

Министерство образования, науки и молодежной политики Краснодарского края
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Краснодарского края «Краснодарский торгово-экономический колледж»

**Программа сопровождения обучающихся с ограниченными
возможностями здоровья и обучающихся из числа
детей-инвалидов в ГБПОУ КК «КТЭК»**

Краснодар, 2020 г.

1. ОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ (НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ)

Правовыми основаниями разработки программы психолого-педагогического сопровождения обучающихся из числа детей-инвалидов и обучающихся с ОВЗ являются Конституция РФ и ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ, согласно которому все граждане Российской Федерации могут бесплатно получить высшее или среднее профессиональное образование в государственных и муниципальных учреждениях на конкурсной основе, независимо от состояния здоровья.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», принятый в 1995 году, определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации. А также, предоставляет гарантии в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Одним из важнейших элементов социальной защиты инвалидов, наряду с медицинской, психологической и социально - экономической реабилитацией, является возможность получения качественного профессионального образования, приобретения такой специальности, которая дает возможность человеку стать полноценным членом общества. В качестве одного из основных приоритетов ФЗ N 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года призван обеспечить инвалидам равные возможности в вопросе доступности профессионального образования. Содержание профессионального образования в ССУЗах обеспечивается федеральными государственными образовательными стандартами среднего профессионального образования, обязательными для всех, таким образом, студенты с инвалидностью при организации в учреждении необходимой для них доступности, получают такое же образование, как и их сверстники без ограничений по здоровью, а, следовательно, могут быть конкурентоспособными на рынке труда.

В Письме N АФ-150/06 Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 апреля 2008 г. «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами» сформулировано основное условие, обеспечивающее социализацию детей с инвалидностью и ОВЗ: получение востребованных конкурентоспособных профессий для полноценной реализации индивида в общественно-полезной деятельности.

При условии того, что инвалиды I и II групп, дети-инвалиды до 18 лет, которым согласно заключению МСЭК не противопоказано обучение по данной специальности успешно проходят конкурсное вступительное испытание, они принимаются в учебные заведения.

Дистанционная форма обучения регламентируется Приказом Минобрнауки РФ No 4452 от 18.12.02 «Об утверждении Методики применения дистанционных образовательных технологий (дистанционного образования) в образовательных учреждениях высшего, среднего и дополнительного профессионального образования РФ».

Одним из главных международных документов, закрепляющих право инвалидов на образование, является Конвенция о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и ратифицированная Российской Федерацией 25 апреля 2012 года.

Конвенция направлена на защиту и поощрение реализации прав людей с инвалидностью и обеспечение полного и равного участия инвалидов в жизни общества.

Статья 24 Конвенции гласит: «Государства-участники признают право инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни». Таким образом, инклюзивное образование рассматривается как механизм реализации права инвалидов на образование.

1. ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ И НЕОБХОДИМОСТИ (АКТУАЛЬНОСТИ) ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТУДЕНТОВ ИНВАЛИДОВ

В современном мире интеграция детей-инвалидов в профессиональные образовательные учреждения – это глобальный общественный процесс, затрагивающий все высокоразвитые страны. Его основой является готовность общества и государства переосмыслить всю систему отношения к инвалидам с целью реализации их прав на предоставление равных с другими возможностей в разных областях жизни, включая образование.

Начавшийся в России в 90-тых годах интеграционный процесс в настоящее время приобрел признаки устойчивой тенденции, обусловленной, с одной стороны, демократическими преобразованиями в обществе, а с другой, реформами в сфере образования¹ вообще, и введение в действие новых ФГОС в частности.

Проблема обучения детей-инвалидов в условиях профессионального образования - одна из актуальных проблем современного российского общества. Очень важным является решение вопросов, связанных с обеспечением тех необходимых условий, которые позволят данной категории детей включиться в полноценный процесс образования наряду со здоровыми подростками. Естественно, что не все категории детей-инвалидов могут обучаться в условиях профессионального образования, но большая часть могут.

Общая черта их личности заключается в том, что инвалидность создает отличающееся от нормы, измененное положение. Форма проявления инвалидности приводит к тому, что всегда возникают какие-то новые своеобразные изменения личности, а также каждый раз иные проблемы. У детей-инвалидов часто проявляется тенденция к изоляции от общества. Отклонения в развитии личности детей-инвалидов вызывают прежде всего нарушения в области познания и коммуникации, но могут также приводить и к нарушению их эмоционально-волевой сферы, что, в свою очередь, может стать причиной возникновения патологических форм поведения и активности. У ребенка-инвалида часто наблюдается проявление таких эмоциональных состояний, как чувство страха, обиды, боязни, стыда, причем у детей-инвалидов они зачастую имеют крайнюю степень выраженности: от экзальтации до полного притупления. Затронутой оказывается, и самооценка у данной категории детей. Как говорят данные многих психологических исследований, большинство детей-инвалидов имеют заниженную самооценку, значительно меньшая часть - адекватную и очень редко встречается самооценка завышенная.

Ребенок-инвалид в большей степени, чем здоровый подросток, подвергнут влиянию ближайшего окружения; отношение ближайшего окружения либо усиливает влияние дефекта на личность ребенка и его развитие в целом, либо помогает ему это влияние компенсировать.

Система социально-педагогической помощи детям-инвалидам, обучающимся в условиях массовой общеобразовательной школы, обеспечивает возвращение ребенка, получившего

инвалидность, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включение его в систему общественных отношений.

Социально-педагогической помощью ребенку-инвалиду являются следующие компоненты: **диагностический, консультационный, практический, прогностический и социально-реабилитационный.**

- диагностический компонент представляет собой изучение личности ребенка-инвалида и его взаимоотношений со средой.

- консультационный компонент социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду представляет собой организацию консультирования данной категории детей.

Консультации детей-инвалидов должны носить индивидуальный характер, они направлены на преодоление тех затруднений, которые испытывает ребенок.

- практический компонент предполагает выбор и реализацию конкретных мер, средств и форм социально-педагогической помощи детям-инвалидам.

- следующим компонентом социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду в условиях массовой общеобразовательной школы является прогностический компонент

- еще одним компонентом социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы является социально-реабилитационный компонент.

Социальная реабилитация - это целенаправленный процесс возвращения ребенка, получившего инвалидность или имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в при помощи комплекса педагогических средств, направленных на целостное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей.

Основания для разработки программы

Процесс образовательной и социальной адаптации обучающихся с ограниченными возможностями находится на острие общественного внимания. Число лиц подросткового возраста, имеющих те или иные ограничения здоровья (инвалидность), достигает примерно 15% от общего состава обучающихся. Успешность включения детей с отклонениями в развитии зависит не только от характера и степени, имеющих у них физических и психических нарушений, но и от той образовательной среды, в которой находится ребенок –инвалид.

Концептуальные приоритеты программы

Анализ опыта интеграционных процессов в европейских странах, накопление собственного отечественного опыта позволили сформулировать основные принципы российской концепции интегрированного (инклюзивного) обучения.

Во-первых, это выявление недостатков в развитии детей, и организация коррекционной работы с детьми на максимально раннем этапе и своевременное оказание необходимой помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье;

Во-вторых, это создание вариативных условий для реализации права на образование всех категорий детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом их психофизических особенностей. Интеграция детей с отклонениями в развитии в массовые образовательные учреждения предусматривает специализированную коррекционную помощь и психологическую поддержку, задачами которых являются контроль за развитием ребенка, успешностью его обучения, оказание помощи в решении проблем адаптации в среде здоровых сверстников.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ

Под социально-педагогической помощью ребенку-инвалиду мы понимаем комплекс педагогических мер, направленных на развитие личности ребенка, имеющего жизненные ограничения, обусловленные инвалидностью, в ходе которого формируется адекватное восприятие собственного «Я» и окружающей действительности, устойчивость к внешним и внутренним травмирующим воздействиям, способность адаптироваться в окружающую среду и эффективно с ней взаимодействовать.

Основная цель социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду – ценностное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей при помощи комплекса разнообразных педагогических средств.

Планируемые результаты программы психолого-педагогического сопровождения состоят в повышении эффективности качества освоения образовательной программы колледжа обучающимися с ОВЗ и детьми-инвалидами, а также повышении уровня их профессиональной компетенции и социальной активности.

В состав планируемых результатов включаются также: сформированность у обучающихся эффективных коммуникативных и поведенческих стратегий, позволяющих решать задачи социального взаимодействия в межличностной и профессиональной сферах. Коррекция индивидуальных личностных и коммуникативных барьеров, влияющих на эффективность межличностных и профессиональных контактов обучающегося, сформированность у студента позитивных представлений о себе как о личности и специалисте, сформированность поведенческих стратегий, направленных на активную независимую жизнь в социуме.

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

Программа психолого-педагогического сопровождения включает следующие основные направления реализации:

1. Индивидуальная психопрофилактика и психокоррекция поведенческих и личностных барьеров межличностного и профессионального взаимодействия. Данное направление обеспечивает проведение психодиагностической работы, позволяющей составить представление об актуальных поведенческих стратегиях и структуре личности студента, определяющих необходимость и возможность индивидуальной психокоррекционной работы. Включает разработку и реализацию индивидуальных программ психокоррекционной работы, направленной на преодоление деструктивных установок общения, негативных представлений о себе как о личности и специалисте, формирование позитивной Я-концепции и мотивации к самостоятельности и независимости.

2. Комплекс мероприятий по адаптации студентов - инвалидов в образовательной среде, в студенческом социуме. Данное направление работы включает организацию волонтерского движения обучающихся ССУЗа, организацию совместной социально значимой формальной и неформальной деятельности; работа по профилактике изоляции, обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов в студенческом сообществе.

3. Комплекс мероприятий по оказанию помощи семьям обучающихся-инвалидов в создании условий для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности. Данное направление предполагает семейное консультирование, направленное на формирование в семейном микросоциуме условий, способствующих формированию у обучающихся с ОВЗ позитивного представления о себе и своих возможностях, рационального отношения к своему состоянию, мотивации к самостоятельности и независимости в профессиональной деятельности и повседневной жизни.

4. Поддержка и развитие творческого, художественного и интеллектуального потенциала обучающихся - инвалидов, как одного из возможных способов социально-психологической реабилитации. Данное направление реализуется путем обеспечения разнообразных внеучебной форм деятельности, как силами специалистов психолого-педагогической службы, так и силами специалистов дополнительного образования. Обеспечение широкого спектра доступных форм деятельности и адекватность данного спектра интересам студенческого сообщества.

5. Взаимодействие с государственными органами, учреждениями и общественными организациями по разработке наиболее эффективных программ и путей социализации, развития личностного потенциала, профессиональной и личностной самореализации обучающихся с ОВЗ и детьми-инвалидами.

Составление программы психолого-педагогического сопровождения - это необходимое звено в интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательный процесс. Особую актуальность данные программы приобретают в процессе психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми и комплексными нарушениями в развитии.

5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Показателями эффективности реализации программы для обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов является высокий уровень их социальной активности, мотивации к освоению образовательной программы, повышение успеваемости и профессиональной компетенции (участие в семинарах, конференциях, различных образовательных проектах и т.п.), а также общей оценки психологического статуса обучающегося.

Диагностические методики, определяющие психологический статус обучающегося с ОВЗ и детей-инвалидов (Приложение 1):

- Соотношение показателей САН (самочувствия, активности, настроения);
- Уровень личностной тревожности (В.В. Бойко);
- Уровень самооценки (Дембо-Рубинштейн)
- Тип психического реагирования на заболевание;
- Показатель депрессивного состояния (Zung).

Дополнительным показателем эффективности программы является комплекс социальных, личностных, коммуникативных и профессиональных знаний, умений и навыков, осваиваемых обучающимися в процессе реализации программы и переносимых в повседневную жизнь (в соответствии с картой оценки умений и навыков).

КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ

Примерный паспорт программы

Наименование программы	Программа психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов
Цель программы	<ul style="list-style-type: none"> - формирование эффективной системы адаптации, сопровождения и поддержки, обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов; - создание оптимальных условий, повышающих доступность к получению качественного профессионального обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, а также их интеграция и абилитация в выбранной профессии; - повышение уровня образованности, создание условий для реализации интересов и разностороннего развития личности обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов - социальная-психологическая поддержка семьи обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов
Задачи программы	<ul style="list-style-type: none"> - создание условий для проведения комплексной педагогической и социально-психологической помощи для обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов - обеспечение комплексных мер для получения обучающимися с ОВЗ и детьми-инвалидами адекватного и полноценного профессионального образования.
Исполнители программы	Педагоги-психологи, социальные педагоги, педагогический коллектив колледжа, специалисты дополнительного образования колледжа и социальные службы города Краснодар
Ожидаемые результаты:	<ul style="list-style-type: none"> - повышение эффективности качества освоения образовательной программы обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов - повышение уровня профессиональной компетенции и социальной активности обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов - успешная социально-психологическая адаптация; - функционирование системы выявления, учета и сопровождения, обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов - повышение качества доступности образования, обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов

Программа социально-психолого-педагогической работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами в ГБПОУ КК «КТЭК» на 2018-2021 гг.

Цель: обеспечение психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в условиях общеобразовательного учреждения.

Задачи:

- своевременно выявлять детей с трудностями адаптации, обусловленными ограниченными возможностями здоровья;
- определять особенности организации образовательного процесса для рассматриваемой категории детей в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка;
- способствовать созданию условий, способствующих освоению детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами основной образовательной программы начального общего образования и их интеграции в образовательном учреждении;
- осуществлять индивидуально ориентированную психолого-педагогическую помощь детям с ОВЗ и детям-инвалидам с учетом особенностей их психического и (или) физического развития, индивидуальных возможностей детей;
- оказывать консультативную и методическую помощь родителям (законным представителям) детей с ОВЗ и детей инвалидов по социальным, психолого-педагогическим и другим вопросам.

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственные	Отметка об исполнении
1.	Изучение рекомендаций по индивидуальной программе реабилитации ребёнка инвалида, выданной федеральным государственным учреждением медико - социальной экспертизы	Ежегодно, по мере назначения	Социальный педагог; Классный руководитель; Педагог-психолог	Карта МСЭ
2.	Разработка информационно-аналитической, методической документации социально-психологического сопровождения детей-инвалидов	По мере поступления ребёнка в колледж данной категории с установлением статуса	Социальный педагог, педагоги-психологи	
3.	Знакомство с родителями, законными представителями детей - инвалидов, детей с ОВЗ, в ходе индивидуальной беседы	По мере поступления ребёнка в колледж данной категории с установлением статуса	Социальный педагог; Педагог-психолог; Классный руководитель; Мастер п/о	
4.	Определение направления оказания необходимой помощи обучающемуся в рамках учебного заведения	Во время обучения в образовательном учреждении	Социальный педагог; Мастер п/о; Классный руководитель; Педагог-психолог	

5.	Диагностическое обследование по согласованию с родителями	На период обучения в ОУ ежегодно	Педагог - психолог	
6.	Проведение диагностических процедур перед проведением МСЭ, составление характеристик	По запросу родителей, МСЭ	Педагог - психолог; Социальный педагог;	
7.	Вовлечение обучающихся данной категории в социально-значимую деятельность коллектива, колледжа, города: -выполнение общественных поручений; -участие в конкурсах: -мероприятиях: а) группы б) колледжа в) города -участие в трудовых акциях; -участие по возможности в спортивных мероприятиях	В течение учебного года	Социальный педагог; Классный руководитель; Педагог-психолог, педагог доп.образования	
8.	Оказание методической и консультативной помощи детям данной категории, родителям необходимой для усвоения программы	Постоянно	Зам.директора по УВР, педагоги, психологи, классные руководители, социальный педагог	
9.	Содействие с межведомственными координационными советами в реализации программ комплексной реабилитации детей-инвалидов	Постоянно	Администрация, социально-психологическая служба, классные руководители, педагоги доп.образования	
10.	Ведение личных дел обучающихся из числа детей-инвалидов и детей с ОВЗ	На период обучения	Социальный педагог; Педагог-психолог; Мастер п/о; Преподаватели	
11.	Ежедневный контроль за самочувствием обучающегося в колледже	В течение учебного года	Мастер п/о; Социальный педагог; Классный руководитель	
12.	Занятия с педагогом - психологом по коррекции: - высших психических функций; - эмоционально - волевых нарушений; - поведенческих реакций.	В течение учебного года	Педагог - психолог	

13.	Оказание социальной помощи подростку по коррекции взаимоотношений в семье, учебном коллективе, с преподавателями	При необходимости в течение учебного года	Социальный педагог; Классный руководитель	
14.	Подготовка информационного материала для родителей, имеющих на воспитании детей - инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья (о правах и льготах, об учреждениях города, работающих с детьми - инвалидами, детьми с ограниченными возможностями здоровья с перечнем предоставляемых услуг)	В течение учебного года	Социальный педагог; Педагог - психолог	
15.	Проведение анкетирования и обработка результатов «Комфортность в образовательной среде» (Приложение 2)	октябрь	Педагог - психолог	
16.	Психолого - педагогический семинар для пед.коллектива «Мы едины»	Декабрь	Педагог - психолог	

Список литературы

1. Еканова, Е.А. Системный подход к разработке программы коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением интеллекта [Текст]: учеб, пособие/ Е.А. Еканова, Е.А. Стребелева.-М.:1999.-25-27с.
2. Малофеев, Н.Н. Базовые модели интегрированного образования [Текст]/Н.Н. Малофеев. // Дефектология.- 2008.- №1.- С. 71-78.
3. Малофеев, Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики [Текст]: Н.Н Малофеев.- М.: - 2009 3-9с.
4. Стребелева, Е.А. Варианты индивидуальной программы воспитания и коррекционно-развивающего обучения ребенка с психофизическими нарушениями [Текст]/ Е.А. Стребелева // Дефектология.- 2002.- № 5, С.9-19. Шипицина, Л.М. Обучение детей с проблемами в развитии в
5. Купреева О.И. Особенности психологического сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: материалы международной научно-практической конференции (20-22 июня 2011, Москва) / Московский городской психолого-педагогический университет; Ред.кол.: С.В. Алехина и др. – М.: МГППУ, 2011. – С.210-211.
6. Кутбиддинова Р. А. Психолого-педагогические аспекты обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 21–25. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/56115.htm>.
7. Методические рекомендации по обучению студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ / под ред. О.А. Козыревой: учеб.пособие для преподавателей КГПУ им. В.П. Астафьева, работающих со студентами-инвалидами и студентами с ОВЗ. – КГПУ, 2015. – 93 с.
8. Сайт для инвалидов «Дверь в мир» <http://doorinworld.ru/zakonodatelstvo/80-federalnyj-zakon-qob-obrazovanii-licz-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovyaq->
9. Сорокоумова С.Н. Психологические особенности инклюзивного обучения // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, Том 12, №3, 2010. – С. 134-136.

Опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН)

Авторы – сотрудники Первого Московского медицинского института им. И.М. Сеченова.

Цель – оценить самочувствие, активность и настроение.

Теоретическая основа. Самочувствие (С) = сила+ здоровье +утомление. Активность (А) = подвижность+скорость+темп протекания функций. Настроение (Н) = характеристики эмоционального состояния.

Инструкция. Соотнесите своё состояние с рядом признаков по шкале, состоящей из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположенной между 30-ю парами слов противоположного значения. Выберите и обведите кружком на каждой шкале только одну цифру, наиболее точно отражающую Ваше состояние в момент обследования.

Бланк ответов (с текстом опросника)

№	Состояние	Варианты ответов							Состояние
		3	2	1	0	1	2	3	
1	самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	самочувствие плохое
2	чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	чувствую себя слабым
3	пассивный	3	2	1	0	1	2	3	активный
4	малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	подвижный
5	веселый	3	2	1	0	1	2	3	грустный
6	хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	плохое настроение
7	работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	разбитый
8	полный сил	3	2	1	0	1	2	3	обессиленный
9	медлительный	3	2	1	0	1	2	3	быстрый
10	бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	деятельный
11	счастливый	3	2	1	0	1	2	3	несчастный
12	жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	мрачный
13	напряженный	3	2	1	0	1	2	3	расслабленный
14	здоровый	3	2	1	0	1	2	3	больной
15	безучастный	3	2	1	0	1	2	3	увлеченный
16	равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	взволнованный
17	восторженный	3	2	1	0	1	2	3	унылый
18	радостный	3	2	1	0	1	2	3	печальный
19	отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	усталый
20	свежий	3	2	1	0	1	2	3	изнуренный
21	сонливый	3	2	1	0	1	2	3	возбужденный
22	желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	желание работать
23	спокойный	3	2	1	0	1	2	3	озабоченный
24	оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	пессимистичный
25	выносливый	3	2	1	0	1	2	3	утомляемый
26	бодрый	3	2	1	0	1	2	3	вялый

27	соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	соображать легко
28	рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	внимательный
29	полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	разочарованный
30	довольный	3	2	1	0	1	2	3	недовольный

Обработка данных. Цифры, обведенные кружками, перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2 балла; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (учтите, что полюса шкалы постоянно меняются). Положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. По этим «приведенным» баллам и рассчитывается среднее арифметическое – как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению.

Ключ

Самочувствие (С): № 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность (А): № 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение (Н): № 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Интерпретация результатов. Средние оценки для выборки: самочувствие – 5,4; активность – 5,0; настроение – 5,1.

Показатели	Уровни выраженности показателей				
	Н низкий (саз)	НС ниже среднего (саз)	С средний (саз)	ВС выше среднего (саз)	В высокий (саз)
Самочувствие	1,0 - 2,2	2,3 - 3,4	3,5 - 4,5	4,6 - 5,7	5,8 - 7,0
Активность					
Настроение					
Среднеарифметический общий балл					

Примечание: саз – среднее арифметическое значение.

Экспресс-диагностика склонности к немотивированной тревожности (в. В. Бойко)

Инструкция. На предложенные 11 ситуаций вам необходимо дать ответ «да» или «нет».

Текст опросника

1. В детстве вы были пугливым, робким ребенком.
2. Ребенком вы боялись оставаться один в доме (возможно, боитесь и сейчас).
3. Вас иногда преследует мысль, что с вами может случиться что-то страшное.
4. Вы пугаетесь во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (пугались в детстве).
5. У вас часто бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности.
6. Вам страшно спускаться в темный подвал.
7. Вам часто снятся страшные сны.
8. В вашем воображении обычно возникают неприятные мысли, когда близкие без предупреждения задерживаются.
9. Вы чаще всего беспокоитесь, как бы чего не случилось.
10. Вы очень переживаете, когда близкие уезжают на отдых, в командировку, за границу.
11. Вам страшно летать самолетом (или ездить поездом).

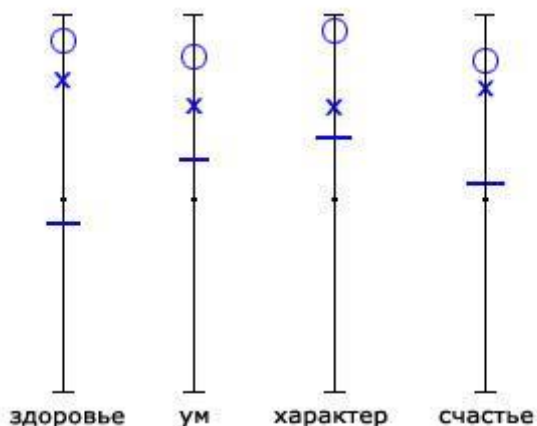
Обработка и интерпретация результатов

Чем больше утвердительных ответов вы дали, тем отчетливее выражена дисфункциональность обсуждаемого стереотипа эмоционального поведения: *11 баллов* - необоснованная тревожность проявляется ярко и стала неотъемлемой частью вашего поведения; *9 баллов* - у вас есть некоторая склонность к тревожности; *4 балла и меньше* - склонности к тревожности нет.

Исследование самооценки с помощью теста Дембо-Рубинштейн

Проведение теста Методика внешне очень проста. На листе бумаги проводится вертикальная черта, обозначающая одно из свойств, например, счастье. Верхний край соответствует состоянию, где, по вашему мнению находится самый счастливый человек, которого можно представить, а нижнему соответствует состояние самого несчастного человека. То есть внизу находятся отрицательные ценности, которых человек старается избежать, а сверху наоборот положительные, к которым человек стремится.

Человеку нужно обозначить место на этой линии, которое, по его мнению, соответствует его текущему уровню чертой (-). То, каким уровнем развития качества он был бы удовлетворен, нужно обозначить кружком (о). И крестиком (х) необходимо обозначить то место на шкале, где вы можете оказаться, объективно оценивая свои возможности.



образ теста Дембо-Рубинштейн

Рубинштейн предлагала в методике 4 обязательные шкалы: здоровье, умственное развитие, характер и счастье. Но можно добавить дополнительные анализируемые свойства, например, удовлетворенность собой и оптимизм.

Для удобства на листке бумаге нужно начертить столько линий, сколько качеств вы тестируете (например, 6), при этом высота каждой линии должна быть 100 мм для удобства последующих измерений. Каждый миллиметр шкалы будем считать за 1 балл. На каждой линии должны быть обозначения верхней и нижней точек (заметными горизонтальными линиями), а также середины

шкалы (небольшой точкой). Образец можно увидеть на рисунке.

Тест необходимо выполнить до чтения интерпретации результатов. В противном случае понимание интерпретации повлияет на выполнение теста.

Интерпретация результатов Интерпретация результатов приведена в ее классическом виде.

Основные параметры самооценки – это ее высота, устойчивость и реалистичность.

После простановки отметок мы получаем: уровень притязаний – от нижней точки шкалы до знака «х»; высоту самооценки – от «о» до знака «-»; и значения расхождений между уровнем притязаний и самооценкой.

Высота самооценки (-)

Количество баллов примерно от 50 до 75 («средняя» и «высокая» самооценка) соответствуют реалистичной или адекватной самооценке. Количество баллов от 75 до 100, как правило, свидетельствует о завышенной самооценке и указывает на какие-то отклонения в формировании личности. Такая самооценка может указывать на искажения в формировании личности – закрытость для нового опыта, нечувствительность к своим ошибкам, замечаниям и оценкам окружающих. Количество баллов ниже 50 указывает на заниженную самооценку.

В принципе поставленная человеком оценка должна служить предметом дальнейшего анализа. Почему он сделал отметку именно в этом месте шкалы?

Уровень притязаний (х)

Реалистический уровень притязаний характеризует количество баллов от 60 до 90. Результат от 90 до 100 баллов обычно удостоверяет нереалистическое, некритическое отношение к собственным возможностям. Результат менее 60 баллов свидетельствует о заниженном уровне притязаний, свидетельствующий о неблагоприятном развитии личности.

В соответствии с классической моделью нормальная актуальная самооценка (-) должна находиться чуть выше середины; идеальная самооценка (о) чуть ниже верхнего полюса, а оценка своих возможностей (х) – между этими отметками.

Самооценка считается пониженной, если большинство отметок актуальной самооценки стоят ниже средней

отметки. В этом случае можно говорить о чрезмерной критичности, или чрезмерной требовательности к себе.

Соотношение между параметрами самооценки

Теперь посмотрим соотношения между всеми значками. Символы «х» должны находиться между символами «о» и «-». Расстояние между х и о – это интервал недостижимого. Желаемого, но недостижимого. «Х» – это то, что «человек сможет», а то, что выше нее, – «недоступно». Ниже «х» вплоть до актуальной самооценки – то, что достижимо. Соотношение между этими двумя интервалами (выше и ниже х) определяет уровень оптимизма испытуемого. Чем больше интервал возможного и меньше – невозможного, тем выше уровень оптимизма.

Высота «кружков» должны стоять немного ниже верхнего полюса. Если «кружок» находится на полюсе, можно предполагать незрелое отношение к ценностям. Зрелый человек не мечтает быть идеальным. Чрезмерно высокая актуальная самооценки служит признаком нереалистичности. Неравномерная самооценка, когда показатели разных шкал серьезно отличаются друг от друга, может говорить об эмоциональной неустойчивости.

«О» – идеальная самооценка, символизирует уровень мечты человека. Обычно все люди испытывают потребность мечтать. Если мечта сбывается, то возникает новая мечта. Мечта, для того чтобы сбыться, должна превратиться в цель. То есть символом «х» мы обозначаем уровень цели или реальных перспектив. По мере достижения цели, место мечты, превратившейся в цель, занимает другая мечта, а «о» по-прежнему стоит выше «х». Если этого не происходит, мы говорим об «инфляции мечты».

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге.

Адаптация Т. И. Балашовой

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Полное тестирование с обработкой занимает 20-30 мин. Испытуемый отмечает ответы на бланке.

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$УД = \sum_{пр.} + \sum_{обр.},$$

где $\sum_{пр.}$ — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\sum_{обр.}$ — сумма цифр «обратных», зачеркнутым, высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Например: у высказывания № 2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла; у высказывания № 5 зачеркнут ответ 2, мы ставим в сумму 3 балла; у высказывания № 6 зачеркнут ответ 3 — ставим в сумму 2 балла; у высказывания № 11 зачеркнут ответ 4 — ставим в сумму один балл и т. д.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более чем 70 баллов.

Бланк для ответов

Шкала депрессии		Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
Фамилия _____ Дата _____					
Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».					
1.	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2.	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3.	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4.	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5.	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6.	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7.	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4

10.	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11.	Я мыслю также ясно как всегда	1	2	3	4
12.	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14.	У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15.	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16.	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17.	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18.	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4
20.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Типы психического реагирования

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым на основе оценки влияния трёх факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Типы объединены по блокам. Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: *гармоничный, эргопатический и аногнозический типы*. Во второй и третий блоки включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (*тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический*). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетённом состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы - «капитуляции» перед заболеванием и т.п. В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: *сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический*. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования (Э.Б.Карпова).

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (Л.И. Вассерман). Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный - ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий — связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Приводим также описание тринадцати типов психологического реагирования на заболевание по А.Е. Личко.

Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обменять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации -переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе - сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своем деле.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Активности

человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт, и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно, значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие люди обрели новую дополнительную заботу. Он как гармоничный человек не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожные, угнетенность - следствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевание является одним из типичных. Он базируется на появившемся в связи с заболеванием изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги могут быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни.

Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезнях и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при описании его врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, возможное улучшение, эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный, тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющийся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы саногенеза приводят к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как гипопатический, поскольку истинного и полного безразличия у пациента на отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и

фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадают интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья.

Собственно, апатический, т.е. с утратой интереса ко всему, встречается крайне редко.

Неврастенический. Поведение по типу «раздражительный слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Неврастенический (правильнее - астенический)- тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобический. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а так же возможных (но маловероятных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и особенно ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (например, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра: от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Сенситивный. Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни. Опасения, что окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни являются рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечаются робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботой - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видит только «конкурентов» и относится к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» нередко используется им для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получить

от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на течение болезни.

Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характерологические особенности.

Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами».

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствуют уклонению от лечения.

Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь на разу анальгетиков не принимал», - с гордостью говорят они).

Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте - бредоподобный) тип реагирования отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Он возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями

Онкологическая патология

Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических донозологических реакций на диагноз и прогноз заболевания до острых психозов) при онкологической патологии - частное явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенного- реактивного характера; с другой (соматогенной) - онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же если онкологический процесс локализуется в гармоноподуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одними из основных этапов терапии, вследствие этого они выступают дополнительным фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование. В комплексе оперативного вмешательства существенную роль для психики могут

играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у онкологически больных резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессующей нагрузки, как злокачественная опухоль.

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию во многом зависят от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (А.В. Гнездилов). Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера.

Проявления психологических сдвигов и выраженность психических нарушений практически не коррелируют связь между возникновением, формированием и качественными характеристиками психических нарушений при онкологических заболеваниях с патофизиологическими механизмами, находящимися не в линейной зависимости друг от друга. При этом заметной становится роль субъективная - психологическая. Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если оценить тяжесть рака позволяют количественные математические критерии (величина опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным (даже психотическое нарушения позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического), что связано с вовлеченностью в процессе с ее экзистенциальными параметрами, априорно не поддающимися «учету и контролю». Вследствие этого можно считать нецелесообразным указание на глубину психогенных реакций у онкологически больных трёх видов: реакции лёгкой, тяжёлой и средней степени. Даже суицидальные попытки по сути не могут отражать объективной тяжести состояния, т.к. в процессе психического переживания участвуют как минимум два агента: объективное событие и личность со спецификой отношения к событию.

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный, послеоперационный, этап выписки и катamnестический (Е.Ф. Бажин, А.В. Гнездилов).

Системный подход к анализу формирования пограничных психических расстройств при онкологических заболеваниях позволил В.Я.Семке и А.Н.Гузеву разработать модель психосоматических соотношений с выделением трёх уровней адаптации: биологического (соматогенного), конституционально-типологического (личностного) и психологического

Из социально-психологических факторов, влияющих на выраженность психических переживаний и патогенез психических нарушений при онкологической патологии, важным является «синдром изоляции», а также характерологический преморбид. По мнению Е.Ф.Бажина и А.В.Гнездилова, среди онкологических больных могут быть выделены несколько основных групп по характерологическим параметрам. Группа синтонных лиц отличается в преморбиде такими чертами, как сердечность, общительность, с преобладанием в преморбиде эмоциональных черт. Для них при заболевании раком характерны относительно адекватные формы психогений -астенодепрессивные и астеноипохондрические реакции, которые, как правило, не достигают значительной степени выраженности и относительно нестойки. Эти больные весьма чувствительны к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно

легко адаптируются. У тех пациентов, у которых в преморбиде отмечаются «циклоидные» черты, психогенные реакции сходны с реакциями синтонных, отличаясь лишь глубиной и стойкостью. Группа «шизоидных» больных характеризуется чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности, преобладанием интеллектуализированных интересов. При развитии у них психогенных реакций отмечается склонность к образованию сверхценных и бредаподобных идей, аутизацией, самоизоляции, суицидальных тенденций. Группе «возбудимых» в преморбиде присущи вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность, торпидность, вязкость, мелочность и педантичность. В условиях хронической болезни такие пациенты могут давать реакции в виде раздражительности, озлобленности вплоть до агрессии. Больные с преморбидными «истероидными» чертами реагируют на болезнь, как правило, деперсонализационно-дереализационными симптомами, а тревожно-мнительные - обсессивно-фобическими.

Онкологические заболевания и психическое состояние пациентов имеют двухканальную связь. С одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление психических переживаний (от донозологических до выраженных клинических психопатологических); с другой - в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбида и типов психического реагирования на заболевание.

Терапевтическая патология

Заболевания, относимые к терапевтической группе, объединяют большой круг соматической патологии. В данный раздел включено освещение вопросов психологии больных с собственно терапевтической, эндокринологической, неврологической патологией.

Наиболее известными соматическими заболеваниями, связанными с психологическим воздействием и проявляющимися помимо соматического психическими симптомами, является гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие. В данной главе приведены описания психологических особенностей больных с хронической терапевтической патологией, которая не отнесена к психосоматическим заболеваниям.

Ситуация хронического соматического заболевания описывается В.В.Николаевой как провоцирующая кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде. Суть патогенного воздействия болезни на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву - сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А.Ш.Тхостовым «сдвигом цели на мотив».

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания считается измененной:

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности - например, патологическая деятельность голодания при анорексии).
2. Замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии).
3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).
4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т. е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.
5. нарушение степени критичности и самоконтроля.

При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого появляются замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Наряду с общими закономерностями влияния болезни на личность при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место феномен, который RJohnson назвал «социокультуральной символикой сердца». Связано это с тем значением, которое придает человек сердцу. Целый ряд факторов, оказывающих тяжелое истощающее воздействие, участвует в гнезде изменений психики у больных с приобретенными пороками сердца (Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю.Коржова). У больных отмечаются инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов, эгоцентричность, а также обидчивость, несдержанность. Наиболее частым, по мнению Л.Ф. Бурлачука и Е.Ю.Коржовой, типом отношения к болезни являются сенситивный и эргопатический. Следует отметить, что эргопатический можно считать довольно типичным для пациентов с разнообразной патологией сердца.

Среди неврологических заболеваний особо выделяется остеохондроз позвоночника, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека является весьма существенной. Считается, что в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога способны приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ею высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки. Интересны выявленные корреляции между нарушениями преднастройки и к мышечным движениям у пациентов с остеохондрозом и снижением способности к антиципации - (вероятностному прогнозированию) у больных неврозами, что позволило Я.Ю. Попелянского говорить о сходстве патогенетических механизмов этих заболеваний.

Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживаются эргопатический, неврастенический и тревожный типы реагирования на заболевание, при адекватном двигательном стереотипе - гармоничный (Е.Г. Менделевич). При этом наблюдается два различных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, с одной стороны, оказывается анозогностически - эропатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, «разработать» движения. С другой стороны, патогенным оказывается преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз, важным оказывается представление об этом заболевании как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным стереотипом.

Хирургическая патология

В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и послеоперационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены чаще других - тревога.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента

врасплох в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени. Иными словами, для клинического психолога важным становится тот факт, что психологическая готовность к терапевтическим и хирургическим мероприятиям со стороны больного кардинально различается. У пациента с хроническим соматическим заболеванием адаптация происходит, условно говоря, к настоящему статусу, а у хирургического - к будущему.

Отличительными особенностями психологи пациента хирургической клиники считается экспектация послеоперационного статуса, сопровождающаяся предоперационной и постоперационной тревогой. Особых реакций можно ожидать от пациентов, подвергающихся трансплантологическим оперативным вмешательствам, связанных с внутриличностным конфликтом по поводу приобретения органов другого человека. Данный факт влияет на самооценку человека, восприятие и принятие себя как целостной личности после операции. Нередки в подобных ситуациях деперсонализационные расстройства и нарушения восприятия собственной схемы тела.

В хирургической практике значимым оказывается стратегия выбора пациентом способа лечения. Больной, нацелен на психологическую стратегию «избегания неудач», будет относиться к оперативному вмешательству как к последнему средству болезненных проявлений и согласится на операцию лишь после того, как будут использованы все иные паллиативные способы. Пациент же, исповедующий психологическую стратегию «стремления к успеху», самостоятельно может обратиться за хирургической помощью и настаивать на скорейшей операции. Суть психологических отличий этих пациентов заключена в принятии существующего состояния и отношения у риску его ухудшить в процессе терапии. «Не было бы хуже», - принципиальная психологическая позиция пациента, принимающего болезненные симптомы своего заболевания и стареющегося адаптироваться даже к самым тяжелым из них. Он боится потерять то, что имеет, и впоследствии раскаиваться за собственное решение произвести операцию. «Лучше пусть будет хуже, чем терпеть то, что есть», - позиция другой группы пациентов, соглашающихся рисковать и идти на операцию ради кардинального улучшения собственного состояния здоровья. При этом у первых истинное состояние здоровья может быть лучшим, чем у вторых.

Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. Тревога проецируется в будущее, отражая ожидания от качества операции, будущего состояния, удовлетворенности тем, что согласился на операцию. Постоперационная тревога, которая клинически может быть идентичной, связана с перенесенным операционным стрессом, со сличением экспектаций (ожиданий) и реальности. Считается (И. Джанис), что существует связь между выраженностью тревоги в предоперационном и постоперационном периодах.

Можно утверждать, что постоперационное состояние (как психическое, так и общее) во многом зависит от психологического радикала в предоперационном периоде. Лица с умеренно выраженной тревогой, которые

трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и избавления от тех или иных симптомов болезни, возможность появления постоперационных осложнений, психологически более адекватно реагируют на собственное состояние. Высокий или низкий уровень тревожности, основанный либо на завышенных, либо на заниженных экспектациях, способствует формированию дезадаптационных психических состояний.

Психофизиологическая и психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей (в частности, пересадки сердца) является одной из наиболее сложных для пациента. «Я демон Франкенштейна, живу с сердцем, которое мне не принадлежит», - были одни из первых слов, произнесенных первым пациентом с пересаженным донорским сердцем. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечаются серьезные психологические изменения вплоть до «изменения нравственных и моральных установок» (М. Вухтон). Это связано с тем, что пересадка донорского сердца осознанно или бессознательно расценивается пациентом как вторжение не только в соматическую, но и в душу человека. Больной становится склонным анализировать связь

сердца с душевной жизнью человека - донора, оценкой возможности жизни после смерти и других философских вопросов. Под нашим наблюдением (В.Д. Менделевич, Д.А. Авдеев) находился пациент Б. 48 лет с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, прогрессирующая с частыми приступами острой коронарной недостаточности, постинфарктным кардиосклерозом, которому была произведена аллотрансплантация сердца.

Из психологического анамнеза: до операции характеризовался спокойным, уравновешенным человеком, ответственным исполнительным работником (служащий одного из промышленных предприятий), не отличавшимся религиозностью. Динамика психического состояния до и после пересадки сердца выглядела так. В течении пяти месяцев с момента согласия на операцию был адекватен. В психическом статусе отмечалась астеническая симптоматика. Пациент в силу особенностей своего характера (настойчивость, ответственность и др.) активно добивался направления на операцию по трансплантологии в лучшую клинику страны к известному хирургу. По его словам, «ни минуты не колебался, что это единственно правильное решение для сохранения жизни в условиях болезни сердца». После того, как консультантами-хирургами было дано согласие на оперативное вмешательство и предполагалось лишь ожидание подходящего донорского сердца, психологическое состояние больного несколько изменилось. У него появились опасения возможных послеоперационных осложнений, результативности операции, которые, однако, не носили стойкого характера и рационализировались пациентом без использования транквилизирующих средств. В постоперационном периоде соматическое состояние больного соответствовало тяжести проведенной операции. Через несколько часов после выхода из наркоза в сознании больного возникла мысль: «Я, наверное, изменился, я стал другим». Появление таких назойливых мыслей было для самого больного неожиданным и неприятным. Первое время он не мог точно сформулировать свои негативные представления о появившихся изменениях: «Думалось, что по-другому стал чувствовать, прислушивался к работе нового сердца. Ожидал, что оно вдруг остановится и все усилия пойдут насмарку, зряшными станут попытки возродить себя». Периодически в момент ухудшения соматического состояния появлялись мысли о том, что напрасно он добивался операции, прикладывал к тому столько усилий. В те моменты был печален, настроение ухудшалось до степени депрессии. Не интересовался практически ничем, кроме собственного самочувствия, не проявлял радости при встрече с родственниками. Через два месяца после выписки из стационара, пристально следя за изменениями сердечного ритма, стал высказывать следующие предположения: «Наверное, мне пересадили какое-то ненормальное сердце или может быть, в этом сердце клубок неразрешенных проблем? Скорее всего там неразделенная любовь» (больной располагал сведениями о том, что донорское сердце принадлежало 21- летнему суициденту). Он характеризовал переживаемые ощущения как «состояния психологического дискомфорта» и далее пояснил схематично: «сердце - это основной орган человека, в моей груди сердце молодого парня - кто же я такой?» В определенной степени больного стало смущать, что донор был человеком другой национальности. «Теперь я - гибрид», - с грустью заявлял он. Через пять месяцев после операции пациент продолжал беспокоиться по поводу пересаженного чужого сердца. У него отмечалось эпизоды депрессивного-деперсонализационного синдрома в рамках невротических расстройств, который был назван «синдром чужого сердца» .

Х.Дейч выдвинул три постулата, описывающих эффективную адаптацию к хирургическому стрессу:

- Эффективная адаптация предполагает восприятие сигналов тревоги, определенную степень ее ассимиляции, что дает, в конечном счете, возможность облегчения душевного состояния больного.
- Для того, чтобы адаптация была эффективной, ее механизмы должны быть достаточно гибкими, что позволяло бы вносить необходимые изменения в процессе интеграции тревоги во время антиципации хирургического стресса, а также в адаптацию к психологическим и физиологическим последствиям операции.
- Для поддержания душевного равновесия в хирургической ситуации необходимой является не стабильность, а реактивность.

Известным психологическим синдромом в хирургической практике является синдром Мюнхаузена. Он проявляется и непреодолимым желанием человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни. Такие пациенты стремятся прибегать к помощи хирургов вследствие болезненных и

разнообразных неприятных ощущений, которые они чаще всего локализируют в брюшной области. Кроме того, с целью быть прооперированными пациенты склонны к проглатыванию мелких предметов (пуговиц, монет, булавок). Ашер описал три варианта синдрома Мюнхаузена: 1) острый абдоминальный, приводящий к лапаротомии; 2) геморрагический, связанный с демонстрацией кровотечений и 3) неврологический, включающий демонстрацию обмороков и припадков. Мотивами подобного поведения, которое не является в чистом виде симуляцией, считается привлечение таким способом внимания к собственной персоне или стремление избежать какой-либо ответственности. В структуре их характера отмечаются черты инфантилизма и изменения иерархии ценностей. Чаще всего синдром Мюнхаузена встречается у людей с истерическими чертами характера или так называемыми истерическими личностными расстройствами.

Дефекты тела и органов чувств

В силу особой значимости для любого человека существенных и заметных изменений внешности человека можно говорить о типичности и специфичности психологических девиаций при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами схожи собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено несколькими причинами, среди которых выделяются значимость социального статуса человека с каким-либо дефектом и отношение к нему в обществе, а также изменение личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Среди косметических дефектов наиболее значимыми являются патологические изменения и деформации лица или отдельных его составляющих. По мнению Н. Лакошиной и Г. Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на его дефект обращают внимание окружающие. У него реже, чем при другой патологии, возникает чувство отвращения к себе. По сравнению с ними люди с обезображивающими изменениями лица реагируют в большей степени самоуничтожительно. Они становятся обидчивыми, раздражительными, чувствительными, боятся появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко размышляют о самоубийстве. В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов к перечисленным психологическим проявлениям присоединяются чувство стыда, безразличия и опасения, что окружающие станут избегать их в силу страха заразиться.

Заикание является своеобразным видом дефекта, который может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. При появлении заикания начинает нарушаться вся система личностных отношений (В.М.Шкловский). Наиболее частым признаком становится страх речи (логофобия). Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к патологической замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключая частое длительное общение.

Психологические особенности слепых и глухих людей обуславливаются нарушением одного из сфер познавательной деятельности. Пациенты с подобными дефектами органов чувств становятся нерешительными, робкими, зависимыми от близких. У них нередко формируется сверхценные идеи ущербности, сочетающиеся с такими качествами личности, как принципиальность, справедливость, законопослушание, высокий уровень нравственных требований по отношению к себе и окружающим. В.Ф. Матвеев и Д.Ч. Темоев описали различные варианты изменений личности в связи со слепотой: астенический, ипохондрический, ананкастный. У пациентов с тугоухостью чаще встречаются идеи отношения, обидчивость, повышенная тревожность. Они становятся подозрительными, стеснительными, стараются скрыть свой дефект.

Особую группу составляют лица, перенесшие радикальные хирургические операции — так называемые «калечащие операции». К ним относят мастэктомию, гистерэктомию, овариэктомию и некоторые другие. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Радикальные гинекологические операции существенно влияют на самооценку женщин. При мастэктомии у больной могут возникать тревожные опасения по поводу изменения отношения со стороны мужа или близких в силу эстетического дефекта, при гистерэктомии и овариэктомии из-за сексуального

дефекта. Многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомию, стараются скрывать от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи.

Многие пациенты сексологического профиля, говоря о проявлениях собственной патологии, часто употребляют термин «дефект». Суть «сексуального дефекта» заключается в резком снижении самооценки человеком, у которого появились симптомы сексологических расстройств (аноргазмия, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов появляется два вида реакций. У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности и самообвинения и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии своему партнеру — экстрапунитивный тип реагирования. Типичным является попытка скрывать наличие сексуальных симптомов и проблем в силу непрестижности и стыда.

Близким по проявлениям к вышеописанному считается «психический дефект» (в том числе интеллектуальный). Возникновение «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами и психопатологическими симптомами, как правило, возможно лишь при не психотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» появляется у больных с невротическим и личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров они становятся замкнутыми, сужают контакты, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции.

Анкета комфортности

1. В колледже созданы благоприятные условия для полноценного обучения и развития личности студентов.

- а) да
- б) нет
- в) не задумывался
- г) свой вариант _____

2. Я испытываю положительные эмоции, когда прихожу в колледж.

- а) да
- б) нет

3. Мне кажется, что в моей учебной группе сложились доброжелательные межличностные отношения.

- а) да
- б) нет
- в) не задумывался
- г) свой вариант _____

4. Преподаватели колледжа относятся к нам, студентам 1 курса, доброжелательно.

- а) да
- б) нет
- в) не задумывался
- г) свой вариант _____

5. Период адаптации к новой социальной ситуации, то есть к обучению в ГБПОУ КК «КТЭК», у меня завершился.

- а) да
- б) нет

6. (незаконченное предложение). Мне хотелось бы, чтобы в

колледже.....
.....
.....

(перечислить пожелания, предложения, замечания, как положительные, так и отрицательные, связанные с жизнедеятельностью в колледже).