

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра психологии и педагогики  
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология  
Специализация: Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

на тему: Внутренняя картина болезни детей, оставшихся без попечения  
родителей

Исполнитель  
студент группы 16608

А.В. Севитова

Руководитель  
доцент, канд.псих.наук

С.Р. Зенина

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

Л.А. Тракова

Благовещенск 2017

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук  
Кафедра Психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ЗАДАНИЕ**

К дипломной работе студента СЕВИТОВОЙ АНАСТАСИИ  
ВАДИМОВНЫ

**1. Тема дипломной работы:** ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ  
ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

(утверждено приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

**2. Срок сдачи студентом законченной работы** 01.02.2017 г.

**3. Исходные данные к дипломной работе:**

Проблемы внутренней картины болезни изучали многие авторы, в первую очередь такие, как Р.А. Лурия, М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов, В.Е. Каган и др.

Структура внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает четыре уровня:

- чувственный, или сенситивный, – комплекс субъективных болезненных ощущений;
- эмоциональный – эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека;
- интеллектуальный – знания о болезни и ее рациональная оценка,

глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания;

- мотивационный – возникновение новых мотивов и перестройки преморбидной – доболезненной – мотивационной структуры и восстановлению здоровья (или отношение пациента к своему заболеванию и восстановлению здоровья).

**4. Содержание дипломной работы** (перечень подлежащих разработке вопросов):

- 1) Понятие внутренней картины болезни и типы отношения к болезни;
- 2) Особенности формирования внутренней картины болезни у детей;
- 3) Психологические особенности детей оставшихся без попечения родителей.

**5. Перечень материалов приложения:** (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).

Данная дипломная работа содержит 85 с., 3 таблицы, 5 рисунков, 5 приложений и 53 источника.

**6. Дата выдачи задания:** 7 сентября 2016 года.

Руководитель дипломной работы: Зенина Светлана Рашидовна, кандидат психологических наук, доцент

Задание принял к исполнению : \_\_\_\_\_

(подпись студента)

## РЕФЕРАТ

Данная дипломная работа содержит 85 с., 3 таблицы, 5 рисунков, 5 приложений и 53 источника.

### БОЛЕЗНЬ, ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ, ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, ДЕТИ, ОСТАВШИЕСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В первой главе рассматривается понятие внутренней картины болезни, типы отношения к болезни, особенности формирования внутренней картины болезни у детей и психологические особенности детей оставшихся без попечения родителей.

Во второй главе рассматриваются организация и методы исследования внутренней картины болезни детей оставшихся без попечения родителей и уровней ВКБ. Представлен анализ полученных данных и интерпретация результатов исследования.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения внутренней картины болезни детей, оставшихся без попечения родителей	9
1.1 Понятие внутренней картины болезни и типы отношения к болезни	9
1.2 Особенности формирования внутренней картины болезни у детей	21
1.3 Психологические особенности детей, оставшихся без попечения родителей	32
2 Изучение особенностей внутренней картины болезни детей, оставшихся без попечения родителей	44
2.1 Организация и методы исследования	44
2.2 Анализ результатов исследования	64
Заключение	74
Библиографический список	76
Приложение А Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)	81
Приложение Б Индивидуально типологический опросник (Собчик Л.Н., детский вариант)	87
Приложение В Стиль саморегуляции поведения (Моросанова В.И.)	89
Приложение Г Результаты диагностики внутренней картины болезни	92
Приложение Д Рекомендации по психокоррекционной работе с детьми, оставшимися без попечения родителей	98

## ВВЕДЕНИЕ

«Симптомы, ощущения, страдания, расстройства следует анализировать с той же тщательностью, с которой исследуется химическое тело», – утверждал французский психофизиолог Лабори, основоположник применения гипбернации и первооткрыватель аминазина, совершившего переворот в психиатрии. Отечественный врач А.Ф. Билибин говорил, что деятельность врача течет между двух скал – сердцем и разумом (пациента). И. Харди (1981), автор исследования «Врач, медсестра, больной», называл невнимание к переживаниям пациента «медицинской скотомой».

Внутренняя картина болезни находится под влиянием многих факторов. Знание этих факторов позволяет лучше понимать внутренние переживания больного и в случае необходимости оказывать влияние на отношение пациента к своему заболеванию (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983).

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от формирования у взрослых тем больше, чем моложе ребенок. Внутренняя картина болезни в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным, она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Представление о своей болезни у ребёнка является частью его самосознания и отражает особенности его самооценки. Всё это в целом определяет внутреннюю картину болезни, которая, по мнению Р.А. Лурия, представляет собой сочетание субъективного переживания болезненных симптомов, знание о своей болезни и отношение к ней. Таким образом, внутренняя картина болезни включает в себя как интеллектуальный, так и эмоциональный компоненты. В силу индивидуальных различий и неодинакового воспитания детей внутренняя картина болезни значительно различается в разных случаях заболевания, знание её особенностей представляется важным для правильного выбора воспитательных и

психотерапевтических воздействий, направленных на предотвращение патологического формирования личности.

На формирование внутренней картины болезни ребенка оказывают влияние не только личностные качества ребенка, и его характер, но и внешние факторы, а именно средства массовой информации, ближайшее окружение, родители.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, являются особой категорией детей. В силу сложившихся обстоятельств они находятся на попечении государства. Их воспитанием занимаются сотрудники государственных учреждений – интернатов, детских домов. У таких детей несколько иное восприятие окружающего мира и самих себя, у них другой жизненный опыт. По этим и другим причинам дети, оставшиеся без попечения родителей, иначе воспринимают болезнь и по-другому относятся к ней. Важно знать, как именно происходит процесс формирования внутренней картины болезни у детей, оставшихся без попечения родителей, каков ее характер для того, чтобы была возможность скорректировать ее в положительном направлении и способствовать воспитанию здоровой оценки собственного состояния.

Цель данной работы состоит в изучении внутренней картины болезни детей, оставшихся без попечения родителей.

Объект исследования: внутренняя картина болезни.

Предмет исследования: внутренняя картина болезни детей, оставшихся без попечения родителей.

Задачи исследования следующие:

- 1) проанализировать литературу по проблеме внутренней картины болезни и выявить особенности ее формирования у детей; изучить понятие внутренней картины болезни и выявить особенности ее формирования у детей;
- 2) рассмотреть типы отношения к болезни;
- 3) выявить тип отношения к болезни, уровень сформированности волевых качеств, психологические особенности детей оставшихся без попечения родителей.

Гипотеза: Существуют особенности ВКБ детей оставшихся без попечения родителей.

Методы исследования: анализ литературы, тестирования, методы статистической обработки данных.

При написании данной работы были использованы такие методы, как анализ литературы, метод тестирования, метод статистической обработки.

База исследования: Государственное бюджетное учреждение Амурской области «Благовещенский Социально Реабилитационный Центр Несовершеннолетних», Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение № 22.

Выборка: 30 подростков: 15 реабилитантов центра и 15 школьников 6 класса.



# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

## 1.1 Понятие внутренней картины болезни и типы отношения к болезни

За свою жизнь каждый человек встречается с какой-либо болезнью. Одни люди реже оказываются в столь неприятном положении, другие болеют чаще. При этом заболевание может протекать незаметно. Но и может, запомнится на всю жизнь. Случаются такие моменты, когда болезненное состояние организма оставляет настолько сильное эмоциональное впечатление, что даже становится причиной психологического травмирования человека. В данной ситуации болезнь определяет особенность поведенческих реакций на всю жизнь.

На процесс формирования человеком представлений о своей болезни сказывается: обращение в медицинское учреждение, понимание поменявшихся ощущений после болезни, проверкой организма после минувшего заболевания, а также выработка определенных взглядов на болезнь и лечебный процесс. Для пациента не маловажное значение имеет доступная информация о его заболевании. Изменение психики больного, случаются в результате работы психических механизмов – это происходит при возникновении заболевания [44]. В результате чего у пациентов складывается субъективное мнение о своем недуге.

Для показа субъективного восприятия заболевания в научной литературе применяется немалое количество терминов, которые были введены разнообразными авторами. Но применение этих терминов нередко используются очень похожим образом. В отечественной психологии такие термины звучат как, «внутренняя картина болезни», «реакция на болезнь», «отношение к болезни», «переживание болезни», «стиль переживания болезни», «осознание болезни», в зарубежной же литературе можно встретить такую терминологию как – «личностное значение болезни», «аутопластическая картина болезни», «психосоциальная реакция на болезнь» [53].

О внутренней картине болезни говорят тогда, когда сущность болезни обуславливается внутренними эмоциональными переживаниями человека. Лурия Роман Альбертович впервые употребил это определение. В настоящее время оно приобрело широкое использование в психологии и медицине.

По взгляду Р.А. Лурия, внутренняя картина болезни связывает в себе все то, «что ощущает и чувствует больной, весь спектр его чувств, самонаблюдение, его общее состояние здоровья, его убеждения на заболевание, о ее причинах – весь тот большой мир пациента, который состоит из весьма сложной комбинации ощущения и восприятия, аффектов, эмоций, конфликтов, психических травм и переживаний» [25].

С точки зрения В.Е. Каган внутренняя картина болезни – это внутренняя картина здоровья в условиях болезни. Так как болезнь никогда в жизни не переживается сама по себе, а всегда соединена с жизненным опытом человека, она обуславливается как частный случай внутренней картины здоровья [49, с. 1].

Являясь довольно сложным образованием по своей структуре, ВКБ состоит из ряда уровней, таких как: чувственный (чувственный), эмоциональный, интеллектуальный, волевой.

Рассмотрим их подробно:

- 1) Чувственный, т.е. уровень ощущений.
- 2) Эмоциональный – данный уровень связан с представлением, знанием больного о собственном заболевании. Размышлением о причинах и последствиях данного заболевания.
- 3) Интеллектуальный уровень – связан с знанием и представлением больного о своем заболевании, размышлением о возможных последствиях и о его причинах.
- 4) Мотивационный уровень – связан с определенным отношением больного к своему заболеванию. Связан с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни. А также с актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [4].

Данная схема учитывает весьма важный факт, что болезнь – это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменение мотивации.

Деонтологическую значимость и сущность каждого уровня ВКБ с точки зрения их важности в лечении, диагностики, общении с больными и уходе, рассмотрим ниже.

**Чувственный уровень** отражает весь комплекс субъективных ощущений больного, вызванных болезнью. Такие ощущения как, тошнота, боль, головокружение, зуд. Нередко субъективные ощущения пациента связаны с положением тела, физической нагрузкой, приемом пищи и т.д., они динамичны, то ослабевают, то снова набирают силу.

**Эмоциональный уровень:** Данный уровень отражает переживание больного своего заболевания. Он взаимосвязан с чувственным уровнем. От остроты, характера и продолжительности субъективных проявлений зависит эмоциональное переживание болезненных ощущений и болезни в целом. Эмоциональная окраска будет тем ярче, чем болезненные ощущения будут острее. На смену отрицательным эмоциям, приходят положительные эмоции, и это происходит по мере стихания острых проявлений болезни. Предстоящему выздоровлению пациент радуется только тогда, когда успокаивается и у него от этого улучшается настроение.

**Интеллектуальный уровень** свидетельствует о представлении пациента о своей болезни, о ее тяжести, причинах и возможных последствиях. Естественно, что этот уровень зависит от интеллекта пациента и его общей культуры. Данные о своей болезни они берут из литературы, СМИ и из бесед с медицинскими работниками. В беседу такие пациенты вступают охотно, к проводимым обследованиям и лечению высказывают собственное отношение.

**Мотивационный уровень:** данный уровень играет важнейшую роль в формировании ВКБ. Это в свою очередь ставит определенные деонтологические задачи перед медицинским работником. Он должен помочь пациенту выбрать путь борьбы с болезнью. ВКБ есть отражение внутренней картины здоровья. Доказано, что люди, которые полагаются в других (в их

помощи) болеют чаще, чем люди, которые чувствуют источник силы внутри себя. Будучи больным, человек должен по возможности продолжать заботиться о себе сам, продолжать какую-нибудь деятельность, не относящуюся к болезни. Помогать пациенту надо уметь. Поддержка не должна превращать человека в беспомощного ребенка [46].

Внутренняя картина мира определяется, прежде всего, личностными особенностями человека. Динамика развития болезни напрямую зависит от глубины и специфики взволнованности пациентом своего состояния [43, с. 26].

В этом случае подобает основываться на концепцию «Терминологические основы феноменологической диагностики» В.Д. Менделевича Субъективная тяжесть болезни (личной оценкой пациента его состояния) и объективная тяжесть болезни – это основополагающие характеристики манеры реагирования на то или иное заболевание [25, с. 20].

#### **Типы отношения к болезни.**

У ряда пациентов реакция на соматическую болезнь может нести патологический характер. Даная реакция может выражаться в виде невротических, психогенных, тревожно-депрессивных реакций. У иных пациентов эти реакции проявляются психологически адекватными переживаниями факта болезни. При соматических болезнях нервно-психические нарушения, как правило, складываются из реакций личности на заболевание и психических соматогенных расстройств.

От многих факторов зависит реакция личности на болезнь. Это такие факторы как характер лечения и психотерапевтической обстановки; личность пациента; характер заболевания, суждения об этом заболевании у самого больного; острота болезни и темпа развития; отношения к болезни дома родственников, знакомых, товарищей.

Отношение больного к своей болезни представляет собой существенный уровень системы отношений пациента в социальной обстановки развития его заболевания и включает вытекающие аспекты:

- отношение человека к своим чувствам, ощущениям и эмоциям,

отношение к информации о собственном диагнозе; к себе как личности в целом; отношение к окружающим, включая суждение пациента о том, как к нему и его болезни относятся остальные;

- отношение к общественным ситуациям, в которые включен больной;
- отношение к прошлым, настоящим и будущим перспективам его жизни.

Имеются разнообразные варианты реакций личности на болезнь, в основном определяемые особенностями личности больного человека. В качестве примера можно привести кое-какие из них. Ипохондрический, астено-депрессивный, психастенический, истерический и эйфорически-анозогнозический [52].

1) Ипохондрический. Человек с такой реакцией на болезнь углубляется с мельчайшие детали и подробности проявления своего заболевания. Тщательно изучает надлежащую литературу. А так же человек занимается автономным толкованием своих «симптомов», упорным обращением за помощью к докторам разных специальностей и требованием непрерывного лечения.

2) Депрессивно-астенический. Люди с данным типом реагирования встречаются наиболее часто, так как астенизация сопутствует большинству имеющихся болезней. Она выражается в ослаблении побуждений к деятельности, эмоциональной невыносливости, ощущении тотальной разбитости, подавленности, беспредметной угнетенности.

3) Психастенический. У пациента с данным типом реагирования на болезнь много страхов и беспокойств за будущее. Присутствует убежденность в том, что исход будет неблагоприятным. Навязчивые страхи – фобии, вопреки прогнозам врача и реально имеющемуся положению дел преследуют пациента.

4) Истерический. Это тип реагирования на заболевание связан с преувеличенной оценкой собственной болезни. Человек стремится так сказать «жить» болезнью. Установить ее в центр собственного внимания и внимания окружающих людей. Связан с требованием особой опеки, возмущением «недопонимания», «недооценкой», страданий больного со стороны

родственников и медперсонала. Внешнее поведение этих больных характеризуется сценичностью, чрезмерной эмоциональностью и сверхтрагичностью.

5) Эйфорически-анозогнозический. Пациент не выполняет направлений доктора. Игнорирует наблюдающийся недуг, часто наносит вред собственному здоровью и грубо срывает режим [50].

Приходится встречаться и с отрицанием больным самого факта болезни (анозогнозия). «Вытеснение» болезни, чаще всего случается при тяжелых серьезных, опасных заболеваниях. Таких как онкологические заболевания, СПИД, психические заболевания, туберкулез и др. Подобного рода пациенты либо придают значение менее тяжким симптомам и ими же истолковывают свое состояние, либо вообще игнорируют заболевание. Лечатся от той болезни, которой сами придают смысл.

Основанием возникновения реакции отрицания болезни в большинстве случаев возникает психологическая невыносимость действительного положения вещей. Невозможность больному поверить в тяжелую и опасную болезнь. Реакция отрицания болезни может также встречаться у близких родственников больного.

Бывают такие моменты, когда человек стремится утаить свои болезненные расстройства, что называется диссимуляцией. Диссимуляция имеется в основном при заболеваниях, которые сопряжены для человека с кое-какими субъективно или объективно невыгодными ситуациями. Чаще наблюдается при психозах.

Противоположным понятием диссимуляции является симуляция [46, с. 8]. Это значит что поведение, направленное на имитацию некоторых симптомов или самой болезни. Увиливание от обязанностей, достижение льгот, стремление направить на себя внимание, надобность в опеке, помощи все это может быть мотивом. Как не осознанными так и осознанными могут быть цели и личностный смысл симуляции.

Болезнь переживается трагично, когда заболевание появилось внезапно,

резко нарушился жизненный стереотип и трудоспособность.

Ипохондрическая фиксация на своих ощущениях и состояниях. Данная фиксация возникает у больных с затяжными хроническими тяжелыми заболеваниями. Это происходит на фоне астенических расстройств. Немало различных жалоб, которые не соответствуют соматическому страданию, появляется у людей с ипохондрической фиксацией. Больной делается угрюмым, хмурым, депрессивно-раздражительным. Часто у таких больных вызывает раздражение вид здоровых людей, их смех, улыбки, заботы. У таких пациентов не редки конфликты с персоналом. Истерические реакции у таких больных, выражаются временами. Когда больные стараются привлечь внимание окружающих их людей своими жалобами, такие реакции выражаются истерическими формами поведения. Утяжеление истерических реакций, могут породить взгляды и утешения в том, что болезнь неопасная, нестрашная, легкая [53].

Заострение преморбидных особенностей личности выражается при отдельных реакциях на болезнь в отдельных заболеваниях.

Адекватность реакции на болезнь зависит от интеллектуальных возможностей личности и уровня ее зрелости, так полагают многие авторы. Например, часто замечаются отвержения или вытеснения заболевания или, наоборот, «ухода в болезнь» у инфантильных незрелых личностей с чертами детскости. Часто не сильно серьезное заболевание рождает бурную реакцию тревоги у людей тревожно-мнительных, астенических. Заболевание вызывает реакцию беспокойства с последующими депрессивно-ипохондрическими и стойкими расстройствами.

Реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. Разнообразная реакция отмечается у больных с равным исходом на одну и ту же болезнь. У молодых болезнь ведет к срыву планов на будущее, у больных среднего возраста мешает выполнению замыслов, пожилыми болезнь воспринимается как неминуемый конец. В соответствии с реакцией личности, в беседе врач обязан для больного создать новую жизненную установку, непременно с

учетом его возможностей [9, с. 75].

Выбор той или иной модели общения с ним устанавливает тип пациента. Интерпретационная модель значительно подходит для малообразованных людей, совещательная же модель подходит для образованных людей, вдумывающихся в суть проблем. Типология реагирования на заболевание Н.Я. Иванова и А.Е. Личко («Медико-психологическое обследование соматических больных») включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть устанавливает тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в существенной для больного группе [46].

В первом блоке располагаются те типы отношения к болезни, при которых не совершается существенного нарушения адаптации:

1) **Гармоничный:** для этого типа реагирования присуща трезвая оценка собственного состояния без оснований все видеть в мрачном свете. Без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести заболевания. Активно способствует успеху лечения.

2) **Эргопатический:** Людям с данным типом отношения к болезни свойственен «уход от болезни в работу». Во что бы то не стало пытаются продолжить работу даже при мучениях и тяжести болезни. Работают с еще большим рвением, чем до болезни, с озлоблением. Работе отдают все время, пытаются подвергаться исследованию и лечиться так, чтобы это сохраняло возможность для продолжения работы.

3) **Анозогнозический:** для данного типа свойственно энергичное отбрасывание мысли о заболевании. Отбрасывание вероятных ее последствий, отвержение очевидного в проявлении болезни, приписывание их случайным ситуациям или другим несерьезным заболеваниям. Несогласие в лечении и обследовании, желание обойтись собственными средствами, а также не согласие в лечении и обследовании.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь,



характеризующиеся присутствием психической дезадаптации:

1) **Тревожный:** для данного типа реагирования свойственна мнительность и непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного течения заболевания, вероятных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Желание дополнительной информации о заболевании, розыск новых способов лечения, возможных осложнений, методах лечения, постоянный поиск «авторитетов».

2) **Ипохондрический:** для этого типа характерна фиксация на неприятных ощущениях и субъективных болезненных чувствах. Стремление всегда рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение истинных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Сочетание, требований тщательного осмотра и боязни вреда и болезненности процедур, желания лечиться и неверия в успех. Преувеличение побочного действия медикаментов.

3) **Неврастенический:** характерно поведение по типу «раздражительной слабости». При болях вспышки раздражения, при неудачах лечения, при неприятных ощущениях, неблагоприятных данных обследования. Нередко раздражение изливается на первого попавшегося и завершается слезами и раскаянием. Нетерпеливость. Неспособность дожидаться облегчения. Непереносимость болевых ощущений. В последующем – сожаление за беспокойство и несдержанность.

4) **Эйфорический:** присуще нередко наигранное, беспочвенно повышенное настроение. Несерьёзное отношение к болезни и презрение к лечению. Желание приобретать от жизни все, несмотря на заболевание. Надежда на то, что «само все обойдется». Легкость срыва режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно влиять на течении болезни.

5) **Меланхолический:** свойственно неверие в выздоровление. Подавленность болезнью, отсутствие веры в потенциальное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

6) **Апатический**: типично полное равнодушие к исходу заболевания, собственной судьбе, к последствиям лечения. Бездеятельное повиновение лечению и процедурам при упорном побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее беспокоило.

7) **Обсессивно-фобический**: присуща тревожная мнительность, прежде всего относится к опасениям не реальных, а маловероятных осложнений болезни, успехов лечения, а также вероятных (но малообоснованных) неудач в работе, жизни, семейной ситуации в связи с заболеванием. Настоящие опасности волнуют меньше чем воображаемые. Защитой от тревоги становятся ритуалы и приметы.

8) **Сенситивный**: свойственна чрезмерная озабоченность вероятным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Страхи, что окружающие начнут считать неполноценным, сторониться, относиться с опаской или пренебрежительно, пускать неблагоприятные сведения или сплетни о природе и причине заболевания. Страх стать обузой из-за заболевания для близких и неблагоприятность взаимоотношения с их стороны в связи с этим.

9) **Эгоцентрический**: присущ «уход в болезнь», выпячивание напоказ окружающим и близким собственных волнений и мучений с целью целиком завладеть их вниманием. Требование исключительной опеки – все обязаны забыть и бросить все и заботиться лишь о больном. Разговоры окружающих живо переводятся «на себя». В других, также требующих опеки и внимания, видят только «конкурентов» и относятся к ним с неприязнью.

10) **Паранойяльный**: специфична уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к процедурам и медикаментам. Влечение приписывать вероятные побочные действия медикаментов и осложнения лечения, злему умыслу или невнимательности докторов и персонала [46, с. 8].

11) **Дисфорический**: людям с данным типом реагирования на болезнь свойственно тоскливо-озлобленное настроение. Отношение к своей болезни

гармоничное, поэтому врачу наиболее легко создавать отношения с пациентом. У данного пациента, как правило, нет нелегкость в общении с медицинскими работниками и семьей.

Отношение к болезни, по суждению авторов, интегрирует все психологические категории, в рамках которых разбирается понятие внутренней картины болезни: это и знание болезни, её понимание личностью, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью и понимание роли и воздействие болезни на жизненное функционирование. В то же время с внутренней картиной болезни создается иная, противоположная модель – внутренняя картина здоровья, своеобразный образец здорового человека или здорового органа, части тела и т.д.

Этот эталон может быть довольно сложным и охватывать всяческие элементы в виде логических обобщений и образных представлений. Инактуализация и актуализация этих двух компонентов личности и охарактеризовывают динамику внутренней картины болезни. И тем самым воздействуют на поведение больного. Внутренняя картина болезни порой формируется раньше, чем идеал здоровья, что является регулятором поведения.

Следовательно, могут существовать образы физического и психического здоровья. Тем не менее, эталон, который человек считает нормой, в обусловленный период жизни может замениться иным или разрушиться.

Смена эталона здоровья неизбежно происходит с возрастом. При неврозах зачастую происходит бессознательное или сознательное вытеснение идеала здоровья. Подавление идеала здоровья, что в определенной жизненной ситуации является адаптивной реакцией, называется «уход в болезнь». Идеал здоровья может возобновляться при изменении ситуации. В случае анозогнозии, напротив, образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни либо деструктируется, либо не формируется. Происходит преобладание «образа здоровья» над «образом болезни».

Тесно взаимосвязанные и взаимодействующие все звенья тоже рассматриваются целостно. Подвижность и множественность элементов ВКБ

является отличительными чертами, а также сосуществование соперничающих моделей. При рассмотрении структуры внутренней картины болезни значимо не только выделять её отдельные звенья, но и дифференцировать их.

У больных различных нозологических форм структура ВКБ может быть разной. Это подтверждают результаты предварительных исследований и клинические факты. От преморбидных особенностей личности и от разнообразных составляющих ВКБ зависит «удельный вес» [26]. Отдельные элементы внутренней картины болезни в сознании представлены разнообразно. Встречается определенная динамика внутренней картины болезни с различным соотношением её элементов на разных этапах заболевания. В частности, превалирующие при некоторых заболеваниях первоначально чувственные элементы внутренней картины болезни, могут полностью пропадать и их место в этом случае могут занимать результаты рассудочной переработки больным эмоциональная оценка болезни и факта заболевания.

Различная по динамике и структуре внутренняя картина болезни образует специфические и чрезвычайно значимые условия развития перестройки личности заболевшего. Психологический анализ мотивационной сферы больных представляет, что внутренней картины болезни может содействовать возникновению новой ведущей деятельности у больных, в рамках которой и совершается формирование патологических черт личности.

Учиться оптимизировать и осваивать ВКБ необходимо психологу. Допустима ситуация, когда клинический психолог может принимать участие в формировании внутренней картины болезни. Притом не только реальной, но и мнимой. Например, у лиц с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями с целью облегчения психического состояния. Как главный фактор оптимизации психического и общего состояния пациента на всех фазах лечения выступает модель прогноза и модель ожидаемых результатов лечения, адекватно сформированы с помощью клинического психолога и врача.

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что изучение внутренней картины болезни позволяет анализировать весь процесс

самопознания заболевшего человека. Также дает возможность выявить средства, которые человек использует для принятия и понимания болезни, открывает возможность понимания особых способов преодоления, овладения собственным поведением, которые человек использует в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность изучить компенсаторные возможности личности.

## **1.2 Особенности формирования внутренней картины болезни у детей**

Из социальных и конституционных характеристик состоит идея субъективной тяжести заболевания. Которые включают пол, возраст и специальность индивида. Для каждой возрастной группы есть свой собственный реестр тяжести заболевания. Своего рода распространения заболевания по социально-психологическому смыслу, а также уровню тяжести [41].

Например, для подросткового возраста более травмирующими психику, как правило, являются не те болезни, которые с медицинской точки зрения могут причинить тяжелый урон организму, а те, каковые представляют угрозу внешнему облику, сказываются на его привлекательности. Данный факт определен, прежде всего, сознанием подростка, отношением к собственному «Я».

Люди более старшей возрастной категории, как правило, труднее воспринимают на психологическом уровне хронические и заболевания, влекущие за собой инвалидность. Основанием этого выступает расстановка приоритетов и определенная система ценностей. Человек данной возрастной категории старается осуществить все загаданное. Поэтому тяжелое заболевание, которое так или иначе способно воспрепятствовать его планам, причиняет его психике непоправимый вред. Особые переживания, как правило, относятся к онкологическим и иным серьезным болезням. Которые могут привести к смертельному исходу.

Особенность переживания болезни зависит от ряда персональных психологических характеристик, таких как: темперамент, а именно

эмоциональность, болевая терпимость; а также личностные особенности – уровень интеллекта, расстановка приоритетов и идеология пациента.

Изучить ВКБ детей существенно сложнее [41]. Болезнь, как правило, оказывает сильнейшее воздействие на детский организм, как на физическом, так и на психическом уровне. Заболевание накладывает определенный отпечаток на личностное формирование ребенка. Немаловажную роль в данном вопросе играет особенность отношения ребенка с родителями. Для результативного преодоления детского заболевания должны проводиться нужные манипуляции не только с пациентом, но и с его родными и близкими.

Дети чрезвычайно часто располагают недостаточной информацией о специфике своего заболевания. На психическом уровне ребенок, как правило, воспринимает заболевание как наказание. Причины болезни при этом ребенком определяются довольно просто. Неправильное питание или плохое поведение [3].

Отталкиваясь от практического опыта зарубежных и отечественных медицинских работников и психологов, следует, что комплексную оценку состояния здоровья пациента в условиях клиники произвести не представляется возможным. Психологическое состояние ребенка можно установить и необходимым образом скорректировать лишь в полной мере изучив внутреннюю картину болезни. Данный подход существенно расширяет границы психологического состояния больного. Он позволяет детально разобраться в чувственных ощущениях и во внутренних переживаниях больного.

Чем младше ребенок, тем сильнее внутренняя картина болезни разнится с таковой у взрослого человека. По своему содержанию внутренняя картина болезни может быть и положительна, и отрицательна. Она оказывает прямое влияние на специфику течения болезни, на семейную обстановку, успеваемость и т.д.

Внутренняя картина болезни у детей различается рядом важнейших факторов: особенность проявления заболевания, эмоциональная реакция самого

пациента и его близкого окружения, уровень интеллекта, пол, личный опыт. Общее состояние внутренних систем обеспечения организма и своевременное приобретение информации о возможных трансформациях показателей. Влияние медицинского персонала на заболевание, специфика лечения.

Сам процесс раскрытия внутренней картины болезни у ребенка достаточно нелегкая задача [31]. Методами по раскрытию внутренней картины болезни являются: наблюдение за манерой его поведения, психологический анализ; беседа, как с ребенком, так и с его близкими и родными, и т.д.

Интеллектуальное функционирование – это еще один важный аспект ВКБ. Изучение того, что совершается в организме и понимание специфики болезненных процессов зависит от уровня мышления, а также определяется возрастом ребенка. Тем не менее, способность оценить болезненные переживания, связана с развитием тех же идей о телесном образе.

В своих работах В.М. Смирнов утверждал, что совместно с элементарными понятиями образа тела существует психологический и социально-психологический уровень его развития. Человек отгораживает себя от окружающей среды, изучает себя глазами других людей и создает психологический образ тела, которое является основой физического «Я».

Для того, чтобы составить какое-либо представление о заболевании, его особенностях и причинах возникновения. Нужен навык проведения анализа симптомов. Подобаает слушать свой организм, изучать болевые ощущения и общее состояние нездоровья. Надлежит также вовремя систематизировать и истолковывать свои эмоциональные переживания, связанные с течением заболевания.

Внутренняя картина болезни, может быть окончена только в построении интегрированной системы. Которая включает в себя результаты интеллектуальной и эмоциональной обработки переживаемых ощущений связанных с течением заболевания. Собственно наличие такого рода системы увеличивает шансы на скорое выздоровление [31].

Итак, подводя итог вышесказанному нужно отметить, что вместе с

высоким уровнем интеллектуальных способностей ребенка необходимы также довольно разнородные чувства и особенные волевые усилия.

Иным значимым аспектом внутренней картины болезни выступает совокупность знаний о здоровье, состоянии внутренних систем организма, специфике заболевания, способах лечения, вероятном летальном исходе. В отсутствие определенной концепции о здоровье человека, будет трудно составить представление о заболевании [6].

Если ребенку 4 – 9 лет задать вопрос «Что такое здоровье?», то потенциальным ответом вероятнее всего станет: «не быть больным», «когда ты был больным, и тебе стало лучше», «когда мы выздоравливаем от простуды» и т.д. Дети более старшей возрастной категории говорят о здоровье, как о хорошем состоянии организма, при котором тебе легко и ничего не отвлекает.

Дети информированы о восприимчивости организма к различным заболеваниям, также они знают, что вероятности излечится от того или иного недуга ограничены. Залог здоровья по суждению детей – это правильное, здоровое питание [11].

Тем не менее более отчетливое представление о вероятности того или иного заболевания ребенок приобретает ближе к семилетнему возрасту. Надлежит отметить, что девочки более ответственно относятся к своему здоровью, нежели мальчики.

Знания о функциях и строении систем внутренних органов человека, также очень важны при составлении внутренней картины болезни.

В своих исследованиях Е. Геллерт доказал, что большинство детей считает, что количество внутренних органов у каждого человека разное, что именно этим люди отличаются друг от друга. Среднее число внутренних органов, названное детьми составляет – от трех у 4-6-летних, до тринадцати – у 15-16-летних. К 9 годам дети, как правило, способны назвать большее количество внутренних органов человека. Весьма важно, что половина детей говорит о кровеносных сосудах, нервах, венах, сердце, крови.

По представлению Д.Н. Исаева, дети различных возрастных категорий по-



разному оценивают важность внутренних систем организма и частей тела. Так, к примеру, 37 % младших и 30 % старших детей полагают возможным существование человека без органов чувств. С отсутствием легких жизнь несовместима, по представлениям 64 % старших и 27 % младших детей.

В глазах детей, в порядке значимости для функционирования организма, в первостепенную очередь важны: сердце, затем (от 9 – 10 лет) мозг и, наконец, желудок. Конечно важно для 55 % пожилых людей и 30 % детей младшего возраста. Несколько детей младше 11 лет важнейшими органами человека считают именно глаза. 1/7 респондентов считали жизненно важными легкие, горло, нос, рот [11].

Когда старшие дети говорили о важности того или иного органа исходя из его необходимости для жизни человека, то младшие утверждали об этом исходя из необходимого для ухода за ними времени.

Однако, большая часть детей дошкольного возраста утверждали, что все органы и части тела необходимы человеку. Также была выявлена особенность, что дети считали части тела не такими уж и нужными, если их больше одного, например, пальцы.

Только 2/3 здоровых и больных детей 8 – 11 лет знакомы с понятиями «ребра», «желудок», «легкие», «мочевой пузырь». 1/3 здоровых детей данного возрастного периода неверно дают определение понятию «нервы», несмотря на то, что почти все больные слышали о них. При этом здоровые относят нервы к анатомическим образованиям. Дети с невропатией рассматривают понятие «нервы» как психическое состояние, человека.

Знания детей о специфике того или иного заболевания и о причинах их возникновения также являются весьма важным аспектом формирования внутренней картины болезни.

Для образования общего представления о степени информированности ребенка можно использовать игровую деятельность. Исследования пациентов с сердечными и ортопедическими болезнями, здоровых детей представили, что их состояние оказывает влияние на создание концепции о болезни.

На примере респираторных заболеваний у детей 5 – 10 лет показано, что существует три стадии развития представлений об их причинах. Для первой, описательной стадии свойственно истолкование причины через перечисление состояний, ситуаций или действий, совпадающих с началом болезни.

В 5 лет ребенок может в ответ на вопрос о причине болезни сказать «потому, что мальчик кашляет рядом», но не сумеет разъяснить отношение между этими событиями. На второй, исследовательской стадии уже называется реальная вредность, приводящая к заболеванию, тем не менее без истолкования ее действия. Достигнув третьей стадии, ребенок способен более или менее верно пояснить механизм возникновения заболевания.

Очень часто дети основаниями заболевания называют неправильное питание, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, при этом 20 % младших и 10 % старших школьников совсем не могут ответить на вопрос о причинах заболеваний. Старшие дети могут ответить, что причиной болезни является наследственность или неблагоприятная обстановка в семье [11].

Также нужно отметить, что суждение ребенка о возможных причинах того или иного заболевания изменяется в зависимости от того здоров ли он в данный момент, если болен, то как серьезно его заболевание.

Младшие подростки чаще всего описывают состояние болезни, применяя такие эмоциональные обороты как: «плохое настроение», «одиночество», «тоска», «неполноценность», «плакать хочется». Для детей младшего школьного возраста наиболее значимо внешнее проявление болезни: «бледный», «вялый», «кашель», «насморк», «жар». Дети 12 – 14 лет наиболее оптимистичны и говорят о степени тяжести заболевания соизмеримо вероятности выздоровления [11].

Восприятие ребенком процесса наступления смерти и причин, которые могут привести к необратимым последствиям также очень важно при проведении анализа его психического состояния и формировании внутренней картины болезни.

Первые исследования мыслей детей о смерти провели P. Schilder, D.

Wechsler (1934). Они провели опрос 76 детей в возрасте от 5 до 15 лет. Итогом стало то, что 15 летние подростки не верили в вероятность собственной смерти. Она казалась им чем-то невысказанным, при этом в летальный исход окружающих они могли поверить. Смерть в их осознании – это следствие насилия, агрессии, преступления, но не естественный факт.

Школьники знают о смерти, думают и могут говорить о ней, связывая ее с мыслями о расплате. До 8 – 9 лет дети не могут постичь процесс умирания. Дети 3 – 5 лет размышляли о смерти, слышали о ней и думали, что смерть наступает в результате отношений между людьми, из-за раздоров, непослушания авторитетам, как следствие возмездия и враждебности. В более поздних исследованиях представлено, что дети могут говорить о собственной смерти как о возможном событии, хотя и относят ее в неясное и далекое будущее [51].

Таким образом, эгоцентризм, магическое мышление и анимизм дошкольников по мере роста уменьшаются, а чувство времени и понимание причинных отношений фиксируются. Отличие представлений о смерти зависит также от познавательного уровня, психосоциального развития и пережитого опыта. Так или иначе, к 10 годам осмысление смерти становится постоянным и универсальным.

При исследовании коллективом под руководством Д.Н. Исаева контингента детей от 9 до 14 лет оказалось, что для выздоровления, по мнению детей, нужно лечиться. При этом младшие из них наиболее важным считают следование режиму, диеты и выполнения требований гигиены, поставленных родителями и взрослыми. Часть старших детей уже подмечают, что для улучшения болезненного состояния значимо душевное состояние: «быть веселым», «не падать духом» и др. [41].

Некоторые подростки целостным средством лечения считают хорошее настроение, оптимизм. Любопытно также отметить, что для предупреждения вторичного заболевания, помимо соблюдения диеты, выполнения гигиенических правил, приема лекарств, отмеченных 1/3 всех наблюдавшихся

детей, еще примерно одна треть думает о надобности «не повторять прежних ошибок».

Значимо также подчеркнуть, что описание отличительных особенностей всякого заболевания, как правило, совершается детьми, главным образом, отталкиваясь от опыта собственного заболевания.

Например, дети с заболеваниями желудочно-кишечного тракта используют для характеристики болезни такие симптомы, как вялость, бледность, боли в животе, диспепсические расстройства. Дети с простудным заболеванием называют симптомами болезни насморк, боль в горле, жар, кашель, повышенную сонливость и т.д.

Дети более старшего возраста обращают внимание не только на физические и внешние проявления направления того или иного заболевания, но и на общее психологическое состояние: излишняя эмоциональность – страх, плаксивость, агрессия и т.д. Таким образом, большая значимость локальных физических симптомов сменяется значимостью общего состояния.

На формирование внутренней болезни ребенка воздействуют многообразные группы основных факторов. Наглядно они представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Факторы, влияющие на формирование внутренней картины болезни ребенка

Во-первых, это опыт жизни и перенесенных заболеваний. В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт, особенно перенесенные ранее болезни. Жизненный путь ребенка мал, ему тяжелее, чем взрослому, сравнить текущую ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами. Поэтому испытанное ребенком недавно может наложить серьезный отпечаток на ВКБ.

Негативную роль в формировании ВКБ могут сыграть замечаемые ребенком усиления тяжелых заболеваний у живущих вместе с ним родственников. Собственные болезни, перенесенные в раннем детстве, не накладывают немаловажного отпечатка на переживание текущего расстройства, в то время как недавние заболевания, воспринятые как угроза, оказывают значительное влияние. На формирование ВКБ у ребенка может оказать влияние атмосфера волнения и тревоги, царящая в семье из-за предполагаемого или развившегося у него заболевания. Информацию о заболевании дети могут получить из многообразных источников – от родителей, сверстников, учителей, средств массовой информации [41].

Для ребенка наиболее важны знания, которые он получает от родителей. Преувеличенное беспокойство о ребенке, проявляемое тревожными родителями, может привести к возникновению неадекватной пессимистичной оценки заболевания. Для детей с тяжелым хроническим заболеванием особенное значение имеют доктор и медсестра, в этих случаях информация от родителей менее существенна. Потому медицинским работникам нужно учитывать, что всякое их мнение о болезни, может быть воспринято ребенком на веру и стать составной частью ВКБ.

Особенности эмоционального реагирования. У детей как с преморбидными, так и с развивающимися в процессе болезни тревожными, истероидными и иными чертами личности. С эмоциональной лабильностью или эксплозивностью формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ.

Эмоциональное отношение может определять один из трех типов ВКБ – гипонозогнозический, гипернозогностический и нормонозогностический.

Половая принадлежность. Зависимость формирования ВКБ от пола была аргументирована у детей, страдающих сахарным диабетом, бронхиальной астмой, лейкозом и другими заболеваниями. Оказалось, что самооценка и конфликтность у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек с подобным диагнозом. У девочек чаще, чем у мальчиков, вытесняется представление о болезни. Девочки, болеющие лейкозом, быстрее адаптируются к трансформации жизни, связанной с тяжелым расстройством, мальчики чаще переживают за свое будущее.

Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. Госпитализация ребенка сопровождается отрывом от родителей, учебных и прочих занятий, беспокойством разочарования из-за неисполнимости продолжить привычную активность.

У детей до 11 лет само помещение в медицинское учреждение, даже без связанных с лечением неприятностей, порождает такой страх, что он зачастую вытесняет приобретённую перед больницей подготовку. Осмысление школьниками пользы лечения не меняет их негативного отношения к больнице, что может искажать ВКБ. Реакция ребенка на помещение в медицинское учреждение зависит от возраста, отношений в семье, длительности стационарирования, природы заболевания, посещения родителей и их реакций, процедур, лекарств смягчающих тревогу [42].

Взгляд родителей на заболевание. У родителей может появиться чувство вины за развитие заболевания, негодование на поведение ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с плохим прогнозом, равнодушное отношение к болезни и ее отвержение. Волнения родителей часто вызывают у ребенка похожие чувства, которые и ложатся в основу ВКБ.

**Воздействие медицинского персонала.** Доктор, обследуя, подготавливая к госпитализации, операциям, проявляет на ребенка психологическое воздействие. Его доброжелательность, ясные истолкования, применение нужных средств, уменьшающих болезненность манипуляций, позитивно влияют на ВКБ. Недоучет же детских представлений о заболевании и лечении

может привести к формированию неадекватной ВКБ [50].

Восприятие симптомов болезни и представления о ней позволяют врачу осознать, что предпочтительней всего тяготит ребенка, от чего он страдает. В особенности значимо знать, каковы представления ребенка о заболевании, ведь эти познания можно употреблять для психокоррекции. У детей ВКБ формируется в основном на эмоционально-чувственном (неосознаваемом), а не на логическом уровне. Верно диагностируя ВКБ, врач способен совершить определенную ее коррекцию. Что позволяет уменьшить эмоциональный дискомфорт ребенка в связи с диагностическими и лечебными процедурами, а также сформулировать адекватные представления у ребенка о своем заболевании.

Недуг не проходит для ребенка бесследно, так как не только затрагивает ситуацию «здесь и сейчас», но и сказывается на формировании личности будущего взрослого человека.

Негативные трансформации психики у заболевшего ребенка, обнаруживающиеся на различных стадиях течения болезни и ее лечения, могут привести к нешуточным нарушениям психического здоровья в будущем. Для врачей и родителей значимо уменьшить воздействие отрицательных факторов болезни на неокрепшую психику ребенка. Любимые животные, игрушки, книжки, мультфильмы позволят отвлечь ребенка от неприятных ощущений и нелегких переживаний. И поэтому тоже позитивно воздействуют на его самочувствие, настроение и течение заболевания [41].

Из вышесказанного можно сделать следующие выводы, выявление внутренней картины болезни у ребенка одна из труднейших задач. Однако следует понять, какова психологическая структура внутренней картины болезни ребенка, какое занимает место в его основных мотивах. Также как влияет на поведение в целом. Способами раскрытия внутренней картины болезни могут быть наблюдение за свободным поведением ребенка и его участие в играх, беседы с ребенком, психологические исследования.

Для ребенка эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей.

Именно к родителям он обращается за разъяснениями. Отсюда ясно, что как медицинская так и общая культура семьи, определяющая представления о болезнях, будет участвовать и в формировании внутренней картины болезни у ребенка.

### **1.3 Психологические особенности детей оставшихся без попечения родителей**

Дети, оставшиеся без попечения родителей, – это лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей. В связи с ограничением их в родительских правах, лишением их родительских прав, объявлением их умершими, признанием родителей безвестно отсутствующими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, недееспособными (ограниченно дееспособными), нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, отбыванием родителями наказания в учреждениях, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, исполняющих наказание в виде лишения свободы, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, медицинских организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей оставшимися без попечения родителей в установленном законом порядке (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 г. № 185–ФЗ).

В данное время вопрос психического развития детей оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в специализированных учреждениях (интернат, дом ребенка, детский дом), довольно актуален [34].

Развитие таких детей, как правило, проходит в более замедленном темпе, по сравнению с детьми, обретавшими воспитание в семье. Их здоровье, к сожалению, имеет ряд негативных особенностей, характерных как для младенчества, так и для подросткового периода и даже за его границами.

Для воспитанников детских специализированных учреждений присущ особый набор психологических характеристик. Главными, из которых



являются: малая самооценка, чрезмерная эмоциональная импульсивность, пристрастность, отсутствие ориентированности на будущее, дефицит самостоятельности, ситуативность поведения и размышления [34].

Коммуникативная деятельность детей, воспитывающихся в детском доме, интернате или доме ребенка взаимосвязана с их психологическими особенностями. У таких детей, как правило, межличностные коммуникации реализовываются под тонким контролем взрослых. Организация общения с ребенком, лишенным родительской заботы – это довольно значительный аспект его предстоящего эффективного развития. Нужно подметить, что задержка в психологическом и в личностном развитии детей оставшихся без попечения родителей не является фатальной.

Эмоциональная сфера. Е.П. Рязанова и А.Х. Пашина [34] в своих исследованиях утверждают, что детям-сиротам свойственно качественное эмоциональное однообразие. Они менее эмоциональны, чем дети, воспитывающиеся в семьях. Как правило, они разнятся низким уровнем эмпатии и увеличенным порогом тревожности личности.

Важнейшей особенностью характера ребенка оставшегося без попечения родителей является агрессия. Основанием отрицательного отношения к окружающим, чаще всего является недостаток тепла и понимания. Подобные дети лишены родственных привязанностей, поэтому даже по отношению к братьям и сестрам могут вести себя довольно агрессивно. Всякие воздействия со стороны близкого окружения ребенка, воспринимаются им как предлог для разжигания конфликтной обстановке. В таких обстоятельствах межличностное общение, как правило, формально и непродолжительно.

Самосознание, образ «Я». Самооценка выступает существенным регулятором межличностного общения и деятельности в целом. Как уже изрекалось выше, для детей, оставшихся без попечения родителей типична преимущественно заниженная самооценка, что отличает их от сверстников, воспитывающихся в семьях. Обделенные родительской любовью и заботой, такие дети не уверены в себе. Важнейшими проявлениями заниженной

самооценки у детей являются: низкая предприимчивость и дефицит решительности [33].

Образ «Я» у детей, оставшихся без попечения родителей, почти не сформирован. Это объясняется тем, что дети располагают недостаточным числом информации о своем прошлом. Не знание причин, по которым ребенок остался без попечения, и отсутствие сведений о его семье мешает образованию собственной идентичности. Когда ребенок в элементарной и максимально понятной форме приобретает хотя бы какие-нибудь объяснения, он получает душевное спокойствие и ему легче смириться с окружающей его действительностью.

Самоотношение у ребенка, воспитываемого в семье, как правило, имеет более сложную структуру, элементы которой взаимозависимы и связаны между собой. По представлению М.И. Лисиной, возникновение столь непростой структуры самоотношения – итог двойственного отношения к ребенку со стороны взрослого поколения. Например, родители, конечно же, любят свое дитя независимо от его достижений, внешних особенностей, черт характера, однако, с иной стороны, они всегда расположены дать беспристрастную оценку, когда этого требует ситуация.

Интеллектуальная сфера. Условия специализированных детских учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей, оказывают прямое влияние на интеллектуальную сферу их развития. Это обусловлено отсутствием свободы действий, ограниченностью мотивации, привязанность к общепринятым правилам и манерам поведения [34].

Решая установленные интеллектуальные задачи, дети, оставшиеся без попечения родителей, не используют свои интеллектуальные возможности и воображение в полную силу, основываясь лишь на конкретность ситуации. Общее интеллектуальное развитие детей оставшихся без попечения родителей характеризуется дисгармоничностью и недостатком невербального мышления.

Проблема интеллектуального развития детей оставшихся без попечения родителей во многом обуславливается нехваткой жизненного и

эмоционального опыта. Созревание формальных аспектов интеллекта – классификация, систематизация – замещает образное, конкретное знание об окружающей действительности.

Произвольность поведения. Дети, оставшиеся без попечения родителей, отличаются от своих сверстников, воспитывающихся в семье тем, что они умеют довольно стремительно адаптироваться к той или иной ситуации. Для них значителен внешний контроль и оценка. Они не стремятся к самостоятельности. Подростки, имеющие родителей, наоборот, остро отрицательно относятся к опеке со стороны взрослых. Поведение детей оставшихся без попечения родителей, вне наружного контроля, как правило, характеризуется своей неорганизованностью.

Таким образом, специфика перечисленных характеристик личности: эмоциональная сфера, самосознание, образ «Я», интеллектуальная сфера и произвольность поведения, во многом отличает детей оставшихся без попечения родителей от их сверстников, воспитываемых в семье.

Особый социальный статус также оказывает влияние на особенность психологического развития детей оставшихся без попечения родителей [33]. Отрицательное общественное отношение к детям, оставшимся без попечения родителей, и отсутствие рядом с ними родного человека становится основанием формирования нерешительной, чрезмерно эмоциональной личности, которая по-разному стремится закрыться от окружающей действительности. Исходя из этого, подобает подробнее изучить психолого-педагогическую стратегию работы с такими детьми.

На общее мировоззрение и нравственное развитие ребенка оставшегося без попечения родителей накладывает свой отпечаток изолированность детского учреждения. Каждый человек вправе располагать личными вещами, любимыми предметами. Ребенок в детском доме лишен этого. Данному аспекту личностного развития в настоящее время почти не уделяется внимания, что может привести к значительным проблемам.

Не менее значимым вопросом остается воспитание у детей, оставшихся

без попечения родителей навыков ответственности и самостоятельности. Педагогический процесс не должен ограничиться стенами детского учреждения.

К сожалению, на сегодняшний день не все педагоги, работающие с этими детьми достаточно компетентны. Многие из них недостаточно ознакомлены с психологической спецификой характера таких детей. Именно поэтому нынешняя система образования предусматривает предначертанные коррекционные развивающие программы воспитания и обучения детей оставшихся без попечения родителей [35].

Нужно детальнее остановиться на особенностях психологического развития детей, оставшихся без попечения родителей дошкольного возраста, младшего школьного возраста и подросткового возраста. Раскрыть общие проблемы их развития.

В дошкольном возрасте ребенок усваивает первичную социализацию, обучается общению с миром взрослых, узнает окружающий мир. Дети, оставшиеся без попечения родителей, оказываются в интернате или детском доме в дошкольном возрасте. Как правило, из дома малютки, по трагической случайности в семье или же по причине того, что их родителей лишили прав.

Для дошкольного возраста присуща социально-психологическая ситуация «ребенок – общественный взрослый». Для предоставленного этапа познавательной деятельности в большей степени характерна игровая форма, порождающая воображение. Как раз в процессе игровой деятельности ребенок развивается и узнает окружающий мир.

Дети, которые воспитываются в стенах детского дома, безоговорочно следуют за игровыми действиями и предложениями воспитателя, не являясь при этом равным участником игровой деятельности. Игрушки пробуждают детский интерес, однако каждый ребенок совместной игре, как правило, отдавать предпочтение уединенной. Ребенок старается спрятать новую игрушку или же удерживать ее в руках и ни с кем не делиться. Весьма значимо привить ребенку умение независимо строить игровую деятельность.

Своими особенностями характеризуется и общение ребенка дошкольного возраста с взрослыми. Дети, оставшиеся без попечения родителей, как правило, показывают большую заинтересованность в таком общении, чем их сверстники, воспитываемые в семье.

Ребенок в детском доме стабильно ощущает потребность в общении, он по-разному пытается привлечь внимание педагогов, воспитателей. В данной ситуации примечательно то, что для ребенка из семьи общение со взрослым – это способ познания окружающего мира, тогда как для ребенка оставшегося без попечения родителей – это, прежде всего, нужда в ласке, доброте, внимании к нему.

Определено, что недостаток общения со старшим поколением позже приводит к проблемам межличностного взаимодействия со сверстниками. Лишь взрослый способен научить ребенка умению взаимодействовать и дружить с другим ребенком.

По представлению И.В. Дубровина и А.Г. Рузской, нехватка общения детей оставшихся без попечения родителей с взрослыми является причиной их чрезмерной доверчивости к посторонним людям. Это своего рода определенная форма межличностного общения, зависящего от некоторой конкретной ситуации. Как правило, общение детей друг с другом в стенах детского дома различается недостаточной эмоциональностью и своеобразностью.

Таким образом, дети дошкольного возраста, оставшиеся без попечения родителей, как правило, выражают значительную заинтересованность в общении с взрослыми. Все-таки особой привязанности к своим сверстникам при этом не ощущают. Детям не хватает внимания и любви со стороны взрослых. Чаще всего они знакомятся с окружающим миром в игровой форме.

Достижение школьного возраста кардинально меняет отношение ребенка к окружающим, ход его мыслей и привычки. Что касается детей оставшихся без попечения родителей, то школа для них – это не что иное, как переход из одного закрытого учреждения в иное. Такого рода трансформации в жизни ребенка, в его психологии не могут не отразиться на его манере общения, как

со сверстниками, так и со взрослыми. Новый социальный статус «ученик», как правило, требует от ребенка еще большей ответственности. У него зарождаются новые обязанности перед преподавателями, школой, а также ему нужно пройти трудный путь адаптации. Именно от педагогического состава во многом зависит, насколько ребенок, который остался без попечения родителей, будет чувствовать себя комфортно в новых условиях и новом статусе.

Учебная деятельность для школьника младшего возраста является приоритетной. У детей, оставшихся без попечения родителей, как правило, мало мотивации к учебе, а также имеется проблема восприятия материала, что отрицательно сказывается на успехах в обучении, а также на общем психологическом развитии личности.

В основе учебной деятельности находится умение не теряться в поисках установленного общего способа действия. В детском доме, как правило, этот навык не сформирован. У воспитанников недостаточно развиты наглядно-образное мышление и логические операции обратимости. Доминирующая форма мышления при этом – классификационная. Как и у детей дошкольного возраста мало сформировано воображение и творческое мышление.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, не обладают навыками разрешения различного рода конфликтных ситуаций. Они более возбудимы и склонны к агрессивному типу поведения как по отношению к преподавательскому составу, так и по отношению к сверстникам.

Неглубокое наблюдение предполагает неудовлетворенную потребность взаимодействия детей оставшихся без попечения родителей с взрослыми, что приводит к определенным отклонениям в поведении. Ученики младшего школьного возраста всяким способом стараются устремить на себя внимание.

Работа Р. Бернса и его исследование по Карте Скотта, в полной мере удостоверяет все вышеперечисленное. Карта Скотта представляет собой статистические записи, характеризующие степень дезадаптации ребенка на основе определенных поведенческих ситуаций. Подобная карта позволяет выделить существенные аспекты и компоненты, влияющие на дезадаптацию, а

также собрать симптомокомплекс таковых составляющих. Для школьников младшего возраста, оставшихся без попечения родителей, как правило, типичны два симптомокомплекса: «враждебность по отношению к взрослым» и «тревога по отношению к взрослым» [27].

Первый сформирован на том, что ребенок всяческими способами отклоняет взрослого, что вызывает такие состояния как: депрессия, агрессия, разнообразные формы диванного поведения. В основе второго лежит неуверенность ребенка в том, что он существенен для воспитателя, а также взволнованность о том любят ли его. Ребенок, как правило, закрыт, очень нетерпелив, кроме тех моментов, когда находится в хорошем настроении.

Подобного рода проблемы в общении ребенка оставшегося без попечения родителей со старшим поколением определены, прежде всего, тем, что с раннего детства в стенах детского учреждения ребенок охвачен большим количеством людей. Ребенок не стремится к межличностному общению, социальным связям, он эгоистичен и закомплексован. В итоге, гипертрофия потребности в общении со старшими, становится причиной того, что на фоне выявленного стремления к общению, например, с воспитателем школьники-сироты младшего возраста достаточно отрицательно относятся к взрослому. Надобность в доброжелательном отношении взрослого находится во взаимосвязи с глубоким разочарованием в личном общении с ним.

Таким образом, необходимо отметить два важнейших отличительных аспекта общения младших школьников с взрослыми: это несомненная потребность такого рода общения, и примитивность и неразвитость форм межличностной коммуникации. Для детей, оставшихся без попечения родителей, младшего школьного возраста является немаловажным мотивационная составляющая, а именно похвала и хорошее отношение преподавателя. Общение со сверстниками у таких детей, как правило, сформировано не достаточно хорошо.

Наиболее напряженным периодом процесса развития индивидуального организма является переходный возраст. Его отличительными особенностями

являются изменения организма на физиологическом и психологическом уровне. Подросток стремится поскорее стать взрослым, рвется к выбранному заранее идеалу, имитирует манере поведения старших. Подросток, который остался без попечения родителей проживает переходный период гораздо тяжелее, чем его сверстник, воспитывающийся в семье. Он стыдится своего статуса, что отрицательно сказывается на его общении с окружающими, а также на его общем психологическом развитии.

Основной задачей преподавательского состава специализированного детского учреждения является поддержка подростка, мотивирование и понимание. Нужно направить подростка, позволить ему раскрыть весь свой потенциал и определиться с будущими целями. Уважение ребенка как личности, бесспорно, положительно сказывается на его самооценке и развитии.

Психическое развитие подростков оставшихся без попечения родителей выражается, как правило, в выстроенной ими системе межличностных коммуникаций, взаимосвязанными со специфическими свойствами характера таких детей.

По достижении одиннадцатилетнего возраста, подростки делаются более эмоциональными. Отношения со сверстниками и взрослыми они строят только в том случае, если они поистине важны и необходимы. Такие подростки требуют к себе особенного внимания, однако, чувство нравственности и система ценностей у них пока еще не сформированы.

Общение детей оставшихся без попечения родителей между собой имеет ряд особенностей. Для детей, воспитанных в стенах детского дома, оставшихся один на один с душевной болью и одиночеством мир делится на своих и чужих. Для них не существует понятия «Я», есть только «Мы». Общение с такими же детьми основывается, как правило, по типу родственников. Детский дом – это одна большая семья, в которой каждый всегда прибудет на помощь другому [34].

Такого рода сплоченность с одной стороны можно рассмотреть как положительный аспект, а с другой стороны – такие контакты не оказывают



содействие развитию навыков межличностной коммуникации со сверстниками.

Ребенок, оставшийся без попечения родителей и оказавшийся в специализированном детском учреждении, вынужден в короткие сроки адаптироваться к окружающей обстановке, наладить взаимоотношения с воспитателями и сверстниками. Внутри него в период адаптации борются противоречивые чувства: отчужденность и пассивность с потребностью внимания к себе и общения. Ребенок, оставшийся без попечения родителей, постоянно нуждается в любви и заботе, доброжелательности, поэтому он умеет отвечать на подобное отношение к себе должным образом.

Таким образом, подростковый возраст – наиболее критический период онтогенеза. Его отличительными особенностями являются изменения организма на физиологическом и психологическом уровне. Основной задачей преподавательского состава специализированного детского учреждения является мотивирование, поддержка и понимание подростка. Необходимо направить подростка, позволить ему определиться с будущими целями и раскрыть весь свой потенциал.

В настоящее время в психологии выделяют сразу несколько видов, психологических портретов проблемных детей [34]:

1) «Избегающие». Тяжелое эмоциональное состояние – основная характеристика данного вида. Такие дети, как правило, тяжело проходят период адаптации, который для них может существенно затянуться. Они чрезмерно агрессивны, склонны к враждебности и замкнутости. Такая поведенческая реакция чаще всего обусловлена банальным страхом перед неизвестностью. Это чувство настолько сильно охватывает ребенка, что он вынужден «защищаться» от окружающих, что отрицательно сказывается на его межличностном общении и общем психологическом состоянии.

2) «Цепляющиеся». Они открыты и заинтересованы в общении. Взрослый человек для такого ребенка, даже не знакомый – это, прежде всего, источник заботы, ласки, любви и тепла.

3) «Неудачники». Отличительная черта – чрезмерная тревожность на

фоне общей неуверенности. К возрастанию уровня беспокойства такого ребенка может привести все что угодно, начиная от условий окружающей действительности, и заканчивая личными трудностями и переживаниями. Чрезмерная тревожность, как правило, присуща детям-сиротам, в жизни которых были ситуации, нанесшие ему глубокую психологическую травму. Ребенок, который переживает данное состояние, постоянно всего боится. Все это, в конечном счете, негативно сказывается во всех сферах жизни ребенка.

4) «Мечтатели». Основопологающей причиной является недостаток внимания со стороны взрослых. Ребенок не слышит обращенные к нему вопросы, не выполняет поставленные перед ним задачи. Игра ума, является средством удовлетворения потребностей, а не необходимостью внимания. Для таких детей недостаточно повседневной жизни, она для них скучна и недостаточно насыщена. Иногда, кажется, что ребенок путает реальность и фантазию. Повышенный уровень тревожности присущ для мечтателя.

5) «Умники». Логическое мышление развито высоко. Такие дети, как правило – интеллектуалы. Они не испытывают трудностей в обучении. Им легко дается процесс заучивания. Предпочтение отдают общению с взрослыми, а не с товарищами одной возрастной категории.

6) «Говоруны». Уверенно отвечают на поставленные вопросы, обладают навыками оратора, умеют аргументировать и убеждать. Возможен невысокий уровень успеваемости, трудность в общении со сверстниками, преимущественно девиантное поведение.

7) «Путаники». Такие дети, как правило, нарушают все установленные нормы, принципы и правила поведения. Отсутствие осознанности и понимания, а также ответственности за совершенные поступки. Есть желание любыми доступными способами казаться хорошим в глазах окружающих.

8) «Актеры». Всеобъемлющая любовь к окружающим. Дети любыми способами пытаются обратить на себя внимание со стороны взрослых, используя при этом актерское мастерство и хитрость.

9) «Негативисты». Для того чтобы привлечь внимание к своей персоне,

ребенок сознательно нарушает все возможные правила поведения и нормы. В качестве наказания эффективна демонстративность.

Отечественные и зарубежные исследователи утверждают, что ребенок, оставшись без попечения родителей, развивается по особому пути. Его жизнь в стенах детского дома накладывает на его психологические черты характера, а также привычки и манеру поведения особенный отпечаток. При этом говорить о том, что ребенок, оставшийся без попечения родителей чем-то хуже ребенка, воспитанного в семье, нецелесообразно. Такие дети – просто другие, особенные.

Таким образом, ключевые позиции личности, такие как эмоциональная сфера, самосознание, образ «Я», интеллектуальная сфера, произвольность, у детей, оставшихся без попечения родителей, носят специфический характер, отличный от детей, проживающих в семье. Особенности эмоциональной сферы заключаются в высокой личностной тревожности, низком уровне эмпатии, агрессивности. Особенности самосознания проявляются в низком уровне самооценки, негативной Я-концепции, а также в отсутствии у ребенка чувства уверенности в себе. Интеллектуальный аспект развития характеризуется определенной дисгармоничностью выражающийся в недостаточном развитии невербального мышления. Необходимо отметить, что самостоятельное поведение детей-сирот характеризуется несобранностью, неорганизованностью своих действий.

## 2 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

### 2.1 Организация и методы исследования

**Исследование было исследовано на базе:** Государственное бюджетное учреждение Амурской области «Благовещенский Социально Реабилитационный Центр Несовершеннолетних», Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение № 22.

**В исследовании приняли участие** 30 подростков: 15 реабилитантов центра и 15 школьников 6 класса.

Этапы проведения исследования:

**Первый этап.** В соответствии с целями и задачами исследования подбирался комплекс психодиагностических методик. В теоретической части было описано, что внутренняя картина болезни имеет четыре уровня проявлений:

1. Болевая или сенсорная составляющая. То, что человек чувствует. Неприятные ощущения, дискомфорт.
2. Эмоциональная – включает в себя то, какие эмоции человек испытывает в связи с заболеванием.
3. Интеллектуальная или когнитивная – то, что человек думает о своем заболевании, о причинах заболевания и последствиях.
4. Волевая или мотивационная – связана с необходимостью актуализации деятельности, возвращения и сохранения здоровья.

При подборе методик исследования необходимо было так подобрать методы исследования, чтобы они давали возможность рассмотреть все составляющие ВКБ.

Для выявления сенсорного и интеллектуального уровня ВКБ была использована методика «ТОБОЛ» (Личко А.Е, Иванов Н.Я) (приложение А).

Для выявления эмоциональной стороны вкб использовалась методика «Индивидуально – типологический опросник» (Собчик Л.Н.) (детский вариант)

(приложение Б) .

Для диагностики волевого уровня ВКБ была использована методика «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И.) (приложение В).

**Второй этап** исследования состоял в сборе психодиагностического материала. Испытуемым были предоставлены бланки с вопросами методик, в которых они отмечали выбранные ответы. Исследование проводилось в групповой форме.

**Третий этап** исследования состоял в обработке полученных данных, их интерпретации и составлении рекомендаций, на основе полученных результатов.

### **1. Методика «ТОБОЛ» (Личко А.Е., Иванов Н.Я).**

Необычная структура является отличительной особенностью теста, вытекающей из первой задумки и организации валидизации. Он состоит из списков утверждений, в каждом из которых нужно выбрать 1 или 2 [23].

#### **Теоретические основы.**

При основании методики «тип отношения к болезни», была применена клинико-психологическая типология отношения к болезни. Которая была предложена Н.Я. Ивановым и А.Е. Личко в 1980 году. Тестом диагностируется 12 типов реагирования: тревожный, сенситивный, меланхолический, ипохондрический, неврастенический, апатический, паранойальный, эгоцентрический, дисфорический, анозогнозический, эргопатический и гармоничный. Авторами были разделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста теста, по соображению автора, были выбраны 12 наиболее значимых жизненных сфер, отражающих систему отношений личности. Такие как: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему. А также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Валидизация на группе специалистов, а не на популяции больных с тем или иным типом реагирования на болезнь является отличительной чертой теста.

Которые отдавать предпочтение из первоначального предложенного списка утверждения, которые, по их мнению, соответствуют тому или иному типу реагирования на болезнь, заполняя их «как больные». Таким образом, диагностируемый тип является типом, диагностируемым специалистом, но не обязательно – предъявляемым пациентом. О причинах такого варианта валидизации неизвестно.

### **Процедура проведения методики выглядит следующим образом.**

Бланк с 12 группами утверждений предъявляется испытуемому, в каждом от 10 до 16 утверждений. Одно или максимум два утверждения испытуемый обязан выбрать в каждой группе, которые наиболее полно описывают его состояние. Необходимо выбрать последнее утверждение, если «Ни одно утверждение мне не походит». Все ответы производятся на специальном бланке. Время для заполнения не ограничено. Исследование можно проводить в небольших группах или индивидуально, при условии, что испытуемые не будут совещаться друг с другом.

На отдельном листе с таблицей для регистрации результатов фиксируются ответы.

### **Обработка и интерпретация результатов.**

По таблице кода для каждого зарегистрированного в регистрационном листе утверждения предназначаются диагностические коэффициенты, которые вписываются в бланк «Результаты обследования».

Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни. Складываются, значения двенадцати шкальных оценок, записываются в графу, обозначенную «сумма».

Ни для одной шкалы последний вариант ответа «Ни одно утверждение мне не походит» не имеет диагностического веса.

На бланке «Результаты обследования», графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля, где по горизонтали зафиксированы буквенные символы двенадцати шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

Если среди утверждений, предпочтенных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*). То шкальная величина отвечающего этому знаку типа отношения к болезни приравнивается нулю, и такой тип не диагностируется.

Для диагностики типа находят шкалу с наибольшим значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в границах диагностической зоны – оценки. Которые отставлены от наибольшей в пределах 7 баллов. Диагностируют только тип надлежащий шкале. Если шкала с наибольшей оценкой является единственной и нет иных шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют тип соответствующий данной шкале.

Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с наибольшей оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.

При смешанном типе, если в диагностическую зону наравне с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий. Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как «чистый», т.е. только в том случае, когда шкала этого типа имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.

Диффузный тип диагностируют, если, в диагностический интервал равный 7 баллам, попадает более трех шкал.

Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.

Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле

выделяют самый большой пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз «чистого» типа.

Если горизонталь помимо наибольшего пика касается или пересекает одного или двух пиков профиля, то ставят диагноз смешанного типа. Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит составяющим в смешанный тип.

### **Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни.**

Если диагностируется «чистый» тип отношения к болезни. Для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа.

Если диагностируется «смешанный» тип отношения к болезни. Интерпретация включает описания типов являющихся его составляющими, из той же классификации. Разумно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным, например, неврастенический – дисфорический. Так и противоречивым, например, ипохондрический – анозогнозический.

При интерпретации типа реагирования на болезнь надлежит учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся «зачетными» по отношению к диагностируемому типу, а также разделение этих утверждений по темам опросника.

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, нужно обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок. Отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

### **Интерпретация профиля шкальных оценок.**

При толковании профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни. Типы без выраженных нарушений психической и



социальной адаптации. Типы с наличием психической дезадаптации связанной предпочтительно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь. Типы с наличием психической дезадаптации связанной предпочтительно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь. Может быть выделен блок с большими оценками входящих в него шкал по сравнению с иными блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока.

Если пики шкальных оценок размещены в области одного первого блока, то можно делать вывод о том, что отношение к болезни у больного характеризуется стремлением преодолеть заболевание. Неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным соответственно с интерпсихической или интрапсихической направленностью.

Подобает особо сосредоточивать внимание на величину неоткорректированных шкал первого блока. Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, то это может свидетельствовать о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

Кроме того, следует обратить внимание на разделение шкальных оценок внутри каждого блока. Такой содержательный анализ дает вероятность более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни. При анализе этого отношения с позиций внутриблоковой направленности.

Дополнительная содержательная информация для понимания своеобразия

отношения к болезни у пациента может быть получена при анализе распределения зачетных ответов для шкал по двенадцати отдельным темам опросника. Или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования. Например, могут быть объединены «темы, связанные с социальным функционированием» («Отношение к работе», «Отношение к родным и близким»).

При применении предлагаемого опросника получаемые с его помощью данные рекомендуется рассматривать в контексте данных других экспериментально-психологических методик.

**Классификация типов отношения к болезни:**

**Гармоничный (Г)** (взвешенный, реалистичный).

**Эргопатический (Р)** (стенический).

**Анозогностический (З)** (эйфорический).

**Тревожный (Т)** (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический).

**Ипохондрический (И).**

**Неврастенический (Н).**

**Меланхолический (М)** (витально-тоскливый).

**Апатический (А).**

**Сенситивный (С).**

**Эгоцентрический (Э)** (истероидный).

**Паранойяльный (П).**

**Дисфорический (Д)** (агрессивный).

**«Блоки» типов отношения к болезни:**

Первый блок содержит гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни. При которых психическая и социальная адаптация значительно не нарушается. При гармоничном типе реагирования пациенты, адекватно оценивая личное состояние, энергично участвуют в лечении заболевания. Придерживаются назначенный доктором режиму, и в то же время характеризуются стремлением победить заболевание. Неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального

функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для пациентов с этими типами отношения к болезни свойственно: уменьшение критичности к личному состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения. Иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием порой факта заболевания. Тем не менее, выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся присутствием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Второй блок содержит тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения. Для которых присуща интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации пациентов с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких пациентов проявляется в дезадаптивном поведении. Реакциях по типу: раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии. «Уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п.

В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения. Для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь. Также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Пациенты с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются собственного заболевания перед

окружающими. «Используют» его для достижения определенных целей. Строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения. Выражают гетерогенные агрессивные тенденции, вина окружающих в своем недуге.

### **Клиническая значимость.**

В рамках отхода от патерналистической системы взгляда на систему оказания медицинской помощи меняется восприятие лечебного процесса. В том числе его участников – доктора и больного. Система взглядов пациента на самого себя. Своё заболевание. Методику лечения. Отношение к самому себе со стороны общества и родственников – всё это является значительным, так как прямо или косвенно сказывается на эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. В то же время у многих врачей, особенно соматического профиля, может не хватать навыков для выявления и квалифицированной оценки системы отношения к болезни. Собственно для этого и предназначен этот опросник. В этом заключается его практическая ценность. В рамках психокоррекционной психотерапевтической работы он может использоваться как инструмент оценки динамики процесса модификации отношения к своему заболеванию и лечению. Что является основным моментом в качественном лечении многих хронических заболеваний.

### **2. Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик (детский вариант).**

Опросник состоит из 8 основных шкал, оценивающих 4 пары полярных качеств: Экстраверсия – Интроверсия, Спонтанность – Сензитивность, Агрессивность – Тревожность и Ригидность – Лабильность. Кроме того, возможно выделение вторичных, «дериватных» (по Собчик Л.Н.) качеств из сочетаний первичных качеств. Вторичных качеств также 8, и они тоже разделены на четыре пары полярных качеств. Лидерство – Зависимость, Конформность – Неконформность, Индивидуализм – Коммуникативность и Конфликтность – Компромиссность.

Наряду с основными восьмью шкалами, методика содержит шкалы

достоверности: «Ложь» и «Аггравация». Позволяющие судить о надежности полученных результатов.

По результатам тестирования возможно построение кругового графика, отображающего основные свойства личности (рисунок 2).



Рисунок 2 – Личностный профиль ИТО

### **Общие принципы.**

Истолкование результатов находится в прямой зависимости от количества существенных ответов каждой из восьми шкал. Показатели в пределах нормы (3 балла) свойственны гармоничной личности. Выраженные умеренно (4 – 5 баллов) отражают акцентуированные черты. Представленные избыточно (6 баллов) – выявляют состояние эмоциональной напряженности, затрудненную адаптацию, клинически очерченные симптомы.

### **Принципы интерпретации.**

Полученные по каждой учитываемой шкале баллы откладываются на надлежащих радиусах схемы. Толкование находится в прямой зависимости от количества значимых ответов по восьми шкалам. Суммируются значимые ответы, приведенные в ключах (как «В», так и «Н»).

Показатели в пределах нормы (3 балла) – гармоничная личность.

Заостренные (4 – 5 баллов) – акцентуированные черты.

Выраженные избыточно (6 баллов) – свойства, затрудняющие адаптацию, создающие проблемы для самого ребенка или для окружающих.

Приблизительно одинаково избыточно выраженные тенденции по противоположным свойствам означают компенсированные антитенденции. Что говорит о значительной эмоциональной напряженности. А так же является признаком наличия внутреннего конфликта. Для нормы – это свидетельство сбалансированности разнонаправленных свойств. В связи с тем, что дети более эмоциональны, чем взрослые, у них чаще встречаются акцентуированные черты характера и даже целое их «созвездие». Немаловажно обнаружить уравновешенность тех или иных черт полярными, противоположными характеристиками. Это – признак формирования самоконтроля.

Если большинство показателей – 0 или 1 балл, то это указывает на плохое самопонимание или неоткровенность при обследовании.

Социально-психологические аспекты (лидерство, компромиссность и т.д.) проявляются как акцентуированный или дезадаптирующий стиль межличностного поведения при выраженных показателях по соседствующим типологическим свойствам.

### **Содержательная интерпретация.**

Если по шкале «ложь» подсчитано более 4 баллов – данные недостоверны. Если по шкале «аггравация» – более 4 баллов, то черты характера подчеркиваются, преувеличиваются.

Завышенные показатели по шкале «тревожность» свидетельствуют о доминировании у ребенка таких черт характера, как нерешительность, повышенное чувство ответственности. Внутренняя потребность соответствовать установкам окружения – преподавателей, родителей, класса. Мнительность, боязливость, склонность к беспочвенным страхам. Ученики такого типа более усердны при выполнении заданий из страха заработать плохую оценку. Болезненно переживают упреки и наказания. Очень волнуются перед разного рода контрольными заданиями и экзаменами. Выражают верность и преданность в дружбе, но на ролях ведомых. Часто они

старательные проводники морали старших – родителей, преподавателей. Обожают пожаловаться на своих обидчиков, наябедничать. Такой тип чаще встречается среди девочек. Мальчики, относящиеся к этому типу, выглядят как «тихони», «приличные», «пай-мальчики». Стереотипный стиль мышления и компромиссность в поведении не позволят им совершить прорыв в какой-либо любопытной сфере знаний. И они всегда будут занимать ведомую позицию по отношению к сильным личностям и выражать конформизм.

Повышенная шкала «агрессивность». При результатах 4 – 5 баллов, наоборот, говорит о выраженной уверенности в себе. О стремлении к самоутверждению. Двигательной активности и самостоятельности при слабой подчиняемости. А при шести баллах говорит об избыточной активности. Импульсивное поведение при низкой подчиняемости. Неаккуратность в выполнении заданий. Склонность к агрессивным поступкам и прогулам. Вплоть до явных злобных, хулиганских поступков. Такой тип больше свойственен для мальчиков, особенно в неблагополучных семьях.

Высокая шкала «экстраверсия» выражается избыточной общительностью, препятствующей целенаправленности действий. Повышенной отвлекаемостью, болтливостью, при избыточном количестве друзей и знакомых. Контакты остаются поверхностным. Дети шаловливы, смешливы, однако довольно реалистичны и предприимчивы. Чтобы выйти из трудного положения могут соврать. Также чтобы поднять собственную важность среди знакомых и близких, могут прихвастнуть.

А вот дети с высокой шкалой «интроверсия» отличаются молчаливостью, замкнутостью, отгороженностью. Они весьма избирательны в выборе друзей. Зато постоянны в своих привязанностях. Для окружающих такие дети могут показаться недружелюбными. Хотя на самом деле они зачастую страдают от грубости и жесткости других ребят. И из-за этого становятся замкнутыми. Такие дети часто мечтают. Жизненные представления таких ребят отличается непрактичностью, и склонностью к идеализации.

Высокие показатели шкалы «спонтанность» типичны для ребят с

выраженной раскованностью. Стремлением к свободному самоутверждению. Стремящихся к лидированию или, по крайней мере, – к независимости. Всякие стесняющие рамки порождают противодействие и стремление к свободе. Такие дети более непослушные. Они нарушают всяческие правила и общепринятые нормы поведения. Скорее из духа противоречия, чем со зла. Все запретное их привлекает. Отсюда ранний интерес к курению, алкоголю, наркотикам. Дети данного типа склонны к уходу из дома, к бродяжничеству. Дети с данным типом злостные прогульщики и нарушители школьного режима. Учатся неравномерно. В основном опираются на богатую интуицию. Хорошо умеют списывать и пользоваться подсказками. Без труда воспроизводя из маленькой детали целое.

Шкала «сензитивность» бывает высокой у ребят с выраженной впечатлительностью. Очень ранимых, обидчивых, склонных при неудачах давать депрессивные реакции. У них выражено стремление преувеличивать собственную вину в случившемся. По отношению к одноклассникам они занимают ведомую позицию. Дети не стремятся к лидерству. Они гораздо уютнее чувствуют себя под прикрытием более сильной личности в классе. Или же ищут поддержки у преподавателей и родителей. В учебной деятельности эти ребята ответственны и исполнительны. Сверхтревожно реагируют на экзаменационную ситуацию, очень болезненно реагируют на плохие отметки. Грубость в их сторону переживается ими тяжело. При конфликтных ситуациях у детей с таким типом могут случиться затяжные депрессивные реакции и даже могут, проявляться суицидальные тенденции. Значительное постоянство и преданность в любви и дружбе проявляется у данных детей.

Шкала «лабильность» при высоких показателях отображает выраженную эмоциональную неустойчивость. У таких детей с легкостью меняется настроение, от излишней веселости до резко упавшего настроения, которое может сопровождаться слезами с бурной реакцией огорчения. Данные реакции могут сопровождаться вегетативными проявлениями – покраснение лица, головные и иные боли, учащение пульса, повышение температуры, обмороки и



др. У таких детей богатое воображение. Они чрезвычайно впечатлительны и склонны к фантазированию. Любят находиться в центре внимания, с удовольствием посещают занятия школьной самодеятельности. Достаточно хорошо поют, читают стихи, танцуют, играют в театральные постановки. Поведение подражательно, они с легкостью входят в любые социальные роли. Педагогического воздействия происходит через апелляцию к их тщеславию.

Высокие показатели по шкале «ригидность» типичны для детей с проявленным упорством и упрямством (в отстаивании своей точки зрения). Собственный статус для них очень важен и с позиций главенства и с точки зрения материального благополучия. Такие дети очень завидуют чужой славе и богатству. Чрезмерно ревнивы в дружбе и любви. В отстаивании своих прав проявляют агрессию. Достаточно высоких успехов они могут добиться благодаря тому, что усидчивы. Дети с данным типом могут бороться до последнего и одерживать победу в связи с выраженной соревновательностью в характере. Им чужда поэзия и сентиментальности. В разборках проявляют жесткость и агрессивность. Эта шкала вместе со шкалами «спонтанность» и «экстраверсия» основывают сильный (гипертимный) тип поведения с наиболее четко выраженными типологическими свойствами. В то время как шкала «сензитивность», представляющая собой сплав интровертированности и тревожности, формирует атрибутику типологически слабой конституциональной структуры.

Так же нижняя часть круга вводит те типологические свойства, которые проявляются как более выраженная ориентация не на средовое воздействие, а на собственные субъективно обусловленные установки. То есть гомономность. Напротив, верхняя его часть представляет типологические тенденции, указывающие на подвластность индивида воздействию среды, т.е. гетерономность. Следует отметить, что не так уж часто встречается единственный пик по одной из шкал, определяющей какой-либо один тип личности. Противопоставляемые друг другу типологические свойства ригидности и лабильности формируют, в свою очередь, два полярных типа,

представляющих собой смешанные варианты по отношению к чисто гипертимному и чисто гипотимному. Один из них ригидный. Он характеризуется сочетанием субъективизма интроверта с инертностью установок и настойчивостью личности. Склонной к педантизму и настороженной подозрительности. Другой – лабильный отличается выраженной переменчивостью настроения. Мотивационной неустойчивостью, повышенной эмотивностью, чертами демонстративности.

### **3. Стиль саморегуляции поведения.**

**Описание методики.** Опросник «Стиль саморегуляции поведения» был основан в 1988 году в Психологическом институте РАО в лаборатории психологии саморегуляции (заведующая – Моросанова В.И.) и годна как для научных исследований, так и в качестве инструмента практической диагностики разнообразных аспектов индивидуальной саморегуляции. Утверждения опросника построены на типичных жизненных ситуациях. Они не имеют прямой связи со спецификой какой-либо профессиональной или учебной деятельности. Цель методики – это диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля. Включающего показатели планирования, программирования, оценки результатов, моделирования. В том числе и показатели развития регуляторно-личностных свойств – самостоятельности и гибкости.

Опросник ССПМ состоит из 46 утверждений и функционирует как единая шкала «Общий уровень саморегуляции». Данная шкала характеризует уровень сформированности персональной системы саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал, выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами: планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости и самостоятельности. Строение опросника таково, что ряд утверждений входят в состав сразу двух шкал. Это относится к тем утверждениям опросника, которые характеризуют как регуляторный процесс, так и регуляторно-личностное качество.

## **Интерпретация результатов.**

**Описание шкал.** Шкала «Планирование» охарактеризовывает личностные особенности выдвижения и удержания целей. Сформированность у человека осознанного планирования деятельности.

Высокие показатели по этой шкале показывают на сформированность потребности в осознанном планировании деятельности. Планы в этом случае детализированы, реалистичны, иерархичны и устойчивы. Цели деятельности выдвигаются самостоятельно.

У исследуемых с низкими показателями по данной шкале, потребность в планировании сформирована слабо. Цели подвержены частой смене. Цели, которые были поставлены, редко достигаются. Все что планируется мало реалистично. Данные испытуемые предпочитают не задумываться о собственном будущем. Цели выдвигают ситуативно и зачастую несамостоятельно.

Шкала «Моделирование» дает возможность диагностировать индивидуальную развитость представлений о внешних и внутренних важных условиях. Степень их осознанности, адекватность и детализированности.

Испытуемые, которые набрали высокие показатели по данной шкале, могут выделять существенные условия достижения целей. Как в имеющейся ситуации, так и в перспективном будущем. Это выражается в соответствии программ действий планам деятельности. В соответствии получаемых результатов принятым целям.

У исследуемых с низкими показателями по данной шкале слабая сформированность процессов моделирования, что приводит к неадекватной оценке значимых внутренних условий. И неадекватной оценке внешних обстоятельств, что проявляется в фантазировании. Фантазирование может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию ситуации, последствиям своих действий. У подобных испытуемых часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации. Не всегда обращают внимание на изменение ситуации, что также

зачастую приводит к неудачам.

Шкала «Программирование» диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком собственных действий.

Высокие показатели по шкале говорят о сформировавшейся у человека потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей. Говорит о детализированности и развернутости разрабатываемых программ. Программы разрабатываются самостоятельно. Они гибко трансформируются в новых обстоятельствах и устойчивы в ситуации помех. При несоответствии полученных результатов целям, вырабатывается коррекция программы действий до получения приемлемого для человека результата.

Низкие показатели данной по шкале свидетельствуют о нежелании и неумении человека, продумывать последовательность личных действий. Люди с низкими показателями по этой шкале предпочитают действовать импульсивно. Сформировать программу действий самостоятельно, они не могут. Получают частое столкновение с неадекватностью полученных результатов целям деятельности и при этом не вносят изменений в программу действий. Такие люди действуют путем проб и ошибок.

Шкала «Оценивание результатов» охарактеризовывает индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения.

Высокие показатели по этой шкале говорят о развитости и адекватности самооценки. А также сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов. Человек адекватно оценивает как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины. Гибко адаптируясь к изменению условий.

При низких показателях по данной шкале испытуемый своих ошибок не замечает. Он не критичен к собственным действиям. Недостаточно устойчивы субъективные критерии успешности, что ведет к резкому ухудшению качества результатов при увеличении объема работы, а также ухудшению состояния или

возникновении внешних трудностей.

Шкала «Гибкость» диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости. Это говорит о том, что человек способен перестраивать, вносить коррективы в систему саморегуляции при изменении внутренних и внешних условий.

Испытуемые с высокими показателями по шкале гибкости показывают пластичность всех регуляторных процессов. Когда возникают непредвиденные обстоятельства испытуемые с данными показателями, с легкостью перестраивают планы и программы поведения и исполнительских действий. Они способны стремительно оценить изменение существенных условий и перестроить программу действий. При появлении рассогласования полученных результатов с принятой целью, вовремя оценивают сам факт рассогласования и вносят надлежащую коррекцию. Гибкость регуляторики разрешает адекватно реагировать на быстрое изменение событий. И успешно решать поставленную задачу в ситуации риска.

Испытуемые с низкими показателями по шкале гибкости в быстро меняющейся обстановке чувствуют себя неуверенно. Они с трудом привыкают к изменениям в жизненной ситуации. Трудно относятся к смене образа жизни и обстановки. Такие люди не способны адекватно реагировать на ситуацию. Не могут быстро и своевременно планировать деятельность и поведение. Разработать программу действий, выделить значимые условия, оценить рассогласование полученных результатов с целью деятельности и внести коррекцию. В итоге у таких испытуемых неизбежно возникают регуляторные сбои и, как следствие, неудачи в выполнении деятельности.

Шкала «Самостоятельность» характеризует развитость регуляторной автономности.

Наличие высоких показателей по данной шкале говорит о автономности в организации активности человека. Его способности самостоятельно планировать поведение и деятельность. Самостоятельно могут организовать работу по достижению выдвинутой цели. Сами могут контролировать ход ее

выполнения, анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты деятельности.

Испытуемые с низкими показателями по шкале самостоятельности зависимы от оценок и мнений окружающих. Программы и планы действий разрабатываются несамостоятельно. Такие люди зачастую и некритично следуют чужим советам. Регуляторные сбои возникают неизбежно, если посторонняя помощь отсутствует.

Опросник в целом работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции». Данная шкала оценивает общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека.

Испытуемые с высокими показателями общего уровня саморегуляции самостоятельны. Достаточно адекватно и гибко реагируют изменение условий. Выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных характерологических особенностей. Которые препятствуют достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной регуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности. Чем увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее его успехи в привычных видах деятельности.

У испытуемых с низкими показателями по этой шкале не сформирована потребность в осознанном программировании своего поведения и его планировании. Такие люди более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей. У данных испытуемых снижена возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей. По сравнению с испытуемыми с высоким уровнем регуляции. Соответственно, успешность овладения новыми видами деятельности в большой степени зависит от соответствия стилевых особенностей регуляции и требований осваиваемого вида активности.

Для оценки различий между выборками был использован U-критерий

Манна – Уитни. Это непараметрический критерий. Он определяет достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами. Чем меньше значение критерия, тем вероятнее, что различия между значимыми параметрами в выборках достоверны.

Для применения U-критерия Манна – Уитни нужно произвести следующие операции. Алгоритм подсчета критерия U Манна – Уитни:

1. Перенести все данные испытуемых на индивидуальные карточки.
2. Пометить карточки испытуемых выборки 1 одним цветом, скажем красным, а все карточки из выборки 2 – другим, например синим.
3. Разложить все карточки в единый ряд по степени нарастания признака, не считаясь с тем, к какой выборке они относятся, как если бы мы работали с одной большой выборкой.
4. Проранжировать значения на карточках, приписывая меньшему значению меньший ранг. Всего рангов получится столько, сколько  $(n_1+n_2)$ .
5. Вновь разложить карточки на две группы, ориентируясь на цветные обозначения: красные карточки в один ряд, синие – в другой.
6. Подсчитать сумму рангов отдельно на красных карточках (выборка 1) и на синих карточках (выборка 2). Проверить, совпадает ли общая сумма рангов с расчетной.
7. Определить большую из двух ранговых сумм.
8. Определить значение U по формуле:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x \quad (1)$$

где  $n_1$  – количество испытуемых в выборке 1;

$n_2$  – количество испытуемых в выборке 2;

$T_x$  – большая из двух ранговых сумм;

$n_x$  – количество испытуемых в группе с большей суммой рангов.

9. Определить критические значения U по таблице. Если  $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр. } 0.05}$ ,  $H_0$  принимается. Если  $U_{\text{эмп.}} \leq U_{\text{кр. } 0.05}$ ,  $H_0$  отвергается. Чем меньше значения U, тем достоверность различий выше.

Расчет критерия осуществлялся на персональном компьютере с использованием пакета статистических программ «Statistica 13.2».

## 2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Для диагностики уровня ощущения и интеллектуального уровня ВКБ использовалась методика «Тобол». Результаты представлены на рисунке 3.

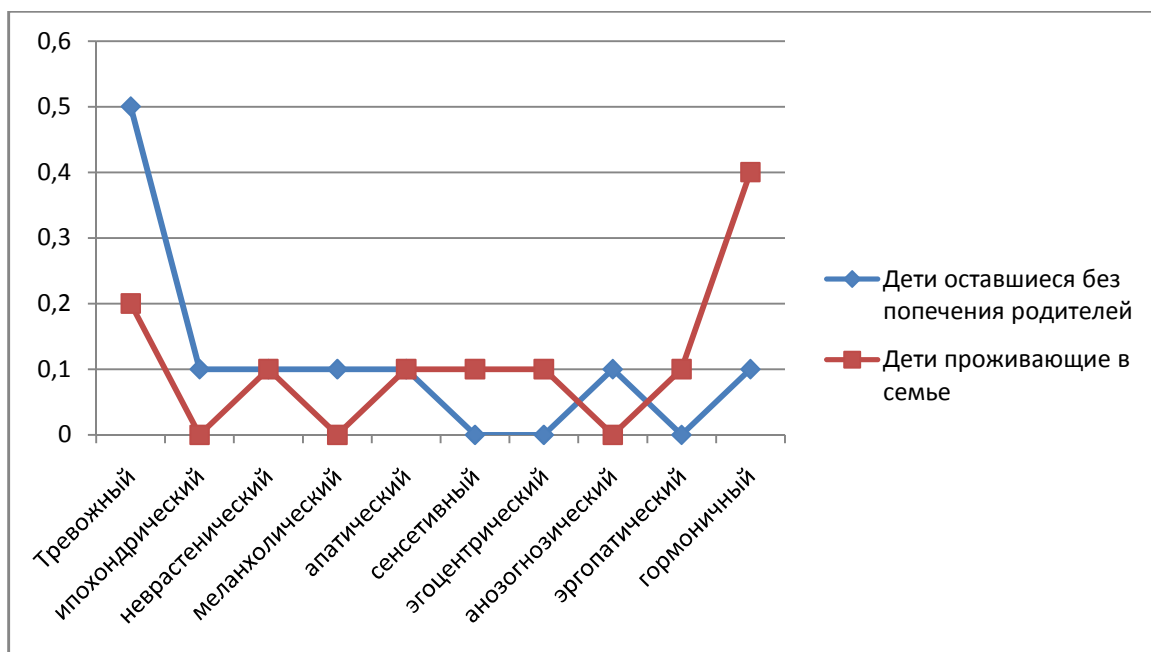


Рисунок 3 – Типы отношения к болезни детей разных групп

Анализ результатов по методике «ТОБОЛ» показал, что у детей, оставшихся без попечения родителей, преобладает тревожный тип отношения к болезни – это 46 % испытуемых. У детей, проживающих в семьях 20 % испытуемых.

Для тревожного типа личности характерны мнительность и непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного течения заболевания. Возможны осложнения, неэффективность и даже опасность лечения. Также характерен поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». В большей степени выражен интерес к объективным данным, нежели к субъективным ощущениям, в отличие ипохондрического типа отношения к болезни. Жалобы не предъявляют, а отдают предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность психической активности и настроения. Реальные опасности волнуют менее, чем



воображаемые.

Гармоничный тип отношения к болезни преобладает у детей, проживающих в семье – это 39 % испытуемых. У детей, оставшихся без попечения родителей гармоничный тип у 7 % испытуемых. Человек с данным типом, оценивает свое состояние, не преувеличивая его тяжести, но и недооценивает тяжесть болезни. Стремится облегчить близким тяготы ухода за собой. Человек стремится во всем активно содействовать успеху лечения. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. Сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

Неврастенический тип отношения к болезни был выявлен у 13 % детей, оставшихся без попечения родителей, а у детей, проживающих в семье 7 % от испытуемых. Поведение по типу «раздражительной слабости» можно наблюдать у людей такого типа. Вспышки раздражения проявляются при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Это раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается угрызением совести и раскаяние. Болевые ощущения не желает и не умеет терпеть. Так же проявляется нетерпеливость в лечении и обследовании. Терпеливо ждать облегчения не способен. В последующем – критическое отношение к необдуманном словам и своим поступкам, просьбы о прощении.

У обеих групп испытуемых был выявлен апатический тип отношения к болезни по 7 % опрошенных. Такой тип отношения к болезни показывает полное безразличие к своей судьбе. Как и к исходу болезни, и результатам лечения. При настойчивом побуждении со стороны пассивное подчинение лечению и процедурам. В межличностных отношениях и деятельности проявляется апатия и вялость в поведении. Все что в жизни волновало ранее, теряет интерес.

Ипохондрический тип отношения к болезни был выявлен у 7 % детей оставшихся без попечения родителей. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях свидетельствует

этот тип. Человек стремится постоянно рассказывать об этих ощущениях врачам и окружающим. Пациенты с данным типом преувеличивают действительные и выискивают несуществующие страдания и болезни. Так же преувеличивают неприятные ощущения в связи с диагностическими процедурами и побочными действиями лекарств. Сочетание неверия в успех и желания лечиться. Постоянные требования тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

У 13 % испытуемых оставшихся без попечения родителей можно наблюдать меланхолический тип отношения к болезни. Отношение к болезни у людей с меланхолическим типом говорит о том, что человек испытывает сверхудрученность болезнью. Человек испытывает неверие в эффективности лечения, в возможном улучшении и в выздоровлении. Присутствуют активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. У таких людей пессимистический взгляд на все вокруг. Даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии, люди испытывают сомнения в успехе лечения.

Сенситивный тип отношения к болезни был выявлен у 13 % детей проживающих в семье. Что свидетельствует об уязвимости, чрезмерной ранимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями. Которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Люди имеют опасения, что окружающие станут считать их неполноценными, жалеть. Относится к ним с опекой или пренебрежительно. Боязнь, что будут распускать сплетни и неблагоприятные слухи о природе и причине болезни. И даже избегать общения с больным. Страх стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

При обработке данных был выявлен эгоцентрический тип отношения к болезни у 7 % опрошенных. Это говорит, что люди с данным типом принимают болезнь и ищут выгоду в связи с этой болезнью. С целью полностью завладеть вниманием и вызвать сочувствие родных и близких, выставляют напоказ свои

страдания и переживания. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим заботам и делам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Как «конкуренты» рассматриваются люди, которые также требуют заботы и внимания. Испытывают неприязненное отношение к ним. Люди с данным типом отношения к болезни стремятся постоянно показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Непрогнозируемость и эмоциональная нестабильность.

Анозогнозический тип отношения к болезни был выявлен у 7 % детей оставшихся без попечения родителей. Активное отбрасывание мыслей о болезни происходит у людей с данным типом. О возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как случайных колебаний самочувствия или проявления «несерьезных» заболеваний. В связи с этим нередко характерны отказ от лечения и врачебного обследования. Желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «все обойдется само». На течении болезни пагубно сказывается легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций.

У 7 % испытуемых проживающих в семье был выявлен эргопатический тип отношения к болезни. То есть, «Уход от болезни в работу». Людям с данным типом характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе. Которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Отношение к лечению и обследованию избирательное. Что обуславливается, прежде всего, стремлением продолжать работу, несмотря на тяжесть заболевания. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

Таким образом, дети оставшихся без попечения родителей преимущественно имеют тревожный тип отношения к болезни (46 %). Который характеризуется повышенным беспокойством, угнетенностью настроения и мнительностью в отношении неблагоприятного прогноза заболевания. У детей, проживающих в семье, наиболее выражен ипохондрический тип отношения к

болезни, для которого характерно преувеличение чрезмерное сосредоточение на своих болезненных ощущениях.

Для проверки достоверности выявленных различий использовался U критерий Манна – Уитни. Статистические расчеты проводились с помощью программы Statistica 13.2.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Итоговые значения U критерия Манна - Уитни

Шкалы	Сумма рангов Группа 1	Сумма рангов группа 2	Значение U критерия	Уровень значимости
Гармоничный	<b>296,5000</b>	<b>238,5000</b>	<b>56,5000</b>	<b>0,010197</b>
Эргопатический	231,0000	234,0000	111,0000	0,966915
Анозогнозический	231,5000	233,5000	111,5000	0,983454
Тревожный	<b>298,0000</b>	<b>167,0000</b>	<b>47,0000</b>	<b>0,007017</b>
Ипохондрический	262,0000	203,0000	83,0000	0,229030
Неврастенический	256,5000	208,5000	88,5000	0,329693
Меланхолический	244,5000	220,5000	100,5000	0,633364
Апатический	235,5000	229,5000	109,5000	0,917411
Сенситивный	207,0000	258,0000	87,0000	0,299759
Эгоцентрический	231,5000	233,5000	111,5000	0,983454
Паранойяльный	220,0000	245,0000	100,0000	0,618670
Дисфорический	211,5000	253,5000	91,5000	0,395159

Достоверными являются различия по шкалам «тревожный тип отношения к болезни», «гармоничный тип отношения к болезни». То есть дети, находящиеся без попечения родителей обладают большей мнительностью и беспокойством в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений опасности или неэффективности лечения, чем дети, проживающие в семье.

Дети, проживающие в семье, статистически достоверно чаще к болезни относятся по «гармоничному типу», который предполагает реалистичную оценку своего состояния.

Для диагностики эмоционального уровня ВКБ была использована методика ИТО – Индивидуально – типологический опросник (Собчик Л.Н.)

детский вариант. Результаты представлены на рисунке 4.

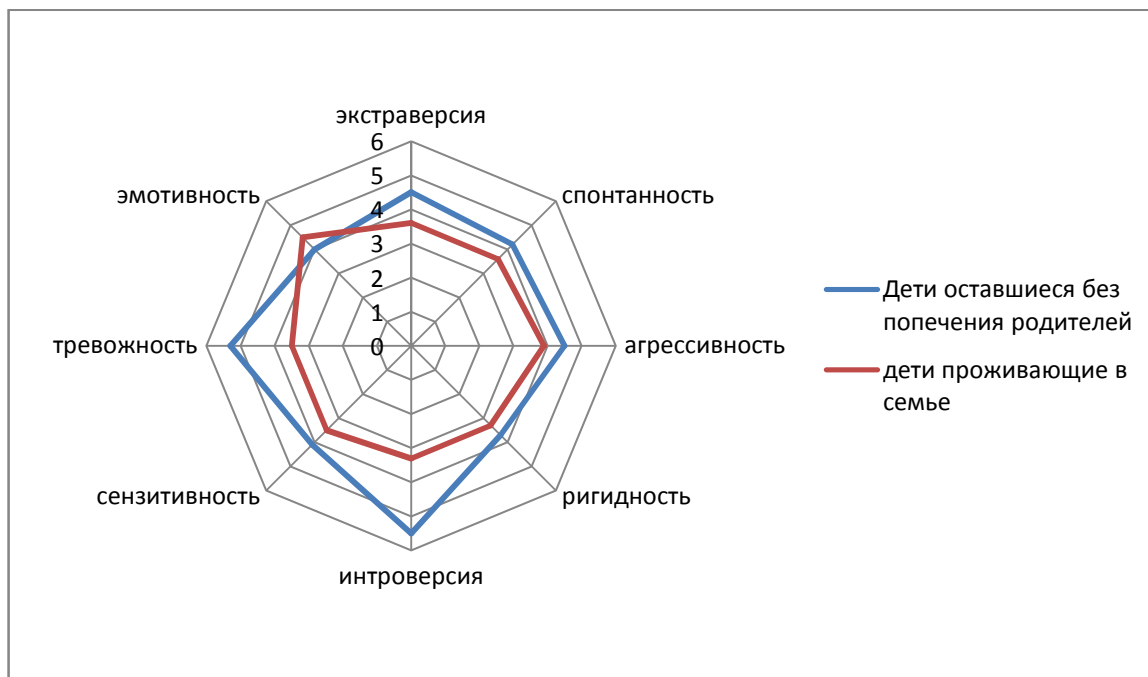


Рисунок 4 – Показатели «Индивидуально – типологический детский опросник» детей, разных групп

Из представленных профилей видно, что в группе детей, проживающих в семье значения по большинству шкал нормативные. А в группе детей оставшихся без попечения родителей выявляются показатели превышающие норму. Это отмечается в следующих шкалах: «тревожность», «интроверсия»

Высокие значения по шкале «тревожность» указывают на преобладание у ребенка таких черт характера как, повышенное чувство ответственности, нерешительность. В дружбе проявляется преданность и верность.

Высокие значения по шкале «интроверсия» говорят о том, что дети, оставшиеся без попечения родителей, характеризуются как замкнутые и обращенные в свой внутренний мир.

В профиле детей, проживающих в семье, наиболее высокие показатели отмечаются по шкале «эмотивность». Это свидетельствует о том, что такие дети впечатлительны, ранимы, обидчивы.

У детей, оставшихся без попечения родителей, отмечаются акцентуированные черты по таким шкалам как «экстраверсия», что говорит о повышенной общительности и отвлекаемости; «агрессивность», показатели

которой характеризуют данных детей, как самоуверенных и самостоятельных; «сенситивность», которая свидетельствует о выраженной впечатлительности и чувствительности; «спонтанность», характеризующая их как раскованных и стремящихся быть лидерами.

Кроме этого, из профиля видно, что у детей, проживающих в семье, по шкалам «экстраверсия», «спонтанность», «агрессивность», «интроверсия», «сенситивность», «интроверсия», «ригидность» выявились показатели, относящиеся к норме.

Из данного анализа можно сделать следующие выводы:

У детей, оставшихся без попечения родителей гораздо выше свойства, затрудняющие адаптацию, создающие проблемы для самого ребенка или для окружающих.

Дети, проживающие в семье более гармоничные личности, чем дети, которые остались без попечения родителей.

Акцентуированные черты присутствуют и у детей, оставшихся без попечения, и у детей, проживающих в семье примерно в одинаковом соотношении.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Итоговые значения U критерия Манна - Уитни

Шкалы	Сумма рангов Группа 1	Сумма рангов группа 2	Значение U критерия	Уровень значимости
Экстраверсия	181,0000	284,0000	61,0000	0,034398
Спонтанность	272,5000	192,5000	72,5000	0,101343
Агрессивность	257,5000	207,5000	87,5000	0,309529
Регидность	262,5000	202,5000	82,5000	0,221103
Интроверсия	280,5000	184,5000	64,5000	0,048815
Сензитивность	259,5000	205,5000	85,5000	0,271695
Тревожность	238,0000	227,0000	107,0000	0,835705
Лабильность	255,5000	209,5000	89,5000	0,350688

Достоверными различия являются по следующим шкалам: экстраверсия и интроверсия. То есть дети, находящиеся без попечения родителей, обладают большей молчаливостью, замкнутостью, отгороженностью, чем дети,

проживающие в семье.

Для диагностики волевого уровня ВКБ использовалась методика «Стиль саморегуляции поведения». Результаты исследования представлены на рисунке 5.

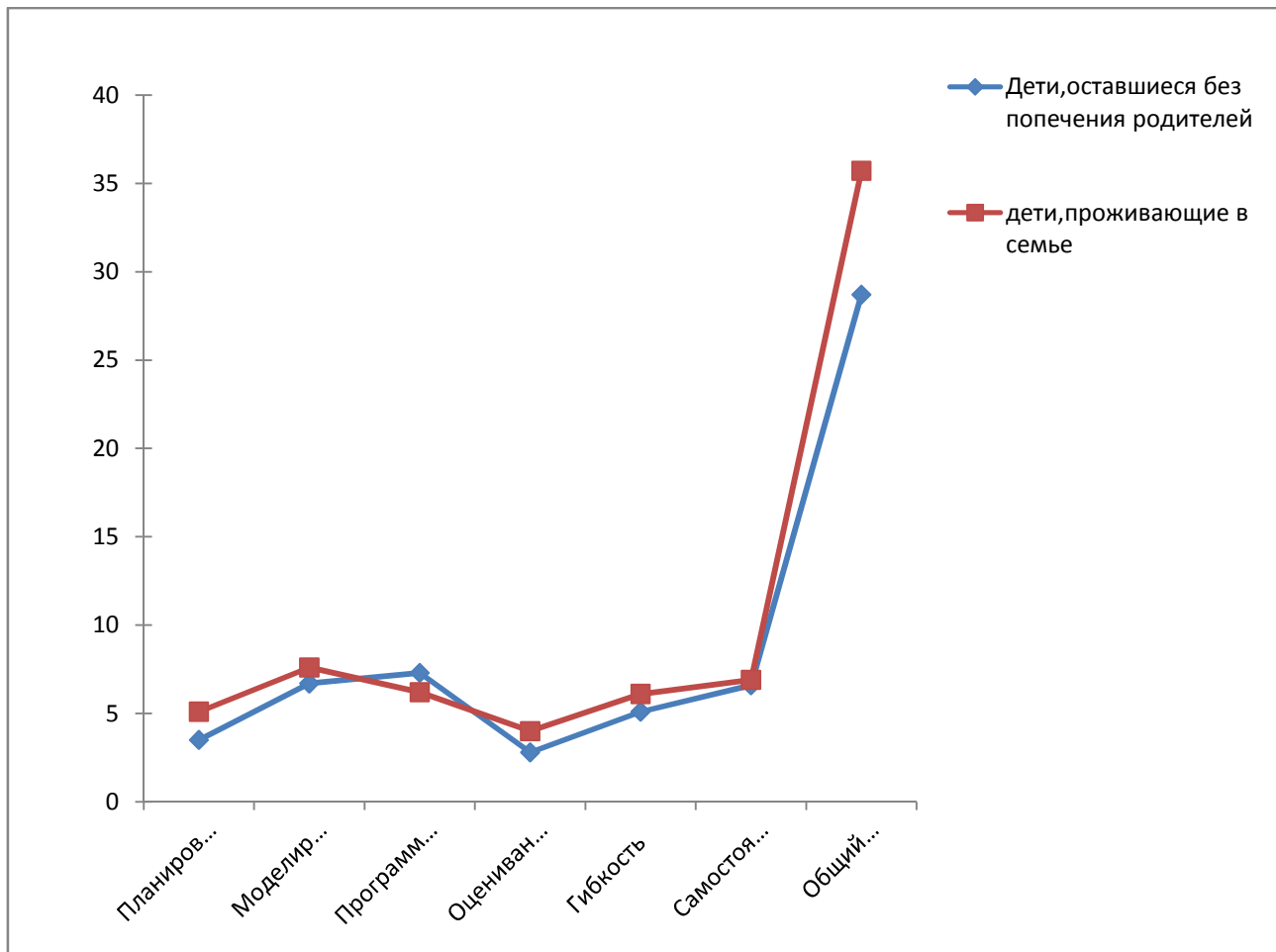


Рисунок 5 – «Стиль саморегуляции поведения» разных групп

Анализ результатов по данной методике показал, что у детей, оставшихся без попечения родителей, высокие показатели выявились по шкале «общий уровень саморегуляции», что говорит о том, что эти дети самостоятельны, гибко и адекватно реагируют на изменение условий, выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной регуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее

его успехи в привычных видах деятельности. Также высокие показатели отмечаются по шкале «программирование», которые говорят о сформировавшейся у детей потребности продумывать способы своих действий для достижения поставленных целей. Высокие показатели по шкале «моделирование» говорят о развитости представления о внешних и внутренних значимых условиях.

Низкие показатели по шкале «планирование» говорит о то, что потребность в планировании развита слабо, цели редко достигаются. И низкие показатели по шкале «оценивание результатов» характеризуют таких детей как не критичных к себе.

Средние показатели по шкале «гибкость» свидетельствуют о затруднениях перестраиваться под условия жизни; по шкале «самостоятельность» показатели отражают частичную зависимость детей от мнения и оценок окружающих; по шкале «»

У детей, проживающих в семье высокие показатели выявляются по шкале «общий уровень саморегуляции» что говорит о том, что эти дети самостоятельны, гибко и адекватно реагируют на изменение условий, выдвижение и достижение цели у них в значительной степени осознанно. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной регуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее его успехи в привычных видах деятельности.

Показатели со средним уровнем выявились по шкале «планирование», что свидетельствует о том, что планы недостаточно реалистичны и не совсем устойчивы; по шкале «программирование» говорит о недостаточной сформированности у детей, потребности продумывать способы своих действий для достижения поставленных целей; по шкале «гибкость» свидетельствуют о затруднениях перестраиваться под условия жизни.



Таким образом, по данной методике выявилось, что у детей оставшихся без попечения родителей низкий уровень по шкале «планирование». Это говорит о том, что у детей, которых не поддерживают родители, цели очень часто меняются и редко достигаются, такие дети не задумываются о своем будущем.

Результаты статистического анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Итоговые значения U критерия Манна - Уитни

Шкалы	Сумма рангов Группа 1	Сумма рангов группа 2	Значение U критерия	Уровень значимости
Планирование	188,0000	277,0000	68,0000	0,067997
Моделирование	183,0000	282,0000	63,0000	0,042111
Программирование	206,0000	259,0000	86,0000	0,280843
Оценивание результатов	210,5000	254,5000	90,5000	0,372512
Гибкость	213,5000	251,5000	93,5000	0,442877
Самостоятельность	230,0000	235,5000	110,0000	0,933886
Общ. уровень саморегуляции	155,5000	309,5000	35,5000	0,001508

Достоверным являются различия по шкалам моделирование и общий уровень саморегуляции. Это говорит о том, что дети, находящиеся без попечения родителей обладают, слабой сформированностью процессов моделирования которые приводят к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств. Это проявляется в фантазировании, которое может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию, последствиям своих действий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под термином внутренняя картина болезни понимается, совокупность представлений о собственном заболевании и лечении. Включая осознание личности и понимание влияния заболевания на социальное функционирование. Также воздействие на поведенческие и эмоциональные реакции, качество жизни и внутреннюю картину здоровья.

Отношение к болезни всегда значимо. Оно оказывает влияние и на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении, взаимоотношениях пациента с окружающими. Знание и учет внутренней картины болезни углубляет понимание роли личностных факторов в динамике болезни. Разграничивает потенциалы инициативного вовлечения больного в систему лечебно-реабилитационных мероприятий. Психотерапевтические воздействия, обращенные на коррекцию неадаптивных позиций пациента, содействуют не только улучшению состояния, но и профилактике рецидивов.

Анализ литературы по проблеме ВКБ детей, оставшихся без попечения родителей, показал, что изучение внутренней картины болезни позволяет анализировать весь процесс самопознания заболевшего человека. Также дает возможность выявить средства, которые человек использует для принятия и понимания болезни, открывает возможность понимания особых способов преодоления, овладения собственным поведением, которые человек использует в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность изучить компенсаторные возможности личности.

Выявление внутренней картины болезни у ребенка одна из труднейших задач. Однако следует понять, какова психологическая структура внутренней картины болезни ребенка, какое занимает место в его основных мотивах. Также как влияет на поведение в целом. Способами раскрытия внутренней картины болезни могут быть наблюдение за свободным поведением ребенка и его участие в играх, беседы с ребенком, психологические исследования.

Для ребенка эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей. Именно к родителям он обращается за разъяснениями. Отсюда ясно, что как медицинская, так и общая культура семьи, определяющая представления о болезнях, будет участвовать и в формировании внутренней картины болезни у ребенка.

Ключевые позиции личности, такие как эмоциональная сфера, самосознание, образ «Я», интеллектуальная сфера, произвольность, у детей, оставшихся без попечения родителей, носят специфический характер, отличный от детей, проживающих в семье. Особенности эмоциональной сферы заключаются в высокой личностной тревожности, низком уровне эмпатии, агрессивности. Особенности самосознания проявляются в низком уровне самооценки, негативной Я-концепции, а также в отсутствии у ребенка чувства уверенности в себе. Интеллектуальный аспект развития характеризуется определенной дисгармоничностью выражающийся в недостаточном развитии невербального мышления. Необходимо отметить, что самостоятельное поведение детей, оставшихся без попечения родителей, характеризуется несобранностью, неорганизованностью своих действий.

Проведенное исследование позволило сделать ряд выводов: у детей, оставшихся без попечения родителей, преобладает тревожный тип отношения к болезни. Мнительность и беспокойство в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможная опасность или неэффективность лечения. Они обладают слабой сформированностью процессов моделирования, которые приводят к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств.

Для выявления особенностей внутренней картины болезни детей, оставшихся без попечения родителей была проведена статистическая обработка с помощью U-критерия Манна – Уитни. Анализ и интерпретация данных показали, что существуют такие особенности как: тревожный тип отношения к болезни, слабая сформированность процессов моделирования. Таким образом, гипотеза подтвердилась.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдциц. – М.: Кафедра–М, 1998. – 346 с.
- 2 Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси. – М., 1982. – 563 с.
- 3 Баканова, И.В. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности Бессознательное. Природа, функции и методы исследования / И.В. Баканова, Б.В. Зейгарник. – Тбилиси, 1978. – Т. 2. – С. 458–463.
- 4 Бахтояров, С.Е. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике / С.Е. Бахтояров, Н.В. Латцердс // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, июнь 2012 г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2012. – С. 1–3.
- 5 Бачериков, Н.Е. Клиника и профилактика психических заболеваний / Н.Е. Бачериков. – Киев: Здоровье, 1980. – 212 с.
- 6 Белопольская, Н.Л. Половозрастная идентификация: Методика исследования детского самосознания / Н.Л. Белопольская. – М., 1998. – 98 с.
- 7 Березовский, А.Э. Самосознание психически больных. Материалы к спец. курсу / А.Э. Березовский, Н.Н. Крайнева, Н.С. Бондарь. – Самара, 2001. – 108 с.
- 8 Блейлер, Е. Руководство по психиатрии / Е. Блейлер. – М.: издательство Независимой психиатр. ассоц., 1993. – 290 с.
- 9 Бочанова, Е.В. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М. : Эксмо, 2003. – 605 с.
- 10 Иванова, Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений (на примере атонических дерматитов у детей) / Е.В. Иванова // Вестн. Московского ун-та. – Серия 14. – Психология. – 1993. – № 1. – С. 31–38.
- 11 Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб., 1996. – 230 с.

- 12 Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство / Д.Н. Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 198 с.
- 13 Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 311 с.
- 14 Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 340 с.
- 15 Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. – Куйбышев: Издательство Куйбышевского мед. института, 1982 год. – 120 с.
- 16 Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.
- 17 Куртанова, Е.Ю. Внутренняя картина болезни детей и подростков с лимфостазом / Е.Ю. Куртанова // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 4. – С. 7–16.
- 18 Куртанова, Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ю.Е. Куртанова. – М., 2004. – 19 с.
- 19 Куртанова, Ю.Л. Внутренняя картина болезни детей с различными соматическими заболеваниями / Ю.Л. Куртанова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 3 (2). – С. 16–21.
- 20 Кучинская, Е.В. Отношение к социальной среде у несовершеннолетних правонарушителей / Е.В. Кучинская // Вопросы психологии. – 1996. – № 4. – С. 57–60.
- 21 Лакосина, Н.Д. Медицинская психология: учеб. пособие / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М., 1984. – 230 с.
- 22 Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении : учеб. пособие / М.И. Лисина. – СПб. : Питер, 2009. – 156 с.
- 23 Личко, А.Е. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 8. – С.

1527–1530.

24 Личность пациента и болезнь / под ред. В.Т. Волкова. – Томск, 1995. – 327 с.

25 Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М.: Мир, 1977. – 138 с.

26 Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕД–пресс, 1998. – 430 с.

27 Никифорова, Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифорова. – СПб.: изд-во СПбГУ, 2000. – 398 с.

28 Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 2001. – 167 с.

29 Николаева, В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях / В.В. Николаева // Проблемы патопсихологии. – Тез. докл. конференции. – М., 2003. – С. 25–45.

30 Николаева, В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни / В.В. Николаева // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – СПб., 2000. – С. 98–99.

31 Носачев, Г.Н. Введение в психотерапию / Г.Н. Носачев. – Самара, Самарский дом печати, 1997. – 256 с.

32 Ослон, В.Н. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России / В.Н. Ослон, А.Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2001. – № 3. – С. 75–77.

33 Пашина, Е.П. Особенности эмоциональной сферы у воспитанников и сотрудников детского дома / Е.П. Пашина, А.Х. Рязанова. – М. : Изд-во Ин-та психологии, 2005. – 139 с.

34 Покрасс, М.Л. Залог возможности существования / М.Л. Покрасс. – Самара, изд. дом «Бахрах», 2002. – 199 с.

35 Психологические исследования познавательных процессов и личности. – М. : Изд-во Ин-та психологии. Наука, 2000. – 161 с.

36 Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие. Хрестоматия /

сост. О.В. Заширинская, И.В. Добряков. – СПб.: Речь, 2007. – 430 с.

37 Психосоматика. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М., 2004. – 563 с.

38 Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: Мир, 1970. – 215 с.

39 Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – 306 с.

40 Свистунова, Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь [Электронный ресурс] / Е.В. Свистунова // Человек и болезнь. – 2012. – № 4. – С. 47– 52. – Режим доступа: [http://www.rusvrach.ru/articles/medsestra/2012/medsestra\\_02\\_2012\\_Svistunova.pdf](http://www.rusvrach.ru/articles/medsestra/2012/medsestra_02_2012_Svistunova.pdf). – 13.10.2016.

41 Свистунова, Е.В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы / Е.В. Свистунова // Consilium medicum. Педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 29–32.

42 Середина, Н.В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.

43 Сидоров, П.И. Клиническая психология: учебник / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 880 с.

44 Сирота, Н.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 2. – Режим доступа: URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). – 09.12.2016.

45 Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: Издательство МГУ, 1989. – 130 с.

46 Сулейманова, Г.П. Курс лекций «Клиническая психология» / Г.П. Сулейманова. – Волгоград, 2010. – 198 с.

47 Ташлыков, В.И. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии / В.И. Ташлыков // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1981. – № 11. – С. 1704–1708.

48 Урванцев, Л.В. Психология соматического больного / Л.В. Урванцев. – Ярославль: Институт «Открытое общество», 2002. – 315 с.

49 Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности / В.Б. Челпанов // Вопросы психологии. – 2009. – № 4. – С. 34-37.

50 Шапарь, В.Б. Рабочая книга практического психолога / В.Б. Шапарь, А. Тимченко, В. Швыдченко. – М.: АСТ., Харьков: Торсинг, 2005. – 389 с.

51 Шефов, С.А. Психология горя / С.А. Шефов. – Спб., Речь, 2007. – 144 с.

52 Шкуренко, Д.А. Общая и медицинская психология / Д.А. Шкуренко. – М., 2012. – 328 с.

53 Штрахова, А.В. Внутренняя картина болезни и механизмы психологической защиты у больных рецидивирующей формой язвенной болезни: автореф: дис. ... канд. мед. наук / А.В. Штрахова. – Спб., 1997. – 24 с.



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

#### **I. Самочувствие**

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

#### **II. Настроение**

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

#### **III. Сон и пробуждение ото сна**

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно–тоскливые сновидения

8. Утром я встаю бодрым и энергичным

9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать

10. По ночам у меня бывают приступы страха

11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему

12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни

13. Во сне мне видятся всякие болезни

14. Ни одно из определений мне не подходит

#### **IV. Аппетит и отношение к еде**

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях

2. У меня хороший аппетит

3. У меня плохой аппетит

4. Я люблю сытно поесть

5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде

6. Мне легко можно испортить аппетит

7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность

8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье

9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал

10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия

11. Ни одно из определений мне не подходит

#### **V. Отношение к болезни**

1. Моя болезнь меня пугает

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет

3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью

4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня

5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет

7. Считаю, что моя болезнь запущена из–за невнимания и неумения врачей

8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи

11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят

12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания

13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда

15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

16. Ни одно из определений мне не подходит

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

#### **VI. Отношение к лечению**

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

#### **VII. Отношение к врачам и медперсоналу**

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

14. Ни одно из определений мне не подходит

#### **VIII. Отношение к родным и близким**

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды

5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими

8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных

9. Из-за болезни я стал в тягость близким

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных

12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни

13. Ни одно из определений мне не подходит

#### **IX. Отношение к работе (учебе)**

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной

4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)

6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью

7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни

10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

15. Ни одно из определений мне не подходит

#### **X. Отношение к окружающим**

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

#### **XI. Отношение к одиночеству**

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

#### **XII. Отношение к будущему**

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я.)

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Индивидуально типологический опросник

(Собчик Л.Н., детский вариант)

Прочитай каждое утверждение, если ты согласен (согласна) с ним — подчеркни «Да», если не согласен (не согласна) — «Нет». Будь внимателен: если звучит отрицание, к примеру «Я не люблю ходить в гости...» и т.д., то ответ «согласен, не люблю» обозначается как «Да». Или «Мне не бывает стыдно, когда я...» ответ «Нет», означает, что тебе «бывает стыдно, когда...».

1. Я постараюсь отвечать на все вопросы очень правдиво и откровенно.
2. У меня очень плохой характер.
3. Я лучше делаю уроки дома, чем в классе.
4. Я все делаю без посторонней помощи.
5. Я часто заговариваю первым (первой) с незнакомыми ребятами.
6. Мне ужасно не везет в жизни.
7. Если я чего-то захочу, то сделаю по-своему, даже если все вокруг будут против.
8. Я часто беспокоюсь, все ли я успел (успела) сделать, тревожусь по пустякам.
9. В моих неудачах виноваты определенные люди (ребята, родители, учителя).
10. Для меня важно иметь общее мнение с ребятами нашего класса.
11. Меня мало касается все, что случается с другими.
12. Мне нравятся люди, которые умеют хорошо петь, танцевать.
13. Мне нет дела до чужих бед: хватает своих.
14. В шумной компании я только смотрю, как веселятся другие.
15. Мне всегда больно видеть, как кто-то переживает и мучается.
16. Я всегда говорю только правду.
17. Все мои беды — из-за моего плохого характера.
18. Я самый несчастный человек на свете.
19. Я часто не знаю, как поступить, и советуюсь с другими.
20. Мне всегда приятно знакомиться с новыми людьми.
21. Я всегда действую без долгих раздумий.
22. Меня раздражают люди, пытающиеся изменить мое мнение, когда я уверен (уверена) в своей правоте.
23. Я часто волнуюсь за близких мне людей даже без серьезного повода.
24. Я не могу терпеть, когда кто-нибудь меняет заведенный мною порядок на моем столе, в моей комнате.
25. Я умею привлекать к себе внимание ребят и даже взрослых людей.
26. В жизни я твердо придерживаюсь определенных правил и принципов.
27. Я не люблю ходить в гости, где все шумят и веселятся.
28. Я очень чувствителен (чувствительна) к изменениям в настроении окружающих меня людей — дома и в школе.
29. Я могу заинтересовать ребят нашего двора или класса и повести их за собой.
30. Я спокойно отношусь к тому, что кто-то рядом плачет или огорчается.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б  
Индивидуально типологический опросник  
(Собчик Л.Н., детский вариант)

31. Я всегда делаю только то, что нравится другим.
32. Часто из-за меня у окружающих портится настроение.
33. Я лучше соображаю, когда я один (одна), а не в присутствии всего класса.
34. Я бы легко справился (справилась), если бы меня выбрали старостой класса.
35. Мне трудно преодолеть застенчивость, когда нужно говорить, стоя у доски.
36. Мнение старших (родителей или учителей) для меня всегда имеет большое значение.
37. Мне трудно заставить других ребят действовать так, как я считаю нужным.
38. Я так сильно переживаю неудачи, что у меня ухудшается самочувствие.
39. Я всегда бываю настойчив (настойчива), если уверен (уверена) в своей правоте.
40. Если в компании на меня не обращают внимания, мне становится скучно и неинтересно.
41. Никто не может изменить мое мнение.
42. Мне нравится играть в разные игры с разными, каждый раз новыми друзьями.
43. Я могу изменить свое мнение, если родители или учитель считают, что я не прав (не права).
44. В метро или трамвае (троллейбусе) я с удовольствием могу поболтать с незнакомыми ребятами.
45. Я никогда не вру.
46. Я никогда не откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
47. Я вечно ничем не доволен (не довольна).
48. Я люблю одиночество, позволяющее мне сосредоточиться на своих мыслях, помечтать.
49. Я могу не смущаясь дурачиться в веселой компании.
50. У меня не получится, если мне придется командовать другими.
51. Я умею дать отпор тем, кто вмешивается в мои дела.
52. Мне не бывает стыдно или неловко за свои слова или поступки.
53. Мне часто приходилось в драке защищать свои права.
54. Я не стану огорчаться, если получу двойку или меня поймают на вранье.
55. Мое настроение значительно зависит от того, как ладят между собой родители.
56. Мне трудно добиться успеха, так как не хватает упорства и настойчивости.
57. Я всегда слушаюсь старших дома и в школе.
58. Мое грустное настроение легко исправляется, если я смотрю интересный фильм в кино или комедийное представление по телевизору.
59. Меня совсем не волнуют неприятности в школе.
60. Мне часто бывает скучно, когда вокруг все веселятся.
61. Я всегда перехожу улицу в положенном месте.



## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Стиль саморегуляции поведения (Моросанова В.И)

Утверждения		Верно	Пожалуй, верно	Пожалуй, неверно	Неверно
1	Свои планы на будущее люблю разрабатывать в малейших деталях.				
2	Люблю всякие приключения, могу идти на риск.				
3	Стараюсь всегда приходить вовремя, но тем не менее часто опаздываю.				
4	Придерживаюсь девиза “Выслушай совет, но сделай по-своему”.				
5	Часто полагаюсь на свои способности ориентироваться по ходу дела и не стремлюсь заранее представить последовательность своих действий.				
6	Окружающие отмечают, что я недостаточно критичен к себе и своим действиям, но сам я это не всегда замечаю.				
7	Накануне контрольных или экзаменов у меня обычно появлялось чувство, что не хватило 1–2 дней для подготовки.				
8	Чтобы чувствовать себя уверенно, необходимо знать, что ждет тебя завтра.				
9	Мне трудно себя заставить что-либо переделывать, даже если качество сделанного меня не устраивает.				
10	Не всегда замечаю свои ошибки, чаще это делают окружающие меня люди.				
11	Переход на новую систему работы не причиняет мне особых неудобств.				
12	Мне трудно отказаться от принятого решения даже под влиянием близких мне людей.				
13	Я не отношу себя к людям, жизненным принципом которых является “Семь раз отмерь, один раз отрежь”.				
14	Не выношу, когда меня опекают и за меня что-то решают.				
15	Не люблю много раздумывать о своем будущем.				
16	В новой одежде часто ощущаю себя неловко.				
17	Всегда заранее планирую свои расходы, не люблю делать незапланированных покупок.				
18	Избегаю риска, плохо справляюсь с неожиданными ситуациями.				
19	Мое отношение к будущему часто меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.				
20	Всегда стараюсь продумать способы достижения цели, прежде чем начну действовать.				

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

### Стиль саморегуляции поведения (Моросанова В.И)

21	Предпочитаю сохранять независимость даже от близких мне людей.				
22	Мои планы на будущее обычно реалистичны, и я не люблю их менять.				
23	В первые дни отпуска (каникул) при смене образа жизни всегда появляется чувство дискомфорта.				
24	При большом объеме работы неминуемо страдает качество результатов.				
25	Люблю перемены в жизни, смену обстановки и образа жизни.				
26	Не всегда вовремя замечаю изменения обстоятельств и из-за этого терплю неудачи.				
27	Бывает, что настаиваю на своем, даже когда не уверен в своей правоте.				
28	Люблю придерживаться заранее намеченного на день плана.				
29	Прежде чем выяснять отношения, стараюсь представить себе различные способы преодоления конфликта.				
30	В случае неудачи всегда ищу, что же было сделано неправильно.				
31	Не люблю посвящать кого-либо в свои планы, редко слеую чужим советам.				
32	Считаю разумным принцип: сначала надо ввязаться в бой, а затем искать средства для победы.				
33	Люблю помечтать о будущем, но это скорее фантазии, чем реальность.				
34	Стараюсь всегда учитывать мнение товарищей о себе и своей работе.				
35	Если я занят чем-то важным для себя, то могу работать в любой обстановке.				
36	В ожидании важных событий стремлюсь заранее представить последовательность своих действий при том или ином развитии ситуации.				
37	Прежде чем взяться за дело, мне необходимо собрать подробную информацию об условиях его выполнения и сопутствующих обстоятельствах.				
38	Редко отступаю от начатого дела.				
39	Часто допускаю небрежное отношение к своим обязательствам в случае усталости и плохого самочувствия.				
40	Если я считаю, что прав, то меня мало волнует мнение окружающих о моих действиях.				
41	Про меня говорят, что я “разбрасываюсь”, не умею отделить главное от второстепенного.				

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В  
Стиль саморегуляции поведения (Моросанова В.И)

<b>42</b>	Не умею и не люблю заранее планировать свой бюджет.				
<b>43</b>	Если в работе не удалось добиться устраивающего меня качества, стремлюсь переделать, даже если окружающим это не важно.				
<b>44</b>	После разрешения конфликтной ситуации часто мысленно к ней возвращаюсь, перепроверяю предпринятые действия и результаты.				
<b>45</b>	Непринужденно чувствую себя в незнакомой компании, новые люди мне обычно интересны.				
<b>46</b>	Обычно резко реагирую на возражения, стараюсь думать и делать все по-своему.				

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.1 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Тип отношения к болезни». Испытуемые – дети, оставшиеся без попечения родителей

Испытуемые	Гармоничный	Эргопатический	Анозогнозический	Тревожный	Ипохондрический	Неврастенический	Меланхолический	Апатический	Сенситивный	Эгоцентрический	Паранойальный	Дисфорический
1	0	0	0	25	8	3	4	3	15	8	5	0
2	0	0	0	14	30	3	3	8	0	0	0	0
3	0	2	1	16	4	21	2	7	0	0	0	0
4	0	0	0	20	7	6	3	4	7	8	5	1
5	1	1	23	7	8	4	0	0	0	0	0	0
6	19	0	0	6	0	0	0	4	3	5	0	0
7	0	0	0	15	0	3	6	5	2	3	1	0
8	1	3	0	24	0	3	0	0	0	0	0	0
9	3	3	0	5	3	17	3	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	7	10	6	22	0	3	4	3
11	0	0	0	17	0	7	30	3	0	0	0	0
12	0	0	0	30	3	1	10	7	0	8	5	0
13	0	0	0	21	4	0	4	3	15	8	5	1
14	0	0	0	18	0	2	0	0	6	0	0	0
15	0	1	2	29	0	3	4	3	5	8	5	0

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.2 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Тип отношения к болезни». Испытуемые – дети, проживающие в семье

Испытуемые	Гармоничный	Эргопатический	Анозогнозический	Тревожный	Ипохондрический	Неврастенический	Меланхолический	Апатический	Сенситивный	Эгоцентрический	Паранойяльный	Дисфорический
1	0	0	0	20	0	7	2	2	3	0	0	4
2	18	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0
3	0	15	2	3	0	3	3	4	0	0	2	0
4	0	0	0	0	3	0	0	0	3	2	7	0
5	0	3	0	14	0	7	6	24	0	3	0	5
6	0	0	0	25	0	8	3	4	3	15	8	0
7	0	0	0	20	8	3	4	3	12	8	5	0
8	25	0	0	3	6	0	3	0	7	0	0	0
9	22	7	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0
10	0	0	15	8	3	4	3	13	25	8	5	0
11	20	5	15	0	0	2	4	10	5	5	4	0
12	30	0	0	0	2	15	4	3	0	0	0	0
13	25	0	0	0	0	2	0	5	3	0	4	3
14	0	0	0	0	5	2	4	3	3	22	2	3
15	0	0	0	5	0	0	4	3	27	5	3	3

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

### Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.3 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Индивидуально типологический детский опросник» Л.Н. Собчик. Испытуемые – дети, оставшиеся без попечения родителей

Испытуемые	Экстраверсия	Спонтанность	Агрессивность	Ригидность	Интроверсия	Сенситивность	Тревожность	Эмотивность
1	6	5	4	4	3	6	3	6
2	5	4	6	3	3	3	4	3
3	3	6	6	3	3	3	3	4
4	4	4	6	3	3	6	3	3
5	6	5	4	4	3	3	3	6
6	4	3	6	3	3	3	3	3
7	5	4	6	4	3	6	3	6
8	6	5	4	3	4	5	3	4
9	4	3	3	5	4	3	3	3
10	6	5	4	4	3	3	4	3
11	3	3	3	3	4	5	6	3
12	6	5	4	4	3	3	3	4
13	4	5	3	3	3	4	4	4
14	3	3	4	4	3	6	4	5
15	3	3	3	5	3	3	3	3

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.4 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Индивидуально типологический детский опросник» Л.Н Собчик. Испытуемые – дети, проживающие в семье

Испытуемые	Экстраверсия	Спонтанность	Агрессивность	Ригидность	Интроверсия	Сенситивность	Тревожность	Эмотивность
1	4	3	3	3	3	6	4	3
2	5	3	4	3	4	3	4	4
3	3	4	5	3	4	3	3	5
4	3	5	4	4	3	3	3	5
5	3	3	4	3	4	3	4	4
6	3	3	3	4	5	6	3	3
7	3	5	4	3	4	3	6	3
8	5	4	6	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	4	3	3	3
10	3	3	3	3	4	3	3	3
11	3	3	3	4	4	3	3	4
12	3	3	5	3	3	3	4	5
13	4	4	5	5	3	3	3	3
14	4	5	4	3	3	4	3	3
15	5	3	3	3	5	3	3	3

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.5 – Эмпирические значения исследования по опроснику «Стиль саморегуляции поведения». Испытуемые – дети, оставшиеся без попечения родителей

Испытуемые	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	2	8	9	9	1	5	34
2	1	8	10	5	2	4	30
3	2	9	8	5	1	4	29
4	2	8	10	6	2	2	30
5	3	9	9	4	2	1	28
6	1	8	4	1	2	2	18
7	2	8	6	1	8	8	33
8	2	4	6	2	8	9	31
9	7	5	2	2	9	8	33
10	7	6	1	2	10	9	35
11	4	4	2	1	8	10	29
12	5	1	2	1	9	10	28
13	6	2	1	1	5	10	25
14	4	1	2	1	5	9	22
15	5	1	2	1	4	8	25



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Результаты диагностика внутренней картины болезни

Таблица Г.6 – Эмпирические значения исследования по опроснику «Стиль саморегуляции поведения». Испытуемые – дети, проживающие в семье

Испытуемые	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценивание результатов	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень саморегуляции
1	4	4	1	9	4	1	23
2	5	5	4	8	4	2	28
3	4	1	5	9	6	5	35
4	6	8	4	8	5	4	35
5	4	9	4	8	8	4	37
6	4	10	5	5	9	9	42
7	6	8	5	1	10	8	38
8	5	8	6	2	9	10	40
9	6	9	4	1	9	9	38
10	5	9	8	2	8	9	41
11	1	9	8	1	8	8	35
12	2	8	9	1	8	8	36
13	8	8	10	1	1	8	27
14	9	10	10	2	1	9	41
15	8	8	10	2	2	10	40

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Рекомендации по психокоррекционной работе с детьми, оставшимися без попечения родителей

Для работы с детьми, оставшимися без попечения родителей, можно выделить два вида оказания психологической помощи:

1) работа психолога в учреждениях социально–педагогической поддержки (приютах, детских домах, кризисных центрах, интернатах и т.д.);

2) привлечение высококвалифицированных специалистов по отдельным проблемам детей или направлениям работы, центров, служб, консультаций и т.д.

Психолог, работающий непосредственно с детьми, в каждом конкретном учреждении должен, прежде всего, опираться на возрастные особенности детей и новообразования, характерные для каждого возрастного периода развития ребенка. Психическое развитие ребенка наиболее благоприятно происходит именно в каждом возрастном периоде, при совпадении вида деятельности и социальной ситуации развития. Если этого не происходит, то можно прогнозировать, что развитие приняли проблемный характер и может пойти по необратимому пути, привести к патологическим формам поведения. В то же время психика ребенка отличается гибкостью, пластичностью и возможностью компенсации. При определенных видах реабилитационной и психокоррекционной работы можно частично компенсировать определенные стороны психического развития и помочь ребенку овладеть навыками социальной компетенции, позволяющими приспособливаться к культурным типам поведения.

Можно выделить наиболее эффективные виды и формы работы с детьми от 3 до 18 лет, которые могут лежать в основе составления реабилитационных и психокоррекционных программ. Первая форма – игротерапия, т.е. использование разного рода игр. Это могут быть игры в образах игры, основанные на литературных произведениях, на импровизированном диалоге, на сочетании пересказа и инсценировки и т.д.

Использование образов в игре имеет ряд психологических преимуществ. Во–первых, создаются наиболее благополучные условия для личностного роста ребенка, изменяется отношение к своему "Я", повышается уровень самопринятия. Этому способствуют ограничения переноса эмоциональных переживаний ребенка, связанных с низкой самооценкой, неуверенностью в себе, беспокойством о себе, уменьшается напряженность, купируется острота переживаний.

Психолог должен знать, что использование игры как терапевтического средства идет по двум основаниям:

а) игра может быть использована как инструмент для изучения ребенка (классическая психоаналитическая техника, при которой происходит вытеснение желания, замена одного действия другим, отсутствие внимания, оговорки и т.д.);

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по психокоррекционной работе с детьми, оставшимися без попечения родителей

б) свободное повторное воспроизведение травмирующей ситуации – "навязчивое поведение".

Психологу важно проводить реабилитационную работу с применением элементов игротерапии или с использованием разного вида игр. Для проведения реабилитационной работы в разработанную им программу хорошо включать структурированный игровой материал, который провоцирует детей на выражение собственных желаний, овладение социальными навыками, усвоение способов поведения. Для этого эффективным является использование человеческих фигурок, символизирующих семью, машин, предметов и кукол, наборов игрушек и т.д. Например, фигурки семьи, машины, постельные принадлежности провоцируют желание заботиться о ком-то; оружие – способствует выражению агрессии; телефон, поезд, машинки – использованию коммуникативных действий.

Организовывая игры с детьми, психолог наблюдает за тем, что ребенок игнорирует: какие игрушки, какого цвета и какой формы, а также фиксирует невозможность ребенка играть с определенной игрушкой.

Применение в работе психолога разных видов игр и специально разработанных программ реабилитации и психокоррекции с использованием игры является весьма ценным, так как в игре проявляется неизвестная нам форма преодоления травмирующих переживаний. Эта форма проявляется тогда, когда удалась интеграция осознания и переживания, через нее происходит снятие психического напряжения, формируется способность восприятия новых впечатлений и перенос фантазии детей на темы, не связанные с насилием, пережитой травмой, что может способствовать развитию уверенности в себе, утверждению собственного "Я", повышению самооценки, доверия взрослым, окружающим ребенка. Применение игр в работе с данным контингентом детей – лишь этап в процессе реабилитации и коррекции личности ребенка.

#### **Второй метод – арттерапия.**

Данный метод построен на использовании искусства как символической деятельности. Применение этого метода имеет два механизма психологического коррекционного воздействия. Первый направлен на влияние искусства через символическую функцию реконструирования конфликтной травмирующей ситуации и нахождение выхода через переконструирование этой ситуации. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить реакцию проживания негативного аффекта по отношению к формированию позитивного аффекта, приносящего наслаждение. В работе с детьми психолог, используя игротерапию, дополняет ее арттерапевтическими методами.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

### Рекомендации по психокоррекционной работе с детьми, оставшимися без попечения родителей

Различают несколько видов арттерапии: рисуночная, основанная на изобразительном искусстве, библиотерапия, драмтерапия и музыкальная терапия.

Психологи могут использовать в своей работе с детьми следующие виды заданий и упражнений:

1) предметно – тематический тип – рисование на свободную и заданные темы. Примером таких заданий являются рисунки "Моя семья", "Я в школе", "Мой новый дом", "Мое любимое занятие", "Я сейчас", "Я в будущем" и т.д.;

2) образно – символический тип – изображение ребенка в виде образов. Темы могут быть такие: "Добро", "Зло", "Счастье", "Радость", "Гнев", "Страх" и т.д.;

3) упражнения на развитие образного восприятия – "Рисование по точкам", "Волшебные пятна", "Дорисуй рисунок" в их основе лежит принцип проекции;

4) игры–упражнения с изобразительным материалом для детей младшего дошкольного возраста – экспериментирование с красками, бумагой, карандашами, пластилином, мелом и др. "Рисование пальцами рук и ног", "Разрушение–строительство", "Наложение цветowych пятен друг на друга" и т.д.;

5) задания на совместную деятельность – сочинение сказок, историй с помощью рисования. Используются приемы последовательного поочередного рисования типа "Волшебные картинки" – один начинает, другой ребенок продолжает и т.д.