

# КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

*Л. И. Колосова*

## **ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Успешность любого вида работы во многом определяется состоянием, в котором находится выполняющий ее человек. Это в полной мере относится и к процессу обучения – напряженной, систематической работе, в которую ежедневно включены школьники, студенты, педагоги. Быстрота и качество овладения новыми знаниями во многом зависят от уровня работоспособности, степени эмоциональной возбудимости, устойчивости к воздействию разного рода физических и психических нагрузок. При этом прослеживается прямая зависимость эффективности умственного труда от переживаемого человеком функционального состояния.

Проблема функционального состояния личности рассматривается в различных разделах психологической науки: в психологии труда, инженерной психологии, возрастной и педагогической психологии, где под функциональным состоянием человека понимается интегральный комплекс тех наличных функций и качеств человека, которые прямо или косвенно определяют эффективность его деятельности. А. Б. Леонова выделяет два вида функциональных состояний [3]:

1. Оптимальные состояния, которым свойственна стабильная продуктивность умственной деятельности.
2. Неблагоприятные функциональные состояния, которые значительно снижают работоспособность личности, в том числе умственную.

Среди неблагоприятных функциональных состояний можно отметить утомление, переутомление, монотонию, стресс. Каждое состояние имеет свои специфические симптомы, но наряду с этим можно выделить и облигатные симптомы: физиологический и психологический дискомфорт, доминирование отрицательных эмоций (раздражительность, нервозность, апатичность, чувство бессилия, иногда агрессивность), резкое ухудшение внимания, снижение умственной работоспособности (увеличение количества ошибок, трудность математических действий, снижение гибкости и быстроты мышления, нежелание браться за сложные проблемы), а также затруднения в общении со сверстниками, педагогами, взрослыми людьми. Проблема влияния неблагоприятных функциональных состояний на умственную работоспособность стала центральным звеном наших исследований.

## Методики и результаты исследования

Исследования проводились в течение двух лет, количество респондентов составило 390 человек, из них 113 учащихся школ г. Екатеринбурга в возрасте 10–15 лет и 277 студентов III курса исторического факультета и I–II курсов факультета политологии и социологии УрГУ.

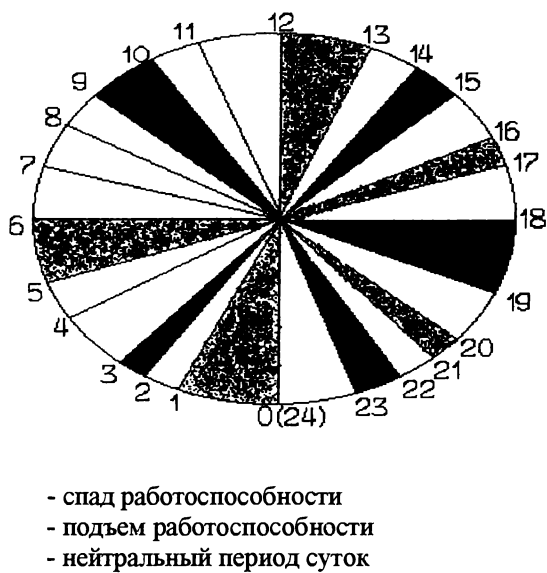
Методическим инструментарием для диагностики неблагоприятных функциональных состояний служили методики субъективной оценки состояний: САН (методика дифференциальной самооценки состояний); опросник для оценки состояния хронического утомления, применяемый в клинической психологии; метод наблюдения по карте СТОТТА (КН) (адаптирован в нашей стране в 1970 г. Ланзером и в 1976 г. Г. Л. Исуриной). Из 16 синдромов, имеющих в КН, мы акцентировали особое внимание на следующих шкалах: шкала 1 – недоверие к людям, вещам, ситуациям; шкала 5 – враждебность по отношению к взрослым; шкала 7 – недостаток социальной нормативности; шкала 6 – тревожность по отношению к детям; шкала 9 – невротические симптомы; шкала 10 – эмоциональное напряжение; шкала 13 – умственная отсталость. Эти шкалы дают наиболее полную симптоматику утомления, переутомления и стресса. При работе с КН выполнялось основное правило, а именно, в шкалах подчеркивались лишь те отрезки, которые соответствуют поведению личности. Достоинство данного метода (КН СТОТТА) состоит в том, что соответствующая информация о личности может быть получена от значительного числа экспертов: учителей, родителей, классного руководителя, директора школы, медика и психолога. Кроме вышеназванных, использовались методики, направленные на выявление сдвигов основных психических функций: восприятия, внимания, памяти, мышления.

Результаты исследования показали, что 56 детей 10–15 лет из 113 обследованных и 108 студентов из 277 имеют различные виды неблагоприятных функциональных состояний (утомление, переутомление, монотония, стресс) при доминировании хронического утомления. Мы предположили, что у данных респондентов возможно снижение не только моторики и сенсорики, но и умственной работоспособности. Для доказательства этого предположения с группой риска (164 респондента) было проведено диагностирование умственной работоспособности с использованием следующих методик: для школьников была задействована методика ШТУР (Школьный тест умственного развития) и тесты для детей 10–15 лет под редакцией Г. Айзенка и Д. Эванса [1]. Студентам предлагались тесты Г. Айзенка (взрослый вариант), Равена и А. С. Лачинса, позволяющие диагностировать общие интеллектуальные способности, логику мышления, пластичность и ригидность мышления.

Исследования проводились с учетом всех требований, повторные исследования проходили с перерывом в 3–7 дней. Полученные данные показали, что у всех респондентов, имеющих неблагоприятные функциональные состояния, появилось ярко выраженное снижение внимания, памяти и умственной работоспособности.

В целях коррекции всем испытуемым были предложены мероприятия по оптимизации учебной деятельности, позволяющие устранить объективные причины возникновения неблагоприятных функциональных состояний:

1. Рациональная организация умственной работы с опорой на схему: «Динамика работоспособности человека в течение суток».



Данный алгоритм работоспособности разработан совместными исследованиями ученых Берлинского университета и отечественными психологами под руководством В. Я. Ляудис [5].

2. Составление оптимальных режимов занятий и отдыха с учетом физиолого-психологических особенностей детей подросткового возраста и режима умственной работы для студентов.

3. Реализация комплекса упражнения для снятия позотонического и зрительного напряжения по А. Б. Леоновой [3].

4. Комплекс игровых заданий для снятия эмоционального напряжения [6].

5. Работа, направленная на коррекцию умственного развития [2,4].

6. Приемы саморегуляции функционального состояния, ориентированные на формирование у человека навыков регуляции и управления собственным поведением по Джейкобсону и Шульцу [7].

Пункты 4–5–6 должны реализовываться психологом, пункт 6 может требовать привлечения психотерапевта.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Айзенк Г., Эванс Д.* Проверьте свои способности. СПб., 1996.
2. *Дубровина И. В., Гуревич К. М.* Психологическая коррекция умственного развития учащихся. М.: Олимпик, 1990.
3. *Леонова А. Б.* Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: Высшая школа, 1984.
4. *Вуджек Т.* Тренировка ума. М., 1996.
5. Совместные исследования советских психологов и психологов ГДР / Под ред. В. Я. Ляудис. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.
6. *Самоукина Н. В.* Игры, в которые играют. Дубна, 1997.
7. *Шульц Н. Г., Джейкобсон Э.* Аутогенная тренировка // Психогигиеническая саморегуляция / Под ред. Г. С. Беляева, В. С. Лобзина, Н. А. Копылова. Л., 1977.

*А. И. Рачинский, Л. И. Колосова*

### **ИНФАРКТ МИОКАРДА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Постинфарктные больные – это особая категория пациентов, у которых наряду с физическими страданиями появляются изменения в эмоциональной сфере, носящие болезненный характер [3]. Чувства, как и другие свойства личности, носят социальный характер, они опосредствованы и обусловлены реальными социальными отношениями, которые у всех постинфарктных больных резко меняются (уход на инвалидность, прекращение работы, сужение круга общения). Все эти изменения отражаются в виде переживаний, зависящих от удовлетворения потребностей. Неудовлетворенность своим общественным положением приводит к болезненным изменениям настроения. Иногда данная категория больных начинает проявлять чувства на детском уровне (огорчаться, становиться обидчивыми, плаксивыми).

У ряда постинфарктных больных отмечаются явления раздражительной слабости, заключающиеся в том, что в состоянии утомления больные реагируют на все мелочи вспышками раздражения (22%). У других больных отмечаются дисфории (13,7%) – эпизодические расстройства настроения без каких-либо неблагоприятных внешних воздействий. Больной, который на стадии выздоровления спокоен, выпол-