в соответствии с сезоном и погодой и осуществлять контроль, чтобы прогулка была не слишком продолжительной и на территории ПНИ. Постепенно в течении 4-х месяцев освоился и стал это делать самостоятельно. Длительное время в течении 6 месяцев испытывал трудности в общении. Проводил время одиноко в основном в комнате или простаивал у входа в комнату. Поначалу стал примыкать в компанию соседей по комнате, ходить за ними по пятам, постепенно стал спонтанно к ним обращаться с разговорами, за полтора года наблюдения расширил свой круг общения значительно. В настоящее время активно общается со сверстниками обоих полов, активно проявляет интерес к клиенткам – девушкам. Выходит в их компании на прогулку, сам активно заводит беседу. Активно общается с юношами, выходит смотреть телевизор, в основном кинофильмы, которые выбирают сверстники. На фоне постоянного приема препаратов общение протекает ровно, конфликтных ситуаций не возникает, но при пробном снижении дозы, становится агрессивным. Проявления агрессии могут быть как вербальные, активно нецензурно бранится, может ударить, даже без видимых причин, сверстников обоих полов. Свои поступки объяснить затрудняется, чувства вины, жалости, сочувствия не испытывает. На фоне увеличения дозы препаратов, проявления агрессии исчезает.

Летом 2016 года, спустя год нахождения в отделении среди сверстников, пробно стали включать клиента в трудотерапию с трудинструктором на улице. В процессе трудотерапии пришлось формировать навыки использования инвентаря, например, учили держать метлу и выметать мусор. Приходи-

лось использовать вербальные подсказки клиенту, показывать многократно как инвентарь используют и чем уборка должна завершиться. За летне-осенний период удалось научить клиента правильно держать метлу и мести мусор. В настоящее время формируется навык держать лопату для уборки снега. Однако в ходе трудотерапии быстро утомляется, часто отвлекается, теряет интерес к деятельности, но без проявлений агрессии. Работу выполняет некачественно, медленно.

В ходе наблюдения за клиентом можно сделать вывод, что за время нахождения в интернате, сформировался и продолжает формироваться ряд навыков, которых не было ранее. Формирование этих навыков в домашних условиях не представлялось возможным, учитывая социальную депривацию, гиперопеку со стороны родителей. В результате улучшилось качество жизни клиента, его социальное функционирование, благодаря проводимым реабилитационным мероприятиям в условиях психоневрологического интерната. Этот вывод подтверждается не только наблюдением, за поведением клиента, за внешними проявлениями стресса, но и результатами теста на выявление агрессивных и враждебных реакций, результатами теста Люшера, а также теста «Дом, дерево, человек». Можно полагать, что клиент реализовал имеющийся адаптационный потенциал и психически адаптировался, что проявилось в установлении оптимального соответствия личности и окружающей среды [1].

Список литературы

1. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 260 с.
2. Медведев В.И. Адаптация человека. СПб.: институт мозга РАН. 2003, 684с.
3. Ушаков И.Б. Адаптационный потенциал человека / Вестник Российской Академии Медицинских Наук. 2004. №3. С.8-13.

159.99

Гребень Н.Ф.

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, Минск
strekosa@tut.by

Специфика построения межличностных отношений больными с различными психосоматическими заболеваниями

Соматическое заболевание практически всегда «обрастает» психологическими новообразованиями, акцентирует либо нивелируют изначально присущие человеку психологические черты, что наиболее сильно проявляется при острых и хронических расстройствах. В силу большой витальной значимости болезней фокусирует на себе психическую активность человека, существенно изменяет его социальное существование, вносит коррективы в характер построения отношений с другими людьми, изменяет уклад жизни и систему ценностей личности. Специфические изменения психической сферы соматических больных обусловлены как длительностью течения болезни, так и продолжению их пребывания в стационарах.

Для обозначения реакции личности на возникшее соматическое заболевание рядом автором бы-

ли предложены специальные термины – внутренняя картина болезни (Р.А. Лурия) [2], нозогения (А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин) [7], соматонозогения (А.Б. Квасенко, Ю.Б. Зубарев) [1], отношение к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов) [2]. Данные понятия в большей степени отражают совокупность переживаний больного, обусловленных физических и психическим дискомфортом, его представления о болезни, методах ее лечения и тех ограничениях, которые она приносит в жизнь больного.

В.В. Николаева, изучавшая влияние хронической болезни на психику, отметила, что в случае прогрессирования хронической болезни изменяется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность, формируется ограниченное поведение, которое проявляется как инертность, снижение активности [4, с. 38].

На наш взгляд, весьма важным является понимание тех изменений, которые приносит болезнь в систему отношений личности. Особенно важно понимать характер построения межличностных отношений (МО) больного, который остается недостаточно изученным в медицинской психологии, несмотря на то что в литературе неоднократно подчеркивалось значимая роль социальной стороны жизни человека в развитии психосоматической патологии. Также необходимо понимать, что присутствующий больному стиль МО может выступать и психологическим фактором, повлиявшим на формирование того или иного психосоматоза. А отследить это на уровне преморбидных особенностей личности, часто не представляется возможным.

Целью нашего исследования было изучить специфику построения МО больными с различными психосоматическими заболеваниями. В понимании межличностных отношений мы сошлемся на определение Н.Н. Обозова [5, с. 4], согласно которому МО являются субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения. В качестве гипотезы обозначим предположение о наличии различий между особенностями МО у психосоматических больных и здоровых, а также предположение о различиях МО больных, принадлежащих к разным нозологическим группам.

Материал и методы

Для выявления характера межличностных отношений была использована методика «Диагностика межличностных отношений Т. Лири (ДМО)» в модификации Л.Н. Собчик [7]. Методика позволяет диагностировать 8 типов межличностных отношений (МО): I Авторитарный, II Эгоистический, III Агрессивный, IV Подозрительный, V Подчиняемый, VI Зависимый, VII Дружелюбный, – VIII Альтруистичный.

Выборку составили 255 человек в возрасте от 17 до 60 лет, которые были разделены на 4 группы: 3 – экспериментальные и 1 – контрольная. В первую экспериментальную группу вошли 91 человек, страдаю-

щих язвенной болезнью (ЯБ), во вторую – 52 больных артериальной гипертензией (АГ), и в третью – 50 ортопедических больных (коксартроз, гонартроз). Контрольную группу составили 62 здоровых человека, т.е. не имеющих хронических заболеваний.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 16.0, в ходе которого были использованы следующие методы: описательные статистики, критерий Колмогорова-Смирнова для проверки нормальности распределения данных, статистический критерий различий – непараметрический тест U (Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение

В результате подсчета описательных статистик по тесту ДМО, нами были обнаружены следующие особенности между экспериментальными и контрольной группами. Прежде всего, во всех экспериментальных группах наиболее значимыми оказались три типа МО: VIII Альтруистичный, VII Дружелюбный и I Авторитарный. В контрольной группе – VIII Альтруистичный, VII Дружелюбный и IV Подозрительный. Получается, что психосоматические больные явно тяготеют к доминированию как посредством дружелюбных, так и агрессивных установок. А у здоровых вектор «дружелюбного доминирования» дополняется и своего рода подозрительностью, осторожностью по отношению к окружающим.

Второе, на что хотелось бы обратить внимание, в контрольной группе средние значения по всем шкалам не превышают 8 баллов, а в экспериментальных группах они выходят за эти границы. Так, у язвенных больных и больных АГ по двум шкалам – VII Дружелюбный и VIII Альтруистичный, у ортопедических больных только по одной шкале VIII Альтруистичный. Учитывая тот факт, что гармоничным личностям свойственна выраженность качеств, не выходящая за пределы 8-ми баллов [7], то можно предположить, что для больных в целом более характерны некоторые акцентуации свойств определенного октанта, которые делают их личность более дисгармоничной и снижают и социальную адаптированность.

Таблица
Выраженность типов МО у психосоматических больных и здоровых

Типы межличностных отношений	Больные ЯБ	Больные АГ	Ортопедические больные	Здоровые
	Среднее знач.	Среднее знач.	Среднее знач.	Среднее знач.
I Авторитарный	7,38	7,17	6,86	5,95
II Эгоистический	5,79	4,90	4,72	5,85
III Агрессивный	7,15	6,29	5,82	6,21
IV Подозрительный	5,90	5,21	4,82	6,39
V Подчиняемый	6,18	7,25	6,62	7,02
VI Зависимый	5,71	6,94	5,84	6,13
VII Дружелюбный	8,12	8,96	7,78	7,79
VIII Альтруистичный	7,90	9,88	8,34	7,27

Наиболее выраженными типами МО во всех группах являются VII Дружелюбный и VIII Альтруистичный, которые представляют собой социально-одобряемые и поэтому в большей степени предпочитаемые формы поведения. Однако психосоматические больные придают этим формам построения межличностных отношений большее значение, чем здоровые. Возможно, это является своего рода проекцией желаемых отношений, которые необходимы больным со стороны окружающих их людей.

Чтобы понять специфику построения межличностных отношений при различных психосоматических заболеваниях и их отличия по сравнению со здоровыми, проведем сравнительный анализ каждой экспериментальной группы с контрольной.

При сравнении больных ЯБ и здоровых были обнаружены значимые различия по двум шкалам: I Авторитарный ($U=2162,5$; $p=0,014$) и III Агрессивный ($U=2156$; $p=0,013$). Это значит, что на поведенческом уровне язвенные больные отличаются от здоровых более сильной тенденцией к доминированию, зачастую повышенным уровнем притязаний, спонтанностью и быстротой реакций, ориентацией на собственное мнение (I); в большей степени они стремятся быть искренними, непосредственными, прямолинейными, свойственное им повышенное чувство справедливости, сочетающееся с убежденностью в собственной правоте, повышенной обидчивостью и ригидностью установок, зачастую приводят к легко загорающемуся чувству враждебности при противодействии и критике в их адрес, они достаточно настойчивы в достижении целей (III).

Между больными АГ и здоровыми значимые различия прослеживаются по трем шкалам: IV Подозрительный ($U=1268,5$; $p=0,045$), VII Дружелюбный ($U=1268,5$; $p=0,05$), VIII Альтруистичный ($U=996$; $p=0,001$). И еще по одной шкале различия оказалась близкими к статистической значимости – I Авторитарный ($U=1274$; $p=0,054$). Следовательно, гипертонические больные, больше чем здоровые проявляют выраженную готовность помогать другим людям, сострадать, брать на себя ответственность и приносить в жертву свои интересы (VIII); в большей степени им характерно стремление быть дружелюбными и любезными, ориентироваться на социальное принятие и социальное одобрение, у них сильнее развиты механизмы вытеснения и подавления (VII); также больные АГ считают, что в отличие от представителей контрольной выборки они больше склонны доверять окружающим людям и легче устанавливать контакты (IV); у них более сильно выражена тенденция к властному доминированию, зачастую завышен уровень притязаний, они нуждаются в уважительном к себе отношении со стороны других людей (I).

Сравнительный анализ ортопедических больных и здоровых показал, что статистически значимые различия наблюдаются только по одной шкале – IV Подозрительный ($U=1058,5$; $p=0,004$), что делает их нозологическую группу наиболее схожей с контрольной. Близкими к значимым оказались и различия по шкале II Эгоистический ($U=1234$; $p=0,063$).

Из этого можно заключить, что в отличие от здоровых людей ортопедические больные менее критично относятся к другим людям и социальным явлениям, в МО больше стремятся доверять партнерам по общению (IV); также им в меньшей степени характерна ориентация на себя и склонность к соперничеству (II).

Далее проверим гипотезу относительно того, имеются ли различия в характере МО отношений между больными с разными психосоматическими заболеваниями.

Сравнивая особенности МО больных ЯБ и больных АГ, были обнаружены статистически подтвержденные различия по трем шкалам: II Эгоистический ($U=1811,5$; $p=0,019$), VI Зависимый ($U=1661,5$; $p=0,003$) и VIII Альтруистичный ($U=1564$; $p=0,001$). Эти различия говорят о том, что у больных АГ по сравнению с больными ЯБ более выражены конформные тенденции во взаимоотношениях с окружающими. Они больше ориентированы на социально-желаемые формы поведения, в силу чего считают себя более мягкими, доверчивыми, вежливыми (VI); отзывчивыми, сострадательными, добрыми, готовыми прийти на помощь (VIII). В тоже время язвенники больше склонны видеть в себе эгоистические черты и склонность к соперничеству (II).

Между больными ЯБ и ортопедическими больными также имеются статистически подтвержденные различия по следующим переменным: II Эгоистический ($U=1728,5$; $p=0,017$), III Агрессивный ($U=1625,5$; $p=0,005$) и IV Подозрительный ($U=1784,5$; $p=0,037$). Следовательно, больные ЯБ отличаются от ортопедических больных большей выраженностью эгоистических черт характера (II); большей откровенностью, прямолинейностью, раздражительностью, упрямством, энергичностью (III); а также критичностью в оценке других людей и социальных явлений (IV). В данном случае также можно заключить, что язвенникам больше присущи неконформные установки в отличие от ортопедических больных.

Статистически значимые различия были обнаружены и между больными АГ и ортопедическими больными по двум шкалам: VII Дружелюбный ($U=1004$; $p=0,046$) и VIII Альтруистичный ($U=994,5$; $p=0,04$). В данном случае различия заключаются в том, что больные АГ в отличие от больных с ортопедической патологией воспринимают как людей более склонных к сотрудничеству, кооперации, следующих правилам «хорошего тона» в отношениях с людьми, общительных, дружелюбных (VII); мягких, деликатных, заботливых, бескорыстных, добрых (VIII).

На основании полученных результатов можно подтвердить, что при различных психосоматических заболеваниях формируется специфический характер построения МО, который имеет различия как между больными и здоровыми, так и между больными с разной соматической патологией. МО больных характеризуются более выраженной тенденцией к доминированию имеют более дезадаптивный харак-

тер по сравнению со здоровыми. Различия между нозологическими группами подчеркивают те новообразования, которые приносит болезнь в жизнь страдающего ей человека.

Результаты исследования имеют практическую значимость и могут быть использованы с целью оптимизации отношений язвенных больных, больных АГ, ортопедических больных с медицинским персоналом, а также и в плане оказания им психологической помощи.

Список литературы

1. Квасенко А.Б., Зубарев Ю.И. Психология больно-го.– Л., 1980. – 183 с.
2. Личко А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журн. невропатол. и психиатр.– 1977.– Т. 77, № 12.– С. 1833–1838.
3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.– 4-е изд. М, 1977.– 112 с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психол. исслед. М., 1987. – 166 с.
5. Обозов Н.Н. Психология межличностных отношений. Киев, 1990.– 191с.
6. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журн. неврол. и психиатр.– 1997.– Т. 97, № 2.– С. 4–9.
7. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири: метод. руководство. М., 1997. – 46 с.

159.99

Добровольская И.А.
МБОУ С(К)ОШ №83, Челябинск
Inna.dobrovolskaya@mail.ru

СДВГ. Взгляд практикующего психолога

В статье рассмотрены виды СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), этиологические, социальные и психологические причины возникновения синдрома. Целью статьи является знакомство с причинами возникновения СДВГ и способы его коррекции. Даны практические рекомендации учителям, родителям и психологам. В статье освещаются возрастные особенности проявления нарушений, выделяются и описываются основные подходы в коррекции данного нарушения развития личности. Значительное внимание уделяется триаде симптомов, характеризующих наличие СДВГ. Основная идея статьи заключается в том, что помощь детям с СДВГ должна оказываться в трёх направлениях: медикаментозная поддержка, психологическая помощь и педагогическая грамотность.

Ключевые слова: СДВГ, причины СДВГ, коррекция СДВГ.

Что же такое СДВГ? Диагноз? Отклонение в развитии? А может быть высокий потенциал? Каковы причины возникновения СДВГ? Как справиться, как помочь этим детям и их родителям?

По МКБ-10 СДВГ классифицируется, как F 90.0 (нарушение активности и внимания) и F 90.1 (гиперкинетическое расстройство поведения). Однако, прямое соотнесение с неврологической патологией не допускается, поскольку подразумевается прежде

всего расстройство поведения. Важное условие: у ребенка сохранен интеллект, он не обнаруживает негативизма и не стремится к острым ощущениям.

Исходя из наблюдений в работе с такими детьми могу сказать, что многие из них имеют очень высокий потенциал. Если СДВГ не осложнён умственной отсталостью, то такой ребёнок одновременно может выполнять несколько действий одновременно, причем делает это очень качественно. Для такого ребёнка естественно слышать учителя, разговаривать с соседом по парте и выполнять задание на другой урок. Как правило память у таких детей прекрасная. Малыши всегда запоминают малейшую мелочь в кабинете психолога, и стоит только на секунду отвлечься – горсть песка уже брошена на ковер. Стоит ли говорить, почему такие дети доставляют массу хлопот и трудностей родителям, воспитателям, учителям?! Они просто изматывают своим поведением! Но каким бы провокационным такое поведение ни казалось взрослым, дети ведут себя так совсем не за тем, чтобы им досадить. Они просто не умеют по-другому! Критичность таких детей к самим себе нарушена, они попросту не понимают, что такого они натворили. Взаимодействие между структурами мозга таких детей, изменены. И то, что взрослые принимают за действие «назло», на самом деле физиологически обусловлено. Фазы активности и переутомления могут резко сменять друг друга. Ребёнок не может контролировать и регулировать свои действия. Поведение слабо управляемо правилами. При выполнении заданий такие дети ведут себя по-разному и показывают очень разные результаты. (На некоторых занятиях спокойны, на других – нет, на одних уроках успешны, на других – нет). Порог чувствительности к отрицательным стимулам у гиперактивных детей очень низок, они не воспринимают выговоры и наказания, однако чувствительны к поощрениям.

СДВГ имеет триаду симптомов: гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания. Диагноз может поставить только психиатр. Однако, можно предположить наличие СДВГ и начать грамотную психо-педагогическую работу с ребёнком, если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков:

- Непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание.
- Не слушает, когда к нему обращаются.
- С большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его.
- Испытывает трудности в организации.
- Часто теряет вещи.
- Избегает скучных и требующих умственных усилий заданий.
- Часто бывает забывчив
- Постоянно ерзает.
- Проявляет признаки беспокойства (барабанит пальцами, двигается в кресле, бегает, забирается куда-либо).
- Спит намного меньше, чем другие дети, даже во младенчестве.
- Очень говорлив.