

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОНЯТИЯ И СОСТАВЛЯЮЩИХ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ.....	6
1.1 Понятие структуры личности.....	6
1.2 Составляющие структуры личности.....	11
1.3 Характеристика состояния социального обеспечения психоневрологических больных.....	13
1.4 Технологии социальной работы с психоневрологическими больными....	19
1.5 История развития когнитивной терапии.....	24
1.6 Методология и особенности когнитивной психотерапии.....	28
1.7 Техники и методики когнитивной психотерапии.....	33
Выводы по теоретическому анализу.....	39
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	43
2.1 Организация и характеристика методик исследования.....	43
2.2 Анализ результатов исследования.....	46
Выводы по второй главе.....	50
Заключение.....	51
Список литературы.....	53

## **ВВЕДЕНИЕ**

Расстройства личности - довольно интересное психологическое явление. Иногда очень важно знать, почему трудно ужиться с тем или иным человеком, ведь он сам не может приспособиться к окружающему миру. Бывает, что время от времени мы встречаем людей, которые на первый взгляд кажутся абсолютно нормальными, как и все остальные, но при ближайшем рассмотрении выясняется, что они более подозрительны, обидчивы, более апатичны, чем другие. Обычно об этих людях трудно сказать, что они больны, но иногда их очень сложно назвать здоровыми. Вот почему было введено понятие "расстройство личности", поэтому очень важно понимать, что это такое и как с ним бороться. По данным ВОЗ на 2020 год, около 10% населения мира характеризуются расстройствами личности. 300 миллионов человек во всем мире страдают депрессией, а 50 миллионов — деменцией, шизофрения диагностирована у 23 миллионов человек, биполярное расстройство — у 60 миллионов.

Каждый из них испытывает определенные трудности в адаптации и может причинить определенные неудобства своему окружению, и поэтому проблема распространения негативных последствий расстройства личности может быть огромной. В связи с этим я думаю, что очень важно иметь представление о том, что такое расстройства личности, и знать, каковы причины их диагностики и методов коррекции. [1]

Как показывает международный опыт реабилитации и социального обеспечения психоневрологических пациентов, сегодня существует растущая потребность в проведении специальных мероприятий, направленных на социальное обеспечение психоневрологических пациентов. Сегодня психоневрологические больные активно функционируют в обществе, однако в силу различных обстоятельств происходит ограничение их прав и свобод, уровня социального обеспечения и специфики лечения, включение в различные виды деятельности требует улучшения.

В настоящее время такая потребность возрастает в связи с тем, что в России и мире в целом наблюдается тенденция к увеличению числа психоневрологических больных, а также людей с психическими заболеваниями, неврологическими расстройствами. Совершенствование методов и технологий социальной работы, понимание особенностей социальной защиты психоневрологических больных, выявление проблем в этой области и поиск путей их решения продиктованы условиями современных реалий: эта группа заболеваний характеризуется широкой распространенностью, социальной значимостью.

Кроме того, неконтролируемое течение болезней вызывает высокий уровень инвалидности, создает общественную опасность, наносит значительный экономический ущерб. Недостатком является то, что психоневрологические пациенты имеют радикально меняющееся отношение к жизни. Кроме того, их образ жизни существенно влияет на качество жизни родственников, на окружающую среду. В тяжелых случаях, при обострениях и неспособности контролировать состояние, может возникнуть общественная угроза (возникающая, например, в связи с неконтролируемой агрессией, суицидальными мыслями, аффективным и маниакальным поведением). Отношение общества к психоневрологическому пациенту существенно меняется, и поэтому часто нарушаются основные конституционные права

такого человека.

В то же время возможность контроля состояния, возможность активного участия таких людей в общественной жизни, спрос на рынке труда, трудоустройство свидетельствуют о важности и значимости психосоциальной помощи, социального обеспечения и реабилитации. Все это дает возможность переосмыслить, по-новому взглянуть на проблему социального оказания нейропсихиатрической помощи, на возможность социальной работы с этой категорией населения. Проблему оказания социальной помощи психоневрологическим пациентам следует рассматривать как проблему, возникающую на стыке медицины и социального обеспечения, социальной работы.

**Цель работы:** изучить особенности социального обеспечения пациентов, страдающих психоневрологическими заболеваниями с целью дальнейшего повышения эффективности их медицинской, социальной и трудовой реабилитации в условиях учреждений системы социальной защиты населения.

**Задачи курсовой работы:**

1. Рассмотреть основные аспекты понятия и составляющих структуры личности;
2. Определить теоретические аспекты организации социальной работы и социального обеспечения психоневрологических больных;
3. Изучить когнитивная психотерапия в рамках психоневрологических заболеваний.

**Объект исследования** - больные, страдающие от психоневрологических заболеваний.

**Предмет исследования** - личностные особенности психоневрологических больных.

**Теоретические основы работы.** Психосоциальному сопровождению

психоневрологических больных, технологиям социальной работы и социального обеспечения посвящены труды следующих авторов: Гейер Т.А., Гурович И.Я., Дементьева Н.Ф., Холостова Е.И., Павленок П.Д.

**Гипотеза исследования.** В основу исследования положено предположение о том, что комплексное изучение проблем лиц, имеющих психоневрологические заболевания, а также исследование форм, методов и технологий работы с этой категорией населения, позволит выделить оптимальные пути и факторы, влияющие на процесс социального обеспечения пациентов. Совершенствование методов и форм социального обеспечения существенно повысит качество жизни, социальные гарантии психоневрологических больных.

# **ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОНЯТИЯ И СОСТАВЛЯЮЩИХ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ**

## **1.1 Понятие структуры личности**

Личность-это устойчивая система полностью индивидуальных, психологических, социальных характеристик. Психология, как наука, рассматривает только психологические особенности, формирующие структуру личности. Понятие и структура личности является спорным вопросом между многими психологами, одни считают, что совершенно невозможно ее каким-то образом структурировать и рационализировать, другие же, наоборот, выдвигают новые теории структуры личности. Но все же есть определенные характеристики, которые так или иначе есть, но они есть, и их нужно описать.

Характер является существенным компонентом личности; она демонстрирует все человеческие отношения в мире. Отношение к другим личностям, к какому-то объекту, ситуации и вообще ко всей реальности, которая его окружает.

Темперамент это проявление динамических свойств психических процессов человека.

Способности представляют собой совокупность индивидуально-типологических особенностей, способствующих проявлению успешности в той или иной деятельности. [1]

Направленность личности определяет ее склонности и интересы в каком-либо предмете деятельности. Волевые качества отражают готовность в какой-то момент не запрещать себе, а что-то разрешать.

Эмоциональность - важный компонент структуры личности, с ее помощью человек выражает свое отношение к чему-либо, определенную реакцию.

Человек мотивация представляет собой совокупность мотивы которые определяют поведение человека. Большую роль в личности играют ее социальные установки и ценности. Именно их общество воспринимает в первую очередь и определяет свое отношение к личности. Данный перечень характеристик не является исчерпывающим; в разных теориях личности можно найти дополнительные свойства, выделяемые разными авторами.

Структура личности в психологии характеризуется через определенные психологические свойства, не затрагивая особым образом ее отношений с обществом и всем миром.

В психологии выделяют несколько компонентов.

Первый компонент структуры-направленность. Структура ориентации охватывает установки, потребности, интересы. Любой один компонент направленности определяет активность человека, то есть выполняет ведущую роль, а все остальные компоненты опираются на него, корректируют. Например, у человека может быть потребность в чем-то, но у него, по сути, нет интереса к определенному предмету.

Второй компонент структуры-способности. Они дают человеку возможность реализовать себя в определенной деятельности, добиться в ней успехов и новых открытий. Именно способности, составляющие направленность человека, определяют его основную деятельность.

Характер, как проявление поведения личности, является третьим компонентом структуры. Характер-это такое свойство, которое легче всего

наблюдать, поэтому о человеке иногда судят просто по его характеру, не учитывая способностей, мотивации и других качеств. Характер-это сложная система, включающая в себя эмоциональную сферу, интеллектуальные способности, волевые качества, нравственные качества, определяющие главным образом.

Еще одним компонентом является саморегуляция система. Самоконтроль человека личность обеспечивает правильное планирование поведения, коррекцию действий.

Психические процессы также входят в структуру личности, они отражают уровень психической активности, который выражается в активности. [8]

Социальная структура личности. При определении личности в социологии ее не следует сводить исключительно к субъективной стороне, главным в структуре является социальное качество. Поэтому человек должен определить объективные и субъективные социальные свойства, формирующие его функциональность в деятельности, зависящей от влияния общества. Она представляет собой систему свойств личности. индивид, которые формируются на основе ее многообразной деятельности, находящейся под влиянием общества и тех социальных институтов, в которые включен индивид.

Структура личности в социологии имеет три подхода к обозначению.

В рамках первого подхода человек имеет следующие подструктуры: деятельность - целенаправленные действия человека по отношению к определенному объекту или человеку; культура - социальные нормы и правила, которыми человек руководствуется в своих поступках; память-это совокупность всех знаний, приобретенных ею в жизненном опыте.

Второй подход раскрывает структуру личности в таких компонентах: ценностные ориентации, культура, социальные статусы и роли.

Если объединить эти подходы, то можно сказать, что личность в социологии отражает определенные свойства характера, которые она приобретает в процессе взаимодействия с обществом. [2]

Структура личности Фрейда. Структура личности в фрейдистской психологии состоит из трех компонентов: Оно, Эго и Супер Эго.

Первый компонент Оно-это древнейшая, бессознательная субстанция, несущая в себе человеческую энергию, которая отвечает за инстинкты, желания и либидо. Это примитивный аспект, действующий на принципах биологического влечения и удовольствия, когда напряжение устойчивого желания разряжается, оно реализуется через фантазии или рефлекторные действия. Она не знает границ, поэтому его желания могут стать проблемой в социальной жизни человека.

Эго-это сознание, которое им управляет. Эго удовлетворяет желания Оно, но только после анализа обстоятельств и условий, чтобы эти желания, освободившись, не противоречили правилам общества.

Супер-Эго - это вместилище морально-этических принципов, правил и табу человека, которыми он руководствуется в поведении. Они формируются в детстве, примерно в 3-5 лет, когда родители наиболее активно участвуют в воспитании ребенка. В мировоззренческой ориентации ребенка закрепились определенные правила, и он дополняет ее собственными нормами, которые приобретает в жизненном опыте. [35]

Для гармоничного развития важны все три компонента: Оно, Эго и Супер-Эго должны одинаково взаимодействовать. Если какое-либо из веществ слишком активно, то баланс нарушается, что может привести к психологическим отклонениям. Благодаря взаимодействию трех компонентов вырабатываются защитные механизмы.

Основные из них: отрицание, проекция, замещение, рационализация, формирование реакций. Отрицание подавляет внутренние импульсы

личности. Замещение означает замену недоступного, но желаемого объекта другим, более приемлемым.

С помощью рационализации человек может дать разумное объяснение своим поступкам. Формирование реакции-это используемое человеком действие, благодаря которому он совершает действие, противоположное своим запретным импульсам.

Фрейд выделил два комплекса в структуре личности: Эдип и Электра. По их мнению, дети видят в своих родителях сексуальных партнеров и ревнуют к другому родителю. Девочки воспринимают мать как угрозу, потому что она много времени проводит с папой, а мальчики ревнуют мать к отцу.

Структура личности Рубинштейна. Согласно Рубинштейну, человек имеет три компонента. Первый компонент-фокус. Структура ориентации состоит из потребностей, убеждений, интересов, мотивов поведения и мировоззрения. Ориентация человека выражает его я-концепцию и социальную сущность, ориентирует деятельность и деятельность человека независимо от конкретных условий окружающей среды.

Второй компонент-это знания, умения и основные средства деятельности, которые человек приобретает в процессе познавательной и предметной деятельности. Наличие знаний помогает человеку хорошо ориентироваться во внешнем мире, навыки обеспечивают выполнение определенных видов деятельности. Навыки помогают достигать результатов в новых областях предметной деятельности; их можно трансформировать в навыки. [31]

Индивидуально - типологические свойства составляют третий компонент личности, они проявляются в характере, темпераменте и способностях, которые обеспечивают индивидуальность человека, уникальность его личности и определяют поведение.

Единство всех подструктур обеспечивает адекватное функционирование человека в обществе и его психическое здоровье.

Также у человека можно определить некоторые уровни организации, осуществляющие его как субъекта жизни. Жизненный уровень - это опыт прожитой жизни, моральные нормы, мировоззрение. Личностный уровень складывается из индивидуально-характерологических особенностей. Психический уровень состоит из психических процессов и их активности и специфики. [21]

У Рубинштейна личность формируется через взаимодействие с миром и обществом. Ядро личности включает в себя мотивы сознательных действий, но также у человека есть бессознательные мотивы.

## **1.2 Составляющие структуры личности**

В зависимости от того, как мы представляем психологическую структуру личности, мы строим с ней свою работу по-разному. В синтетическом подходе основными элементами структуры здоровой личности с точки зрения ее жизнедеятельности являются ориентация личности и ее личная основа: восприятие мира, опыт и возможности человека, его темперамент и характер, а также модель тела. Подробнее об этом:

Когнитивная сфера-это все, что выполняет в человеке функцию рационального познания: память, внимание, восприятие, понимание, мышление, принятие решений, действия и влияния-в той мере или в той мере, в какой они занимают познавательными процессами, а не чем-то другим. Можно сказать, что это компетентность и знания, умения и умения, интеллект в самом широком смысле.

Аффективная сфера-это все психические процессы, которые не могут

быть разумно сформированы. Прежде всего, это все, что касается мотивационной и нужной сферы, процессов эмоционального и чувственного отношения к жизни и взаимодействия с миром, самим собой и людьми. Даже упрощая, это обычно чувства и предчувствия, желания и импульсы, мотивы и потребности, впечатления и переживания. Это все, что противостоит разуму.

Мировоззрение-это общее мировоззрение и отношение к нему. Восприятие мира может быть положительным и отрицательным, реалистичным и мистическим, детским и взрослым, мужским и женским. Самооценка-важный элемент мировоззрения человека.

Опыт-это знания, навыки и умения человека, заложенные в процессе жизни и деятельности, включая его образ жизни, привычки и автоматизм.

Навыки-самые важные инструменты человека. Чем больше развиты способности человека, тем больше он может сделать. Основными человеческими способностями являются умственные, волевые, умственные и телесные способности. Есть много частных навыков, это музыкальные, художественные, расчетливые навыки, способность усваивать самые разные навыки.

Характер или психотип представляет собой совокупность устойчивых способов поведения и естественной реакции человека. Соответственно, что касается черт характера, то говорят, что есть люди по натуре (по психотипу) спокойные и нервные, расчетливые и импульсивные, решительные и сомнительные, люди-спринтеры и стайеры - вариантов бесчисленное множество. [3]

Темперамент-это энергия и динамика поведения человека, яркость, сила и скорость его эмоциональной реакции. Темпераментный человек-реагирует ярко, быстро, громко! Принято делить людей по типу темперамента на сангвиников, холериков, флегматиков и меланхоликов.

Дизайн кузова. Модель тела состоит из модели походки, поворота

плеча или кривизны, определенного положения головы и определенного рисунка жестов, характерной мимики и привычных интонаций [24].

Есть много других интересных и важных частей и элементов в личности (самосознание и роли, самооценка и уровень утверждений, убеждений и ценностей), но такая деталь возможна только при анализе различных уровней структуры личности. Важно, что в зависимости от типа и уровня развития личности у человека может быть разный набор элементов психологической структуры и разные отношения между ними. Например, в человеческом организме разум подчиняется своим чувствам, личность подчиняет свои чувства разуму. У одних людей воля развита и присутствует, у других-нет. Кроме того, не у всех людей есть истинное внутреннее " Я " - мастер, который знает, как управлять всей этой внутренней экономикой. [33]

### **1.3 Характеристика состояния социального обеспечения психоневрологических больных**

Психическое расстройство, также называемое психическим заболеванием или психическим расстройством, представляет собой поведенческий или психический паттерн, который вызывает значительное расстройство или нарушение личного функционирования. Такие признаки могут быть постоянными, рецидивирующими и ремитирующими или возникать в виде единичных эпизодов. Многие расстройства были описаны с признаками и симптомами, которые широко варьируются между конкретными расстройствами. Такие расстройства могут быть диагностированы специалистом в области психического здоровья, обычно клиническим психологом или психиатром.

Причины психических расстройств часто неясны. Теории могут

включать результаты из различных областей. Психические расстройства обычно определяются сочетанием того, как человек ведет себя, чувствует, воспринимает или думает. Это может быть связано с определенными областями или функциями мозга, часто в социальном контексте. Психическое расстройство является одним из аспектов психического здоровья. Культурные и религиозные убеждения, а также социальные нормы должны приниматься во внимание при постановке диагноза.

Нейропсихиатрия или органическая психиатрия-это отрасль медицины, которая занимается психиатрией, поскольку она относится к неврологии, в попытке понять и приписать поведение взаимодействию факторов нейробиологии и социальной психологии. В нейропсихиатрии разум рассматривается "как возникающее свойство мозга", в то время как другие поведенческие и неврологические специальности могут рассматривать их как отдельные сущности. Нейропсихиатрия предшествовала современным дисциплинам психиатрии и неврологии, которые ранее имели общую подготовку, однако впоследствии эти дисциплины разошлись и обычно практикуются отдельно. [5]

Нервная система участвует во всех процессах человеческой жизни - от сердцебиения и дыхания, до роста волос и ногтей, благодаря ей мы испытываем удовольствие и боль, радость и печаль. И мы истощаем ее каждый день непомерными нагрузками и стрессами. Каждый школьник знает, что нервные клетки не восстанавливаются, но мало кто задумывается о том, какие чрезмерные нагрузки на нервную систему они несут. Большинство нервных расстройств квалифицируются врачами как невроты-психоневрологические заболевания, возникающие в результате расстройств нервной системы.

Развитие учреждений социальной помощи различным категориям

населения является серьезной проблемой не только в России, но и в мире в целом. Особенно остро стоит проблема социального обеспечения людей, страдающих психоневрологическими заболеваниями. Эта категория населения имеет свою специфику, требует особого подхода, учитывающего особенности заболевания. Помимо знания принципов и технологий социальной работы, социальный работник в этой области должен обладать базовым набором медицинских знаний, быть в курсе специфики заболеваний, уметь распознавать их и правильно реагировать на непредвиденные ситуации.

Психоневрологический колледж. Сегодня основной и наиболее распространенной формой работы с психоневрологическими пациентами является психоневрологическая школа-интернат. Это специфическое учреждение, специализирующееся, как правило, на работе с отдельными группами психоневрологических больных. Например, существуют отдельные психоневрологические интернаты, специализирующиеся на работе с умственно отсталыми детьми, с людьми, страдающими ДЦП, различными формами менингита, энцефалита. [29]

В последние годы срочным направлением является организация пенсий для пожилых людей и пожилых людей, так как у большинства из них наблюдается активное или латентное течение психоневрологических заболеваний, регистрируются многие психические, неврологические патологии, психические расстройства и специфические потребности. Все это требует определенного подхода. Неизбежные возрастные изменения требуют конкретных подходов, как для обеспечения, так и для лечения пожилых людей. Большинство пациентов нуждаются в общей или специальной помощи.

Существует отдельная категория инвалидов, проживающих в школах-интернатах. Так, часто у них на фоне инвалидности развивается

психоневрологическая проблема, которая может проявляться как в острой, так и в хронической, вялой формах. В основном это пациенты с тяжелой умственной отсталостью и деменцией различного происхождения (шизофрения, поздняя деменция и др.). [6]

Целью функционирования психоневрологических интернатов различных профилей является социальное, материальное и домашнее обеспечение людей, нуждающихся в соответствующих услугах, обеспечение соответствующих потребностей пациентов, удовлетворение интересов, создание оптимальных условий жизни с учетом дефекта, специфики заболевания, возраста, интересов, наклонностей, состояния здоровья. Кроме того, деятельность этих колледжей направлены на обеспечение ухода для всех последствия для пациентов, предоставляя услуги врачей, социальных. Психологическая помощь. Проводятся как лечебные, так и профилактические мероприятия. Большое значение имеет также комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на социализацию, восстановление труда, адаптацию психоневрологических больных к обществу. Одна из главных задач-организация различных мероприятий, досуга и досуга воспитанников.

Специализированные детские учреждения. Прежде всего, происходит разделение таких учреждений на специальные учреждения, предназначенные для учащихся или для детей без образования. учреждения смешанного типа также выделяются отдельно.

Это медицинское и социальное учреждение, направленное на оказание социальной, домашней и медицинской помощи детям с психоневрологическими заболеваниями, обеспечение их социализации и адаптации в современном обществе. Есть отдельные дневные единицы или 5-дневные единицы пребывания. Существуют также учреждения, предназначенные для постоянного проживания людей, нуждающихся в

конкретных медицинских и социальных услугах и лечении. Сюда входят, например, учреждения для людей с умственной отсталостью, олигофренией. Такие пациенты составляют около 83,7% детских школ-интернатов. Что касается других заболеваний, то на них приходится не более 16,3%, а по нозологическим признакам преобладают больные эпилепсией, шизофренией, различными формами органического поражения центральной нервной системы.

При анализе возрастной структуры обращают внимание на то, что среди воспитанников детских психоневрологических интернатов выделяются три группы. В первую группу входят дети в возрасте от 4 до 8 лет, во вторую — дети от 9 до 15 лет. Третья группа-подростки-от 16 до 18 лет.

Маленьких детей с нарушениями психического развития и психоневрологическими заболеваниями разводят в специальных питомниках. Эти учреждения относятся к системе здравоохранения. Затем происходит дальнейшее их распределение, которое определяется врачами. Ребенка отправляют в государственную школу-интернат или соответствующее учреждение социальной защиты. [28]

Отдельно есть учреждения репаративного и терапевтического типа, которые условно можно отнести к системе государственного образования. Здесь они придерживаются особого режима с учетом специфики психоневрологического заболевания, потребностей детей. Например, школы-интернаты со специальным режимом для детей с умственной отсталостью, слепых и слабовидящих детей, для детей с тяжелыми нарушениями речи, с последствиями полиомиелита и ДЦП. Большинство детей с физическими дефектами имеют определенную степень психических отклонений.

Цель работы учреждений психоневрологических детей заключается в предоставлении социального обеспечения высокого качества для детей с нервно-психическими расстройствами, обеспечивая их поддержку и необходимую

медицинскую помощь. Особое внимание уделяется обеспечению конкретных потребностей детей, возникающих в результате болезни, обеспечению полной реабилитации, социализации, адаптации к обществу. [7]

Практикуется социально-практическая направленность обучения, индивидуальный подход и сложность воздействия. Медицинская помощь в сочетании с социальными формами и технологиями работы, исправительные работы социального проводятся для того, чтобы обеспечить self-service, развивать физические и умственные способности, в том числе потенциальных, получить максимальную мощность работы возможны, оператор и внедрение в обществе. Различные мероприятия проводятся для поддержки и распространения этой области на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Важно обеспечить такое содержание для развития и воспитания детей, обеспечивающей развитие личности, психическое и физическое все эффекты каждого члена общества, в том числе людей с ограниченными физическими возможностями, людей с физическим и психическим развитием компромисса, с нервно-психическими заболеваниями.

Учреждения социальной службы. В зависимости от того, насколько проявляется конкретное психоневрологическое заболевание, определяется форма оказания социальной помощи человеку. Это также во многом зависит от того, какая помощь нужна человеку: медицинская, социальная, психологическая, реабилитационная. При минимальных нарушениях и сохранении социальной активности, способности к обучению человеку может быть оказана социальная помощь в условиях различных учреждений социального обслуживания. Часто в таких учреждениях социальная помощь сочетается с медицинскими услугами, которые способствуют эффективному достижению целей реабилитации, быстрому восстановлению дефектов или утраченных способностей.

Нестационарные учреждения социального обеспечения. Существуют

разные формы таких институтов, но среди них преобладают центры социального обслуживания (OSC). Чаще всего потребителями услуг КСО являются пожилые и старческие люди с различными неврологическими заболеваниями.

Эта форма социального обеспечения имеет ряд преимуществ по сравнению с другими формами. В первую очередь больной живет дома, то есть находится в привычном для него состоянии, в результате он не испытывает дополнительного стресса, нет необходимости приспосабливаться к новым условиям. Статистика показывает, что любое обслуживание граждан на дому снижает расходы примерно в 15-18 раз (по сравнению с тем, сколько денег государство потратит на содержание жилого учреждения). Кроме того, больной находится в привычном окружении, в семье, с близкими людьми, что значительно снижает стресс, создает условия для ускоренного выздоровления, создает своеобразное психологическое облегчение человека. [8]

Наиболее распространенными формами социального обеспечения на дому через OSC являются оказание материальной и нематериальной помощи пациенту, экономическая помощь, психологическое консультирование, поддержка. Важную роль играет обучение родственников и членов семьи специфике ухода за психоневрологическими пациентами, правилам психологического облегчения и расслабления, аутогенной тренировке для минимизации негативных последствий стресса, нейропсихиатрической перегрузке. Социальные работники обучают пациента навыкам самообслуживания, саморегуляции, умению оказывать себе необходимую помощь, обучению решению основных социальных проблем.

Есть много OSC, которые имеют непосредственный опыт работы с психоневрологическими пациентами, но такие центры не входят в число специализированных центров, специально предназначенных для социальных

служб для этой категории населения. ОСК считаются неспециализированными центрами социального обслуживания населения. В результате социальные работники, которые там работают, не имеют полных навыков работы с психоневрологическими пациентами. Как показывают многочисленные практические исследования и социологические исследования, с организацией специальной подготовки по принципам и специфике работы с психоневрологическими пациентами можно значительно улучшить качество социальных услуг. Примерно в 70% случаев социальные работники владеют только социальными технологиями и методами работы, не принимая во внимание специфику заболевания и не обладая базовыми медицинскими и биологическими знаниями о психоневрологических пациентах.

Таким образом, многие исследователи признают, что организация конкретных психиатрических, психоневрологических, уход за пациентами в CSO, или обучение социальных работников в области технологий для работы с пациентами психоневрологических, овладение навыками предоставить им медицинскую помощь, психологической помощи, можно рассматривать как один из способов повышения социальной защиты этой категории людей. [9]

Консультационные и реабилитационные центры. Его можно охарактеризовать как относительно новую форму социального обеспечения для граждан. Развитие этой области социальной работы все еще продолжается. Сегодня существует целая сеть таких учреждений, действующих на различных уровнях – начиная с муниципальных и региональных реабилитационных центров и заканчивая специализированными или междисциплинарными федеральными центрами медицинской и социальной реабилитации, социального обеспечения. На федеральном уровне, такие центры часто включают в себя научно-исследовательских институтов, лабораторий, отделов, жилых домов или

больничных, консультационные центры, отделения временного пребывания, санаторий и центры для лечения и профилактики.

#### **1.4 Технологии социальной работы с психоневрологическими больными**

Принципы реабилитации, которые используются в медицинских учреждениях, также приемлемы для учреждений социального обеспечения. Однако психоневрологические интернаты имеют свою специфику в организации работы, в образе жизни больных, для которых понятия "разряда" практически нет. В большинстве случаев пациенты допускаются в психоневрологические учреждения, чтобы оставаться в них навсегда, до естественного конца.

Организация повседневной жизни имеет свои особенности, ведь в интернате сочетаются элементы как больничного учреждения, так и общежития. Больные вынуждены находиться в условиях социальной изоляции на протяжении многих лет, между неестественной "больной" средой, однообразной жизнью, монотонными видами работы, при отсутствии необходимости решать свои житейские проблемы. Это негативно сказывается на их психологическом состоянии, способствует возникновению явлений гостеприимства. В клиническом состоянии больных наряду с положительными психопатологическими симптомами все более отчетливо начинают проявляться признаки эмоционально-волевого дефекта. Диапазон интересов сужается до удовлетворения естественных потребностей, нивелируются индивидуальные особенности.

Поэтому в организации работы психоневрологических интернатов значительное место занимают вопросы социальной и бытовой организации инвалидов, проживающих в этих учреждениях.

Важным звеном в организации "экологической терапии" является формирование партнерских отношений между персоналом и пациентами. Суть этих отношений заключается в мобилизации усилий каждого партнера для достижения коллективной цели-повышения социального и личного статуса инвалидов. [10]

Один из основных принципов, чтобы организовать работу учреждений здравоохранения медицинские и социальные должно быть создание условий для поддержания высокого качества жизни для пациентов и людей с ограниченными физическими возможностями во время их пребывания в этом учреждении.

В психосоциальной работе с психоневрологическими пациентами активно используются социально-психологические методы познания, прогнозирования и регулирования социального взаимодействия. Они предназначены для решения проблем социализации личности и улучшения общества. Психологические методы регулирования социального взаимодействия, используемые в социальной работе, также обычно делятся на отдельные и групповые.

Существуют различные технологии психосоциальной работы для детей и их семей. Наиболее распространенными технологиями психосоциальной работы являются: диагностика, посредничество и консультирование, профилактика и коррекция.

Технология психосоциальной диагностики. Термин диагностика происходит от греческого диагноза-признание. Психосоциальная диагностика означает оценку текущего состояния исследуемого объекта. Во время диагностики проводится не только Распознавание объекта, но и его анализ, выявление патологий и проблем.

Если проблемы в психосоциальной сфере выявляются своевременно и принимаются меры по их предотвращению, можно предотвратить

дальнейшее обострение проблем и предотвратить нежелательное течение тех или иных процессов. Основная задача психосоциального работника – определить психосоциальную проблему с максимальной точностью. Кроме того, необходимо найти правильные и необходимые меры для предотвращения дальнейших осложнений проблемы. Дальнейший исход проблемы и разрешение ситуации зависят от правильности принятых мер.

Для диагностики используется ряд методов, в частности, микро социологические, социальные, психологические, педагогические методы. Психосоциальная диагностика может быть введена в приблизительную схему, которая состоит из нескольких этапов.

Первый этап – выявление проблемы. Исходный материал – жалобы клиента, родственников, родственников.

На втором этапе психосоциальные работники активно работают над сбором информации. Анализирует ситуацию, проводит собственные исследования. При этом целесообразно использовать два метода организации исследований: историко-генетические и структурно-функциональные методы. На основе первой группы методов определяются время, происхождение проблемы, способы ее развития и трансформации. Определить, может ли проблема быть генетически определена или вызвана особенностями воспитания в семье. [11]

Они также отслеживают состояние проблемы на различных этапах развития патологии. Структурно-функциональный подход предполагает получение и обработку данных о текущем состоянии проблемы, составе и структуре объекта социальных исследований. Они также изучают различные элементы проблемы, ее составляющие и анализируют их как индивидуально, так и как часть единого комплекса.

Чтобы иметь возможность оценивать и анализировать существующие проблемы и способы их преодоления, используются различные методы

качественного исследования. Такие методы включают интервью, анкеты и наблюдения. Затем результаты анализируются, данные сравниваются и сравниваются. Выполняется статистическая обработка данных, в ходе которой данные делятся на важные и незначительные. Проводится ранжирование проблемы, выявляется ключевая проблема, на основе которой проводится дальнейший анализ и поиск путей преодоления проблемы. Заключительным этапом психосоциальной диагностики является диагностика. В качестве примеров служат следующие ситуации: диагностика семейного благополучия, диагностика социального и психологического комфорта и благополучия в семье, определение психологического здоровья пациента и типов семейных расстройств, возможные исходы болезней, возможности контроля и социальной реабилитации.

Методы психологической помощи широко используются в психосоциальной работе. Одним из самых простых и доступных методов оказания психологической помощи является психологическое консультирование.

Психологическое консультирование-это вид психологической помощи, который заключается в объяснении клиенту его психологических трудностей, исправлении неадаптивных способов поведения человека, активации его внутренних ресурсов для личностного развития и решении психологических проблем, с которыми он сталкивается в своей личной жизни, профессиональной деятельности, обучении и других ситуациях. [12]

Психологическое консультирование - один из эффективных методов психологического воздействия на человека с целью оказания профессиональной помощи в решении конкретных проблем. Психологическое консультирование связано с другими формами активного влияния на личность (психологическая коррекция, психотерапия и др.). Специфика психологического консультирования состоит из прямого

двустороннего общения консультанта с клиентом, обычно протекающего в форме конфиденциального разговора один на один. Консультирование предназначено для оказания психологической помощи практически здоровым людям, которые сталкиваются с различными трудностями в решении жизненных задач. Психокорректирующее или психотерапевтическое влияние направлено на решение глубоких личных проблем человека, лежащих в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов.

### **1.5 История развития когнитивной терапии**

Когнитивная психотерапия, или когнитивная терапия, является распространенной формой психотерапии, основанной на предположении, что основой психологических проблем, а иногда и психических расстройств человека являются ошибки мышления и направлены на изменение нелогичных или неуместных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональные стереотипы его мышления и восприятия. В ходе когнитивной психотерапии пациент учится решать проблемы и находить выходы из ситуаций, которые ранее казались ему непреодолимыми, одновременно переосмысливая и корректируя свое мышление. Когнитивный терапевт помогает пациенту научиться думать и действовать более реалистично и адаптивно, тем самым устраняя симптомы, которые его беспокоят.

Когнитивно-поведенческая терапия-это тип разговорной терапии, которая включает в себя выявление и оспаривание бесполезных мыслей. Она помогает людям изучать альтернативные модели мышления и поведения, которые затем могут улучшить их самочувствие. КПТ исследует взаимосвязь между чувствами, мыслями и поведением и развилась из двух различных

школ психологии: бихевиоризма и когнитивной терапии. Ее корни можно проследить до этих двух подходов. [13]

Когнитивно-поведенческая психотерапия, или когнитивно-бихевиоральная психотерапия или когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), — широко распространённая комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией. Когнитивно-поведенческая психотерапия эффективна при самых различных психических расстройствах и представляет собой краткосрочное, сфокусированное на навыках лечение, направленное на изменение неадаптивных эмоциональных реакций при помощи изменения мыслей, изменения поведения пациента либо изменения того и другого. КПТ является терапией выбора при многих психических расстройствах.

Начало когнитивной терапии связано с деятельностью Джорджа Келли. В 1920-х годах Джордж Келли использовал психоаналитические интерпретации в своей клинической работе. По словам Келли, интерпретации Фрейда оказались эффективными, потому что они разрушили то, как пациенты привыкли думать, и дали им возможность думать и понимать по-новому. В процессе терапии происходит изменение в том, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят в будущее. Люди впадают в депрессию или беспокойство, потому что попадают в ловушку жестких и неадекватных категорий своего мышления.

Келли решила создать методы для прямого исправления неадекватных способов мышления. Он призвал пациентов реализовать свои убеждения и проверить их. Келли был одним из первых психотерапевтов, которые стремились напрямую изменить мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединены концепцией когнитивной терапии.

На нынешнем этапе развития психотерапии когнитивный подход в

чистом виде практически не практикуется: все когнитивные подходы используют поведенческие приемы в большей или меньшей степени. Это верно и в отношении "рационально-эмоциональной терапии" А. Эллиса и "когнитивной терапии" А. Бека.

Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы Беком независимо от Эллиса, который в 1950-х годах разработал метод рационально-эмоциональной психотерапии.

Как самостоятельный метод, когнитивная психотерапия сформировалась позже-в 60-е годы. Этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и когнитивно соответствующие навыки, приобретенные в прошлом, другими словами, в которых мышление (познание) действует как промежуточные переменные. [15]

Сегодня КТ находится на пересечении когнитивизма, бихевиоризма и психоанализа. Как правило, учебники, изданные в последние годы на русском языке, не касаются вопроса о существовании различий между двумя наиболее влиятельными вариантами когнитивной терапии-КТ А. Бека и А. Рафта. Эллис.

Большая конкретность, целевая ориентация и индивидуализация подхода Бека привели к тому, что ему часто отводится ведущая роль в создании когнитивной психотерапии в европейской литературе.

Когнитивная терапия была разработана Аароном Беком из Университета Пенсильвании в начале 1960-х годов как структурированный, краткосрочный, ориентированный на настоящее тип психотерапии, предназначенный для лечения депрессивных расстройств. Основной целью когнитивной терапии было решение насущных проблем пациентов, а также изменение дисфункционального и искаженного мышления и поведения.

В целом когнитивная модель предполагает, что все психологические расстройства личности основаны на искаженном или дисфункциональном мышлении (которое, в свою очередь, искажает эмоции и поведение пациента). Реалистическая оценка и изменение такого мышления приводят к улучшению самочувствия и гармонизации поведения. Таким образом, для достижения устойчивых результатов необходимо выявлять, оценивать и изменять дисфункциональные мнения и убеждения, лежащие в основе любого психологического расстройства.

Известные ученые разработали другие формы когнитивной терапии. Особо следует отметить рационально-эмоциональную терапию Альберта Эллиса, когнитивно-поведенческую модификацию Дональда Маченбаума и мультимодальную терапию Арнольда Лазаря. Многие другие теоретики, в том числе Майкл Махони, Витторио Джудано и Джованни Лиотти, внесли значительный вклад в развитие когнитивной терапии. [16]

Поведенческое лечение психических расстройств существует с начала 1900-х годов. Ключевые сторонники, такие как Скиннер, Павлов и Уотсон, разработали теории изменений и поведенческих методов лечения. Бихевиоризм основан на идее, что поведение можно измерить, смоделировать и изменить.

Первая волна поведенческой терапии возникла в 1930/40-х годах в ответ на эмоциональные воздействия, с которыми сталкиваются многие ветераны Второй мировой войны, возвращающиеся с войны. Эта потребность в эффективной краткосрочной терапии депрессии и тревоги совпала с наращиванием поведенческих исследований относительно того, как люди учатся вести себя и реагировать на жизненные ситуации. Бихевиоризм предложил альтернативу доминирующей модели того времени-психоанализу.

Американский психолог Альберт Эллис был одной из ключевых фигур, разработавших когнитивную терапию. Он подчеркнул важность

мыслей/чувств и поведения и разработал теорию, названную рациональной эмоционально-поведенческой терапией (REBT) в 1950-х годах. В настоящее время это считается одной из самых ранних форм когнитивной психотерапии. Она основана на идее, что эмоциональное расстройство человека возникает из-за его мыслей о событии, а не самого фактического события.

В 1950-х и 1960-х годах американский психиатр Аарон Т. Бек заметил закономерности у своих депрессивных клиентов. Они, казалось, придерживались негативных взглядов на себя, других и свое будущее, и независимо от того, сколько исследований их прошлого происходило, эти негативные взгляды не менялись. Это побудило его начать исследовать, может ли негативное отношение к себе, другим и миру быть причиной депрессии. Когнитивная терапия была запущена и запущена. [17]

Бек понимал важность связи между мыслями и чувствами, и он ввел термин “автоматические мысли” для описания мыслей, которые появляются в сознании людей. Он обнаружил, что, хотя люди не всегда осознают эти мысли, они могут научиться идентифицировать их и сообщать о них. Он обнаружил, что люди, которые были расстроены, имели негативные мысли, которые, как правило, были нереалистичными, и, раскрывая и оспаривая эти мысли, могут привести к длительным и позитивным изменениям. По сути, КПТ помогает людям распознавать свои мысли и проверять их. Затем это позволяет найти альтернативы и открывает выбор.

К 1960-м годам был проведен ряд эмпирических исследований того, как когнитивные способности влияют на поведение и эмоции. Этот период стал известен как когнитивная революция. В ней подчеркивалась роль сознательного мышления в психотерапии. [18]

## **1.6 Методология и особенности когнитивной психотерапии**

В предисловии к известной монографии " Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства " Бек заявляет о своем подходе как о принципиально новом, отличном от основных школ, посвященных изучению и лечению эмоциональных расстройств - традиционной психиатрии, психоанализа и поведенческой терапии. Эти школы, несмотря на значительные различия между ними, разделяют общую фундаментальную гипотезу: пациента мучают скрытые силы, над которыми он не контролирует.

Эти три основные школы утверждают, что источник расстройства пациента находится вне его сознания. Они уделяют мало внимания сознательным понятиям, конкретным мыслям и фантазиям, то есть познаниям. Новый подход-когнитивная терапия-считает, что эмоциональные расстройства можно решать совершенно по-другому: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

Пять целей когнитивной терапии:

1. Уменьшение и / или полное устранение симптомов расстройства.
2. Уменьшите вероятность рецидива после завершения лечения.
3. Повысить эффективность фармакотерапии.
4. Решение психосоциальных проблем (которые могут быть следствием психического расстройства или предшествовать его появлению).
5. Устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение неадаптивных убеждений (закономерностей), коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения.

Для достижения этих целей когнитивный терапевт помогает клиенту решить следующие задачи:

1. Осознать влияние мыслей на эмоции и поведение.
2. Научитесь определять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними.

3. Исследуйте негативные автоматические мысли и аргументы, которые их поддерживают и опровергают ("за" и "против").

4. Замените ошибочные познания более рациональными мыслями;

5. Обнаружение и изменение неадаптивных убеждений, которые формируют благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

Из этих задач первая обычно решается уже во время первого сеанса (диагностики). Для решения остальных четырех задач используются специальные приемы, описание самых популярных приведено ниже. [19]

На сегодняшний день КТ находится на пересечении когнитивизма, бихевиоризма и психоанализа. Как правило, учебники, изданные в последние годы на русском языке, не касаются вопроса о существовании различий между двумя наиболее влиятельными вариантами когнитивной терапии.

То, как человек структурирует ситуации, определяет его поведение и чувства. Таким образом, в основе лежит предметная интерпретация внешних событий, которая реализуется по следующей схеме: внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → влияние (или поведение). Если внешние интерпретации и события сильно различаются, это приводит к психической патологии. [9]

Аффективная патология-это сильное преувеличение нормальных эмоций, возникающее в результате неправильного толкования под воздействием многих факторов. Центральным фактором является "личное господство", в основе которого лежит эго: эмоциональные расстройства зависят от того, воспринимает ли человек события как обогащающие, изнурительные, угрожающие или посягающие на его имущество.

Примеры:

Печаль возникает из-за потери чего-то ценного, то есть из-за лишения частной собственности.

Эйфория-это чувство или ожидание приобретения.

Тревога-угроза физиологическому или психологическому благополучию.

Гнев является следствием чувства прямого нападения (преднамеренного или непреднамеренного) или нарушения законов, моральных норм или стандартов личности.

Индивидуальные различия. Они зависят от прошлого травматического опыта (например, ситуации длительного пребывания в ограниченном пространстве) и биологической предрасположенности (Конституционный фактор). Е. Т. Соколова предложила концепцию дифференциальной диагностики и психотерапии двух видов депрессии, основанную на интеграции КТ и психоаналитической теории объективных отношений:

Перфекционистская меланхолия (происходит в так называемой "автономной личности", по словам Бека). Спровоцировано разочарованием, необходимостью самоутверждения, реализации, автономии. Следствие: развитие компенсаторной структуры "великого я". Итак, здесь мы говорим о нарциссической личной организации. Стратегия психотерапевтической работы: "контейнеризация" (внимательное отношение к повышенной самооценке, раненая гордость и чувство стыда).

Анаклитическая депрессия (встречается у так называемой "социотропной личности", по словам Бека). Это связано с эмоциональной депривацией. Следствие: нестабильные модели межличностных отношений, в которых эмоциональное избегание, изоляция и "эмоциональная глупость" сменяются чрезмерной зависимостью и эмоциональной привязанностью к другому. Стратегия психотерапевтической работы: "холдинг" (эмоциональное "питание").

Нормальная деятельность когнитивной организации тормозится под воздействием стресса. Возникают экстремистские суждения, проблемное мышление, прерывается концентрация внимания и так далее.

Психопатологические синдромы (депрессия, тревожные расстройства и др.) состоят из гиперактивных паттернов с уникальным содержанием, характеризующих тот или иной синдром. Примеры: депрессия-потеря, тревожное расстройство-угроза или опасность и т. д.

Интенсивное взаимодействие с другими людьми порождает порочный круг неадаптивных познаний. Подавленная жена, неверно истолковавшая разочарование мужа ("мне все равно, она мне не нужна...вместо настоящего" я не могу ей помочь"), придает ей негативный смысл, продолжает негативно думать о себе и своих отношениях с мужем, уходит в отставку, и в результате ее неадаптивные познания становятся еще сильнее. [20]

Рассмотрим теорию психоневрологии.

#### 1. Депрессия

Депрессия-это преувеличенный и хронический опыт реальной или гипотетической потери.

Когнитивная триада депрессии:

1. Негативное представление о себе: "я неполный, я неудачник, по крайней мере!".

2. Отрицательная оценка окружающего мира и внешних событий: "мир для меня беспощаден! Почему все это наваливается на меня?".

3. Отрицательная оценка будущего. "Что тут говорить? У меня нет будущего!".

Кроме того, повышенная зависимость, паралич воли, суицидальные мысли, соматический симптоматический комплекс. На основе депрессивных паттернов формируются соответствующие автоматические мысли и возникают когнитивные ошибки практически всех видов.

Аргумент:

1. Фиксация на реальной или мнимой потере (смерть близких, развал отношений, потеря самооценки и т. д.).

2. Негативное отношение к себе и окружающим, пессимистическая оценка будущего.

3. Тирания долга.

2. Тревожно-фобические расстройства.

Тревожное расстройство-это преувеличенный и хронический опыт реальной или гипотетической опасности, или угрозы. Фобия-это преувеличенный и хронический опыт страха.

Пример:

1. Страх потерять контроль (например, перед своим телом, как в случае со страхом заболеть).

2. Клаустрофобия-боязнь замкнутого пространства; механизм (и при агорафобии) - боязнь, что в случае опасности помощь может не прибыть вовремя.

Тема:

1. Предвкушение негативных событий в будущем, так называемое " предвкушение всевозможных несчастий. "С агорафобией: страх умереть или сойти с ума.

2. Несоответствие между уровнем утверждений и убеждением в собственной некомпетентности ("я должен получить отличную оценку на экзамене, но я неудачник, я ничего не знаю, я ничего не понимаю").

3. Страх потерять поддержку.

4. Устойчивое представление о неизбежной неудаче в попытке установить межличностные отношения, быть униженным, высмеянным или отвергнутым

3. Стремление к совершенству

Перфекционизм тесно связан с депрессией, но не с анаклитикой (которая возникает из-за потери или потери), а с типом депрессии, связанной с разочарованием в необходимости самоутверждения, достижения и

автономии.

Основные характеристики:

1. Высокие стандарты.
2. Мышление в терминах "все или ничего" (полный успех или полное фиаско).
3. Сосредоточьтесь на неудачах.
4. Жесткость. [21]

### **1.7 Техники и методики когнитивной психотерапии**

КТ в варианте Бека структурирована тренировка, эксперимент, тренировка в умственных и поведенческих планах, призванных помочь пациенту освоить следующие операции:

1. Он обнаруживает ваши негативные автоматические мысли.
2. Найдите связь между знаниями, влиянием и поведением.
3. Найдите факты "за" и "против" автоматических мыслей.
4. Ищите более реалистичные интерпретации для них.
5. Научите выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, которые приводят к искажению навыков и опыта.

Конкретные методы выявления и исправления автоматических мыслей:

Запись мыслей. Психолог может попросить клиента записать на бумаге, какие мысли у него в голове, когда он пытается предпринять правильные действия (или не делать ненужных действий). Мы рекомендуем вам записать все мысли, которые приходят в голову в то время, чтобы принять решение строго в порядке их приоритета (это приоритет, это важно потому, что укажет на вес и важность этих мотивов в принятии решения).

Дневник мыслей. Многие специалисты КТ предлагают своим клиентам вкратце записать свои мысли в дневник в течение нескольких дней, чтобы

понять, о чем чаще всего думает человек, сколько времени он тратит на это и какие сильные эмоции он испытывает от своих мыслей[4].

Например, американский психолог Мэтью Маккей рекомендовал своим клиентам разделить страницу дневника на три колонки, где кратко указать на саму мысль, часы потраченного на нее времени и оценить свои эмоции по 100 — балльной шкале в интервале между: "очень приятно и/или интересно" — "безразлично" - "очень неприятно/удручающе"[4]. Ценность такого дневника заключается еще и в том, что иногда даже сам клиент не всегда может точно указать причину своих переживаний, и в этом случае дневник помогает и ему, и его психологу выяснить, какие мысли влияют на его самочувствие в течение дня.

Расстояние. Суть этого этапа в том, что больной должен занять объективную позицию по отношению к своим мыслям, то есть уйти от них. Отсоединение включает в себя 3 компонента:

осознание автоматичности" плохой " мысли, ее спонтанности, понимание того, что эта закономерность возникла раньше при иных обстоятельствах или навязывалась другими людьми извне;

осознание того, что "плохая" мысль неадаптивна, то есть вызывает страдания, страх или разочарование;

появление сомнений в истинности этого неадаптивного мышления, понимание того, что эта схема не отвечает новым требованиям или новой ситуации (например, идея "быть счастливым - значит быть первым во всем", сформированная отличником в школе, может привести к разочарованию, если он не сможет стать первым в университете). [23]

Эмпирическая проверка ("эксперименты").

Метод:

Найдите аргументы "за" и "против" автоматических мыслей. Также желательно записать эти темы на бумаге, чтобы пациент мог перечитать их

всякий раз, когда эти мысли приходят ему в голову. Если человек делает это часто, то постепенно мозг запоминает " правильные " темы и убирает из быстрой памяти " неправильные " мотивы и решения.

Взвесьте преимущества и недостатки каждого варианта. Здесь также необходимо учитывать долгосрочную перспективу, а не только сиюминутную выгоду (например, в долгосрочной перспективе проблемы с наркотиками будут умножаться, перевешивая временное удовольствие).

Построить эксперимент, чтобы проверить суждение.

Беседа со свидетелями прошлых событий. Особенно это касается тех психических расстройств, при которых память иногда искажается и заменяется фантазиями (например, при шизофрении), или если иллюзия вызвана неправильным толкованием мотивов другого человека.

Терапевт относится к своему опыту, художественной и научной литературе, статистике.

Терапевт инкриминирует: указывает на логические ошибки и противоречия в суждениях пациента.

Методология переоценки. Проверка вероятности действия альтернативных причин события.

Децентрализация. При социальной фобии пациенты чувствуют себя в центре всеобщего внимания и страдают от этого. Здесь также необходима эмпирическая проверка этих автоматических мыслей.

Декатурация. Для тревожных расстройств. Терапевт: " давайте посмотрим, что произойдет, если...", " Как долго вы будете испытывать такие негативные чувства?", " Что тогда будет? Ты умрешь? Мир рухнет? Это разрушит вашу карьеру? Ваши близкие бросят вас? и т. д. пациент понимает, что у всего есть временные рамки, и автоматическая мысль " этот ужас никогда не закончится " исчезает.

Преднамеренное повторение. Играя желаемое поведение, неоднократно

проверяя различные положительные инструкции на практике, что приводит к большей самоэффективности. Иногда пациент полностью соглашается с правильными аргументами во время психотерапии, но быстро забывает их после сеанса и возвращается к предыдущим "неправильным" темам, поскольку они неоднократно записываются в его памяти, хотя он понимает их нелогичность. В этом случае лучше писать правильные темы на бумаге и регулярно их перечитывать.

Использование воображения. У тревожных пациентов преобладают не столько "автоматические мысли", сколько "навязчивые образы", то есть это не мысль, которая неадекватна, а воображение (фантазия). [24]

Техника прекращения: сильная команда себе " стоп!"- останавливается негативный образ мышления или воображения. Он также эффективен для остановки навязчивых мыслей при некоторых психических заболеваниях.

Техника повторения: повторите правильный способ мышления несколько раз, чтобы разрушить сформировавшийся стереотип.

Метафоры, притчи, стихи-психолог использует такие примеры, чтобы сделать объяснение более понятным.

Модификация воображения: пациент активно и постепенно меняет образ с Негативного на более нейтральный и даже позитивный, тем самым понимая возможности своего самосознания и сознательного контроля. Обычно даже после тяжелой неудачи вы можете найти хотя бы что-то положительное в том, что произошло (например, " я усвоил хороший урок") и сосредоточиться на этом.

Позитивное воображение: позитивный образ заменяет негативный и оказывает успокаивающее действие.

Конструктивное воображение (десенсибилизация): пациент классифицирует вероятность ожидаемого события, что приводит к тому, что прогноз теряет свою глобальность и неизбежность.

Заменить эмоции. Иногда клиенту следует смириться со своим прошлым негативным опытом и изменить свои эмоции на более адекватные. Например, иногда будет лучше, чтобы жертва преступления не прокручивать детали того, что произошло в памяти, но сказать себе: "жаль, что это случилось со мной, но я не позволю, что мои злоупотребляющих рушили для остальной части моей жизни, живя в настоящем, и в будущем, а не постоянно смотреть назад, в прошлое. "Необходимо заменить эмоции обиды, гнева и ненависти более мягкими и адекватными, которые позволят вам более комфортно строить свою будущую жизнь.

Смена ролей. Попросите клиента представить, что он пытается утешить друга, который находится в подобной ситуации. Что можно было ему сказать? Что я могу порекомендовать? Какой совет может дать вам самый любимый человек в такой ситуации?

Переоценка ценностей. Часто причиной депрессии являются нереальные желания или чрезмерно высокие требования. В этом случае психолог может помочь клиенту взвесить цену достижения цели и цены проблемы и решить, стоит ли бороться еще больше или было бы разумнее отказаться от достижения этой цели в целом, отбросить нереализованное желание, отложить, уменьшить требования, чтобы установить более реалистичный задачи для начала, попытаться получить более комфортно с тем, что есть, или найти что-то заменяющее. Это актуально в тех случаях, когда цена отказа от решения проблемы ниже, чем цена самой проблемы. Однако в других случаях может быть лучше напрячь и решить проблему, особенно если откладывание решения только усугубляет ситуацию и причиняет человеку все больше страданий. [25]

Отсрочка. Если клиент не в состоянии отказаться от своих невыполнимых целей и желаний, но мысли о них тратят впустую свое время и доставляют ему неприятности, то можно предложить клиенту отложить эти

цели и мысли о них на долгое время до тех пор, пока не произойдет событие, которое сделает его несбыточную мечту более осуществимой сегодня. Например, если у клиента есть какая-то псевдо-изобретательная идея, но он не может ее реализовать сегодня и не хочет ни от чего отказываться, а просто зря тратит время и усилия, то можно попытаться предложить ему хотя бы отложить реализацию и рассмотрение этой идеи до пенсионного возраста, когда у него будет больше свободного времени и денег. Таким образом, эта "отсрочка" может значительно смягчить удар по осознанию нереальности его псевдо-изобретения.

План действий на будущее. Клиент и терапевт совместно разрабатывают для клиента реалистичный "план действий" на будущее с конкретными условиями, действиями и сроками, пишут этот план на бумаге. Например, если происходит катастрофическое событие, клиент будет выполнять определенную последовательность действий в назначенное время, и до того, как это событие произойдет, клиент не будет мучить себя ненужными заботами.

Выявление альтернативных причин поведения. Если все "правильные" аргументы изложены и клиент с ними согласен, но продолжает думать или действовать явно нелогично, то необходимо искать альтернативные причины такого поведения, о которых сам клиент не подозревает или предпочитает молчать. Например, навязчивые мысли, тот же мыслительный процесс, часто приносит большое удовлетворение и облегчение для человека, поскольку позволяет, по крайней мере, представить себе мысленно себя как "герой" или "спасителя", решая все проблемы в фантазии, наказывает врагов в мечтах, исправляя свои ошибки в мире изобрел, и т. д. Таким образом, человек прокручивает эти мысли снова и снова, а не реальное решение, но чтобы сам процесс размышления и удовлетворение, постепенно этот процесс привлекает один человек все больше и больше в глубину, как своего рода

наркотики, даже если человек понимает нереальность и нелогичность такого мышления. [26]

### **Выводы по теоретическому анализу**

Личность - это устойчивая система полностью индивидуальных, психологических, социальных характеристик. Психология, как наука, рассматривает только психологические особенности, формирующие структуру личности. Понятие и структура личности является спорным вопросом между многими психологами, одни считают, что совершенно невозможно ее каким-то образом структурировать и рационализировать, другие же, наоборот, выдвигают новые теории структуры личности. Но все же есть определенные характеристики, которые так или иначе есть, но они есть, и их нужно описать.

Важно, что в зависимости от типа и уровня развития личности у человека может быть разный набор элементов психологической структуры и разные отношения между ними. Например, в человеческом организме разум подчиняется своим чувствам, личность-личность подчиняет свои чувства разуму. У одних людей воля развита и присутствует, у других-нет. Кроме того, не у всех людей есть истинное внутреннее " Я " - мастер, который знает, как управлять всей этой внутренней экономикой.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, или когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. cognitive behavioural therapy, СВТ), или когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), — широко распространённая комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией.

Когнитивная психотерапия, или когнитивная терапия, является распространенной формой психотерапии, основанной на предположении, что

основой психологических проблем, а иногда и психических расстройств человека являются ошибки мышления и направлены на изменение нелогичных или неуместных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональные стереотипы его мышления и восприятия.

Многие исследователи признают, что организация конкретных психиатрических, психоневрологических, уход за пациентами в CSO, или обучение социальных работников в области технологий для работы с пациентами психоневрологических, овладение навыками предоставить им медицинскую помощь, психологической помощи, можно рассматривать как один из способов повышения социальной защиты этой категории людей.

Психологическое консультирование - один из эффективных методов психологического воздействия на человека с целью оказания профессиональной помощи в решении конкретных проблем. Психологическое консультирование связано с другими формами активного влияния на личность (психологическая коррекция, психотерапия и др.). Специфика психологического консультирования состоит из прямого двустороннего общения консультанта с клиентом, обычно протекающего в форме конфиденциального разговора один на один.

К 1960-м годам был проведен ряд эмпирических исследований того, как когнитивные способности влияют на поведение и эмоции. Этот период стал известен как когнитивная революция. В ней подчеркивалась роль сознательного мышления в психотерапии.

В особенно тяжелых случаях иррациональное и нелогичное поведение может быть признаком серьезного не диагностированного психического заболевания (например, обсессивно-компульсивного расстройства или шизофрении), поэтому одной психотерапии может быть недостаточно и требуется вмешательство психиатра.

## **ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

### **2.1. Организация и характеристика методик исследования**

*Цель исследования:* изучить личностные факторы психоневрологических заболеваний.

*Гипотеза исследования:* предполагаем, что существуют личностные факторы психоневрологический заболеваний.

Эмпирическое исследование, проведенное в 2022 г, включало следующие этапы:

1) Организационный этап.

*Выборка исследования:* в исследовании приняли участие 30 людей, страдающих теми или иными психоневрологическими в возрасте от 18 до 50 лет.

2) Этап психодиагностического исследования с применением психодиагностического инструментария Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult), или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ); Тест Кеттелла, 16PF / Форма А; Личностный опросник Айзенка, ЕРІ / вариант А; Гиссенский опросник.

3) Этап статистической обработки данных с использованием следующих методов: SPSS 22, Непараметрический критерий корреляции Спирмена для сравнения двух независимых выборок, факторный анализ.

В этап психодиагностического обследования вошел следующий перечень методик:

*Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult), или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), Сокращенный многофакторный опросник исследования личности (Mini-Mult, СМОЛ). СМОЛ является адаптированным и стандартизированным вариантом пси-хологического анкетного теста Mini-Mult, который представляет собой сокращенную форму опросника MMPI. Методика позволяет оценить уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению. Опросник содержит 71 вопрос, восемь базисных клинических шкал (исключены шкалы маскулинности-феминности Мf и социальной интроверсии Si) и три*

оценочные шкалы. Методика ориентирована на выявление наиболее распространенных ситуативных или застойных личностных расстройств.

*16 факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла* позволяет выявить особенности характера, склонностей и интересов личности. Опросник Кеттелла 16 одна из наиболее известных многофакторных методик, созданная в рамках объективного экспериментального подхода к исследованию личности. Тест состоит из 187 вопросов, которые помогут выявить особенности характера и построить профиль личности.

*Личностный опросник Ганса Айзенка* предназначена для изучения индивидуально-психологических черт личности. Цель данной методики — выявление степени выраженности свойств, которые являются существенными компонентами личности: нейротизм, экстраверсия — интроверсия и психотизм. На сегодняшний день данная методика используется для выявления характеристик темперамента. содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии-интроверсии, 24 других - на оценку эмоциональной стабильности - нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов.

*Гисенский опросник.* Он направлен на выявление субъективного отношения к физическим жалобам, выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья, которая высоко коррелирует с маскированной депрессией.

Подробное описание характеристик методик представлено в Приложении 1.

## **2.2. Анализ результатов исследования**

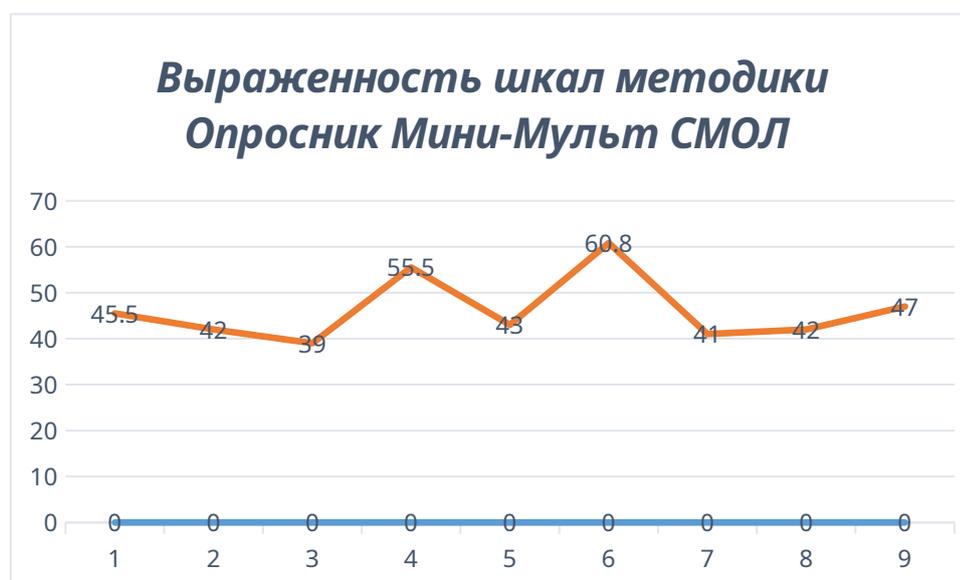
В соответствии с целью и выдвинутой нами гипотезе о том существуют личностные факторы психоневрологический заболеваний, было выбрано 30 людей, жалующихся на те или иные психоневрологические заболевания. На первом этапе исследования для построения профиля личности, склонный к психоневрологическим заболеваниям, нами был вычислен средний показатель по каждой шкале всех проведенных методик.



*Рисунок 1. Результаты методики «16 факторный личностный опросник Кеттелла»*

По результатам методики выявлено, что имеются высокие значения тревожности (8,1) и чувствительности (7,7), низкие значения показателей самоконтроля (2,7), конформизма (2,9), смелости (3,03), доминантности (3,03), уравновешенности (3,1), а также ярко выражены качества интроверсии (3,2), консерватизма (3,2). В целом результаты показателей логически связаны с признаками и симптомами психоневрологических заболеваний. Высокая шкала тревожности, чувствительности говорит о том, что люди,

страдающие от тех или иных психоневрологических заболеваний, больше всего ощущают в себе именно эти признаки.



*Рисунок 2. Результаты методики «Опросник Мини-Мульт СМОЛ». Примечание: 1-ипохондрия, 2-депрессия, 3-истерия, 4-психопатия, 5-паранойяльность, 6-психастения, 7-шизоидность, 8-гипомания, 9-ложь.*

По результатам данного опросника были выявлены высокие показатели по следующим параметрам: психастения (60,8), психопатия (55,5), ипохондрия (45,5). Однако, в рамках опросника данные показатели являются показателем нормы (40-70 баллов). Хотя показатели являются нормой психики с точки зрения «Опросник Мини-Мульт СМОЛ», однако, важно отметить важный момент. Высокий показатель психастении говорит о том, что люди, склонные к психоневрологическим заболеваниям, отличаются самокритикой, а также гипертрофированным самоанализом с большими требованиями к себе. То же самое касается и психопатии. Мы не можем утверждать, что данные люди психопаты, но можно отметить, что яркой

характерологической чертой психоневрологических заболеваний является нарушение эмоциональных реакций.



*Рисунок 3. Результаты опросника Айзенка.*

По результатам опросника Айзенка выявлено, что люди, склонные к психоневрологическим заболеваниям обладают не каким-то определенным темпераментом, так как балл 10,7 соотносится темпераменту между интровертом и экстравертом. Уровень нейротизма повышен, что может говорить о склонности к быстрой смене настроений, тревожности, озабоченности, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях.



*Рисунок 4. Результаты Гиссенского опросника.*

Шкала «Давление, интенсивность жалоб» — это сумма всех 4 шкал. Таким образом, по результатам опроса люди, жалующихся на психоневрологические заболевания, склонны к истощению, что означает низкий уровень энергии и сил.

**На втором этапе исследования, для определения корреляции нами была проведена проверка полученных данных на нормальность.**

Для проверки гипотезы о том, что существует взаимосвязь личностных характеристик у лиц, страдающих от психоневрологических заболеваний, был проведен корреляционный анализ при уровне значимости  $p < 0,01$  и коэффициенте корреляции  $r > 0,403$ . По итогу проверки, было определено выбрать критерий корреляции Спирмена для выявления взаимосвязи личностных характеристик у исследуемых.

Для определения критерия корреляции, нами была проведена проверка полученных данных на нормальность. По итогу проверки, было определено выбрать критерий корреляции Спирмена для выявления взаимосвязи личностных характеристик у подозреваемых.

*Таблица 1*

*Результаты корреляционного анализа показателей профиля личности во  
взаимосвязи с личностными расстройствами*

<i>Показатели профиля личности (Кеттела)</i>	<i>Личностные расстройства (Мини мульт)</i>							
	Ипохондрия	Депрессия	Истерия	Психопатия	Паранойяльность	Психастения	Шизоидность	Гипомания
Замкнутость/ общительность	0,091	0,144	<b>0,106</b>	0,074	<b>0,096</b>	<b>0,068</b>	0,102	0,098
Интеллект	0,133	0,144	<b>0,155</b>	0,109	<b>0,140</b>	<b>0,099</b>	0,149	0,143
Эмоц. стабильность	0,08	0,087	<b>0,093</b>	0,065	0,085	<b>0,060</b>	0,09	0,086
Подчиненность/ доминантность	0,066	0,072	<b>0,077</b>	0,054	<b>0,070</b>	<b>0,049</b>	0,074	0,071
Сдержанность/ экспрессивность	0,077	0,084	<b>0,090</b>	0,063	<b>0,124</b>	<b>0,058</b>	0,086	0,083
Моральная нормативность	0,083	0,090	<b>0,097</b>	0,068	0,088	<b>0,062</b>	0,093	0,090
Робость/смелость	0,080	0,087	<b>0,093</b>	0,065	<b>0,085</b>	<b>0,060</b>	0,09	0,086
Практицизм/ чувствительность	0,169	0,184	<b>0,187</b>	0,139	<b>0,179</b>	<b>0,127</b>	0,190	0,183
Доверчивость/ подозрительность	0,152	<b>0,165</b>	<b>0,177</b>	0,124	<b>0,161</b>	<b>0,113</b>	0,170	0,164
Практичность/ мечтательность	0,151	0,164	<b>0,176</b>	0,124	0,160	<b>0,113</b>	0,163	0,163

Прямолинейность/ дипломатичность	0,077	0,084	<b>0,090</b>	0,063	0,082	<b>0,058</b>	0,086	0,083
Спокойствие / тревожность	0,178	0,194	<b>0,208</b>	0,146	0,188	<b>0,133</b>	0,200	0,192
Консерватизм/ радикализм	0,070	0,077	<b>0,082</b>	0,058	0,075	<b>0,053</b>	0,079	0,076
Конформизм/ нонконформизм	0,065	0,070	<b>0,075</b>	0,053	0,068	<b>0,048</b>	0,07	0,07
Самоконтроль	0,060	0,065	<b>0,070</b>	0,049	0,064	<b>0,045</b>	0,067	0,065
Расслабленность/ напряженность	0,079	0,086	<b>0,093</b>	0,065	0,084	<b>0,059</b>	0,089	0,086
Тревога	0,079	0,086	<b>0,092</b>	0,064	0,083	<b>0,059</b>	0,088	0,084
Интроверсия/ экстраверсия	0,071	0,077	<b>0,083</b>	0,058	0,075	<b>0,053</b>	0,080	0,077
Чувствительность/ уравновешенность	0,068	0,074	<b>0,079</b>	0,055	0,072	<b>0,050</b>	0,076	0,073
Конформность/ независимость	0,072	0,078	<b>0,084</b>	0,059	0,076	<b>0,054</b>	0,081	0,078

Прослеживается положительная корреляционная связь между всеми показателями личности во взаимосвязи с личностными расстройствами - регрессия. Наиболее сильная взаимосвязь характерна для показателей практицизм/чувствительность ( $r=0,176$ ), замкнутость/общительность ( $r=0,106$ ) спокойствие/тревожность ( $r=0,208$ ), интеллект ( $r=0,155$ ), доверчивость/подозрительность ( $r=0,177$ ).

Так, замкнутость/общительность ( $r=0,106$ ), является дистрессом, возникающая из ощущения телесной дисфункции. При срабатывании механизма Регрессии человек вынужден сдерживать свою не только эмоциональную часть, но и физическую. Психосоматика, как явление возникающее на основе

соматических (телесных) заболеваний демонстрирует за собой ряд показательных факторов, где мы еще раз можем убедиться, что тело тоже умеет «говорить». При сильной взаимосвязи мы наблюдаем дискомфорт общей мускулатуры, нарушения различных кардио- респираторных и других систем. При сдерживании многих сфер, такой подозреваемый напоминает психопатический тип, он становится бесконтрольным.

Тревожность ( $r=0,208$ ) в сочетании с механизмом регрессия усиливается и проявляется гораздо больше. Бесконтрольный, испытывающий нервозность, сильное напряжение, приступы паники, подозреваемый вынужден выражать свои эмоции и внутреннее состояние привычным себе образом в онтогенетическом понятии. Действия в таком состоянии заключенного упрощены во множество раз. Прибегая к самоповреждающему поведению, он, испытывает чувство опасности, опасения, и совершая подобные «тяжелые» ситуации, делает это ради эмоциональной разрядки. Верит в то, что, когда наносит себе увечья, будет эмоционально чувствовать себя легче.

В отличии от тревожности, чувствительность ( $r=0,187$ ) концентрируется на чем-то особом. Подозреваемый, в данном механизме, инфантильный, выражает стойкую реакцию страха. Учитывая, что он находится в местах лишения свободы, ведет себя огорожено по отношению к внешнему миру. Его страх сосредоточен на определенных людях, на определенные объекты и ситуации, места. Это не ненавязчивая идея о том, что ему страшно, это сосредоточенный страх по отношению к чему-либо.

Параметр подозрительности ( $r=0,177$ ) и защитного механизма регрессия представляет нам общую картину психопатического типа личности. Выраженное четкое отсутствие глубоких интересов, мягкая межличностная изоляция, сильный эмоциональный дискомфорт, фанатичное

состояние. Все это характеризует обвиняемого, находящегося в состоянии причинения вреда для себя.

**Таблица 2**

*Результаты корреляционного анализа показателей профиля личности во взаимосвязи с личностными расстройствами*

Показатели темперамента (Айзенк)	Личностные расстройства (Мини мульт)							
	Ипохондрия	Депрессия	Истерия	Психопатия	Паранойальность	Психастения	Шизоидность	Гипомания
Экстраверсия/ Интроверсия	0,234	0,254	<b>0,273</b>	0,191	<b>0,247</b>	<b>0,175</b>	0,262	0,253
Нейротизм	0,363	0,394	<b>0,423</b>	0,297	<b>0,384</b>	<b>0,271</b>	0,406	0,392

Прослеживается положительная корреляция между показателями нейротизма и истерифы ( $r= 0,423$ ). Это говорит о том, что присутствует нестабильность в межличностной, эмоциональной, коммуникативной сферах, а также образе своего «Я». Находясь в таких состояниях, в которых срабатывает нейротизм, человеку свойственна примитивная реакция, детскость поведения, хныкание, эмоциональная усталость.

Прослеживается положительная корреляция между показателями экстраверсия/интроверсия и истерии ( $r= 0,273$ ). Это означает, что индивид выражает свое состояние более примитивными способами. Не контролируем, аффективен и может выражать свои чувства самым доступным способом.

**Таблица 3**

*Результаты корреляционного анализа показателей недомоганий во взаимосвязи с личностными расстройствами*

<i>Показатели общего недомогания (Гиссенский)</i>	<i>Личностные расстройства (Мини мульт)</i>							
	Ипохондрия	Депрессия	Истерия	Психопатия	Паранойальность	Психастения	Шизоидность	Гипомания
Боли в различных частях тела, ревматический фактор	0,229	0,249	<b>0,267</b>	0,187	<b>0,242</b>	<b>0,171</b>	0,256	0,247
Сердечные жалобы	0,205	0,222	<b>0,239</b>	0,168	<b>0,216</b>	<b>0,153</b>	0,229	0,221
Желудочные жалобы	0,238	0,260	<b>0,277</b>	0,195	0,251	<b>0,178</b>	0,266	0,257
Истощение	0,392	0,431	<b>0,463</b>	0,325	<b>0,419</b>	<b>0,297</b>	0,444	0,428
Давление (интенсивность) жалоб	1,076	1,169	<b>1,255</b>	0,881	<b>1,137</b>	<b>0,805</b>	1,205	1,162

Прослеживается положительная корреляция между показателями Боли в различных частях тела, ревматический фактор и истерии ( $r= 0,267$ ). Это означает, что индивид выражает свое состояние более примитивными способами. Не контролируем, аффективен и может выражать свои чувства самым доступным способом.

Прослеживается положительная корреляция между показателями Желудочные жалобы и истерии ( $r= 0,277$ ) и Давление (интенсивность) жалоб и психастения ( $r= 0,805$ ). В первом случае это означает проявление суицидального поведения

повадками характерными онтогенетическому поведению, а во втором, переключение проявляющихся эмоций и чувств на индивида более слабого, чем он. Но находясь в местах лишения свободы, содержась одиночно, подозреваемый не может направлять свою агрессию во внешний мир и вынужден прибегнуть к мысли причинения вреда самому себе.

*Таблица 4*

*Результаты факторного анализа*

Компонент	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения	
	Итого	% Дисперсии	Кумулятивный %	Итого	% Дисперсии
1	9,452	48,123	48,123	9,452	48,123
2	2,124	11,302	58,307	2,124	11,302
3	1,980	8,920	67,320	1,980	8,920
4	1,156	5,481	72,310	1,156	5,481
5	1,059	3,962	79,310	1,059	3,962
6	0,453	3,245	82,091		
7	0,592	2,310	84,154		
8	0,549	2,105	87,610		
9	0,527	2,510	90,024		
10	0,312	1,257	91,672		
11	0,278	1,384	92,578		
12	0,291	1,320	95,013		
13	0,176	1,042	95,681		
14	0,152	0,769	96,756		
15	0,106	0,671	96,861		
16	0,096	0,524	98,420		
17	0,103	0,468	98,723		
18	0,071	0,289	99,103		
19	0,048	0,196	99,025		
20	0,039	0,193	99,541		
21	0,031	0,172	99,357		
22	0,024	0,107	99,954		
23	0,009	0,038	100,000		

Следовательно, для анализа отобрано только пять факторов. Первый фактор объясняет 47,123% суммарной дисперсии, второй фактор 11,302% суммарной дисперсии, третий фактор 8,920% суммарной дисперсии,

четвертый фактор 5,481% суммарной дисперсии, пятый 3,962% суммарной дисперсии. Практически половину причин самоповреждающего поведения можно объяснить с помощью фактора 1. Факторы, полученные в результате вращения по методу варимакс, объясняют 71% совокупной (общей) дисперсии, то есть 71% факторов, влияющих на самоповреждающее поведение.

Рассмотрим, какие шкалы рассматриваемых методик входят в состав выделенных факторов, а значит, имеют по ним наиболее высокую нагрузку (таблица).

*Таблица 5*

*Результаты факторного анализа*

	Компонент				
	1	2	3	4	5
Ипохондрия	0,041	<b>0,651</b>	0,137	0,213	0,064
Депрессия	0,358	0,312	0,210	0,056	<b>0,0591</b>
Истерия	<b>0,753</b>	0,213	0,185	0,082	0,048
Психопатия	0,150	<b>0,671</b>	0,076	0,126	0,099
Паранойяльность	0,504	<b>0,410</b>	0,164	0,152	0,210
Психастения	0,536	0,120	<b>0,483</b>	0,118	0,149
Шизоидность	0,150	<b>0,710</b>	0,186	0,021	0,002
Гипомания	0,154	0,510	0,081	<b>0,483</b>	0,462
Замкнутость/общительность	<b>0,759</b>	0,004	0,126	0,104	0,137
Интеллект	<b>0,798</b>	0,031	0,186	0,157	0,034
Эмоц. стабильность	<b>0,754</b>	0,162	0,157	0,007	0,007
Подчиненность/доминантность	<b>0,843</b>	0,076	0,196	0,025	0,061
Сдержанность/экспрессивность	<b>0,881</b>	0,089	0,075	0,003	0,058
Моральная нормативность	<b>0,751</b>	0,071	0,56	0,098	0,134
Робость/смелость	<b>0,761</b>	0,081	0,156	0,071	0,002
Практицизм/чувствительность	<b>0,761</b>	0,096	0,179	0,150	0,023
Доверчивость/подозрительность	<b>0,671</b>	0,245	0,182	0,340	0,010
Практичность/мечтательность	<b>0,412</b>	0,320	0,170	0,193	0,041
Прямолинейность/дипломатичность	0,314	0,151	<b>0,725</b>	0,52	0,140
Спокойствие / тревожность	0,577	0,173	<b>0,491</b>	0,130	0,051
Консерватизм/радикализм	0,481	0,241	<b>0,504</b>	0,005	0,240
Конформизм/нонконформизм	0,410	0,210	0,130	<b>0,412</b>	0,150
Самоконтроль	<b>0,483</b>	0,120	0,029	0,148	0,267

Расслабленность/напряженность	<b>0,355</b>	0,135	0,120	0,420	0,143
Тревога	<b>0,442</b>	0,192	0,003	0,148	0,372
Интроверсия/экстраверсия	<b>0,251</b>	0,052	0,086	0,183	0,246
Чувствительность/ уравновешенность	<b>0,348</b>	0,147	0,254	0,321	0,154
Конформность/независимость	<b>0,345</b>	0,153	0,350	0,102	0,162
Экстраверсия/Интроверсия	<b>0,271</b>	0,251	0,145	0,092	0,241
Нейротизм	<b>0,145</b>	0,047	0,125	0,341	0,215
Боли в различных частях тела, ревматический фактор	<b>0,420</b>	0,021	0,320	0,140	0,047
Сердечные жалобы	<b>0,157</b>	0,089	0,124	0,320	0,071
Желудочные жалобы	<b>0,432</b>	0,135	0,051	0,172	0,259
Истощение	<b>0,251</b>	0,230	0,148	0,172	0,023
Давление (интенсивность) жалоб	<b>0,382</b>	0,127	0,154	0,182	0,010

По первому фактору имеют самые высокие нагрузки следующие переменные: истерия ( $r=0,753$ ), замкнутость ( $r=0,759$ ), интеллект ( $r=0,798$ ), Подчиненность/доминантность ( $r=0,843$ ), сдержанность/экспрессивность ( $r=0,881$ ), робость/смелость ( $r=0,761$ ), моральная нормативность ( $r=0,751$ ), практичность/мечтательность ( $r=0,412$ ), доверчивость/подозрительность ( $r=0,671$ ), чувствительность/уравновешенность ( $r=0,348$ ), Давление (интенсивность) жалоб ( $r=0,382$ ).

## ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

На основании эмпирического исследования можно выделить главные личностные факторы людей с психоневрологическими заболеваниями сформулировать следующие выводы:

- 1) Одним из самых ярковыраженных факторов являются тревожность и чувствительность;
- 2) Высокий показатель психастении говорит о том, что люди, склонные к психоневрологическим заболеваниям, отличаются самокритикой, а также гипертрофированным самоанализом с большими требованиями к себе. То же самое касается и психопатии. Мы не можем утверждать, что данные люди психопаты, но можно отметить, что яркой характерологической чертой психоневрологических заболеваний является нарушение эмоциональных реакций.
- 3) Уровень нейротизма повышен, что может говорить о склонности к быстрой смене настроений, тревожности, озабоченности, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях.
- 4) С физиологической точки зрения люди, жалующиеся на психоневрологические заболевания, склонны к истощению, что означает низкий уровень энергии и сил.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Сегодня перед обществом стоит серьезная задача, направленная на активное вовлечение людей с психоневрологическими заболеваниями в общественную и общественную деятельность, а также на повышение качества их жизни, уровня самостоятельности, способности к самообслуживанию. Это позволит им более успешно адаптироваться к обществу, реализовать себя, адаптироваться к работе, учиться и осваивать профессии.

Проблема нормального функционирования человека с психоневрологическими заболеваниями в обществе становится все острее. Участие таких людей в различных сферах общественной жизни позволяет расширять и умножать общественные отношения и является важным достижением государства и общества. В то же время повышается и уровень ответственности, в частности, необходимо создать особые условия для

обеспечения наиболее удобных условий для этой категории людей для достижения определенных успехов на пути адаптации. Возможность контроля состояния, возможность активного участия таких людей в общественной жизни, спрос на рынке труда, трудоустройство свидетельствуют о важности и значимости психосоциальной помощи, социального обеспечения и реабилитации.

Все это дает возможность переосмыслить, по-новому взглянуть на проблему оказания нейропсихиатрической помощи, на возможность выполнения социальной работы с этой категорией населения. Единственным средством, действительно эффективно для того, чтобы успешно интегрировать людей с ограниченными возможностями в общество является их включение в различные виды деятельности, социально значимые. Этому способствует, например, от специального образования, от развития навыков работы, от популяризации массового спорта, их адаптации к специальным потребностям человека с ограниченными физическими возможностями, привлечение как можно большего числа инвалидов к участию в общественной жизни. Большую роль в этом играет социальное обеспечение людей с психоневрологическими заболеваниями. Все это способствует дальнейшему развитию общества, его гуманизации. В первую очередь меняется отношение человека и общества к инвалидам и другим категориям населения.

Все это говорит о важности внимания на людей с психоневрологическими заболеваниями. Совершенствование методов и технологий социальной работы, понимание особенностей социальной защиты психоневрологических больных, выявление проблем в этой области и поиск путей их решения продиктованы условиями современных реалий: эта группа заболеваний характеризуется широкой распространенностью, социальной значимостью. Одним из самых эффективных направлений

психологии при работе с такими людьми как раз является когнитивно-поведенческая терапия, которая на протяжении многих лет доказала свою пользу для улучшения ментального здоровья людей с психоневрологическими заболеваниями.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Декларация о правах инвалидов (Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433-ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН).
2. Декларация о правах умственно отсталых лиц (Принята 20.12.1971 Резолюцией 2856 (XXVI) на 2027-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН).
3. Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993). Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.1996) (ред. от 22.07.2008).
4. Уголовно-процессуальный кодекс РФ от 18.12.2001 N 174-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22.11.2001) (ред. от 11.06.2008, с изм. от 16.07.2008).

5. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1(ред. от 22.08.2004) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

6. Постановление Правительства РФ от 01.12.2014 N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

7. Ананьев Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. // Психология личности. – СПб., 2014. С. 110.

8. Барлоу. Клиническое руководство по психическим расстройствам. 3-е изд. — СПб., 2018. С. 95-99.

9. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб., 2017. С. 43-45.

10. Гейер Т.А. Необходимые предпосылки для правильного разрешения вопроса о трудоустройстве психически больных. М., 2013. С.147-150.

11. Гурович И Я. Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы. М., 2015. С. 14-23.

12. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Ж. «Социальная и клиническая психиатрия». №1 2014.

13. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи в России: организационно-методический аспект.// Ж. «Социальная и клиническая психиатрия».№4. 2015.

14. Гурович И.Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация // Ж. «Социальная и клиническая психиатрия». №1. 2017.

15. Гурович И.Я. Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Журнал «Социальная и клиническая психиатрия». №1. 2015. – С. 147.

16. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 2014. – С. 135.
17. Дементьева Н.Ф., Холостова Е.И. Социальная реабилитация. М.: ИтК «Дашков и К», 2017. – С. 340.
18. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболев А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравоохранения. — М., 2013.
19. Игнатова Е.С., Бурдин М.В., Психологическое консультирование и психотерапия: технология сократического диалога. – Пермь, 2019. С. 121.
20. Кларк Д.А. Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход. Психология. – Киев, 2020. С.210-211.
21. Ковалев А.Г., Мясищев В.Н. Темперамент и характер. Психология индивидуальных различий / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и В.Я. Романова. - М., 2014. – С.57-60.
22. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. СПб, 2014. С. 39-43.
23. Крысько В.Г. Социальная психология: (Учебник для вузов) / В.Г. Крысько. - М.: Гуманитарный издательский центр «Владос», 2013. С. 50.
24. Основы социальной работы: Учебник. 3-е изд., испр. и доп. / Под ред. П.Д. Павленка.— М.: ИНФРА-М, 2016.— С. 115.
25. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей// Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. М.,2016. – С. 320.
26. Психология социальной работы/ Под ред. М.А. Гулиной, - Питер, 2016. - С.25-75.
27. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и

тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 2018. – С. 486.

28. Реан Ю.В., Коломенский Я.Л. Социальная педагогическая психология. - СПб, 2019. – С.85.

29. Рожкова Ю.В. Психиатрическая помощь в системе социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами (правовые вопросы). Дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2016. – С.161.

30. Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой: В 2 т.— М.: Институт социальной работы, 2015, С.210.

31. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Издательство: Питер, 2020. – С.110-113,117.

32. Рыбакова Н.А. Пути повышения воспитательного потенциала российской семьи в динамике современного социобытия. // Социальная работа и социальное образование: условия сохранения и развития жизненных сил человека в динамике социобытия. - Псков, 2015. – Гл. 4. – С. 430-485.

33. Социальная работа: теория и практика: Учебное пособие / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина.— М.: ИНФРА-М, 2016, С.350.

34. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности / Отв. ред. П.Д. Павленок. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К, 2016. – С. 270.

35. Хозиев, В. Б. Практикум по общей психологии : учеб. пособие /— М.: Академия, 2013. – С. 93.

36. Лаак Я. Психодиагностика: проблемы содержания и методов: / - М.: Воронеж, 2016. – С.384.

37. Немов Р. С. Психология. В 3 книгах. Книга 3. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. — М.: Владос. 2016. 640 с.

38. Коржова Елена Психология личности. Учебное пособие. Стандарт третьего поколения. — СПб.: Питер. 2020. 544 с.

39. Высоков И. Е. Математические методы в психологии. Учебник и практикум. — М.: Юрайт. 2019. 432 с.

40. Айзенк Г., Вильсон Г. Как измерить личность / Пер. с англ. М.: «Когито-центр», 2013.

41. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 2015-672 с.