

ЛИЧНОСТНАЯ АДАПТИВНОСТЬ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рудко Е.А.¹, доц., Забавская А.В.², маг.

¹*Витебский государственный технологический университет,*

²*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Реферат. *Личностная адаптивность, рассматриваемая как способность индивида адаптироваться к изменяющимся условиям, определяется такими социально-психологическими ресурсами личности, как особенности эмоциональной и мотивационной сфер, ценностная направленность, уровень развития коммуникативных навыков и поведенческой регуляции, интеллектуальные особенности. В статье предпринята попытка оценки уровня адаптивности лиц с психическими заболеваниями.*

Ключевые слова: адаптивность, психические заболевания, шизофрения, эпилепсия, олигофрения, деменция.

В научной литературе при изучении понятия «адаптивность» можно выделить две основные тенденции: эволюционную и индивидуально-личностную. В рамках эволюционного подхода можно выделить три основные группы. Первую группу представляют Р. Акофф, Н. В. Андреевкова, В. Грант, Л. В. Корель, В. П. Кузьмин, В. А. Марков, которые рассматривают адаптивность как условие, обеспечивающее адаптацию, а также способность системы к адаптации (адаптация понимается как процесс приспособления системы к определенным условиям среды). Вторая группа ученых – Н. А. Агаджанян, А. В. Жирмунский, В. И. Кузьмин, О. С. Разумовский, В. П. Скулачев – рассматривают адаптивность как внутренний потенциал системы, обуславливающий ее развитие. Третья группа – И. П. Богомолов, М. Л. Зуева, Н. П. Капустин, А. А. Реан, М. В. Сорокина, И. П. Третьяков, Е. В. Хохлов, Е. Я. Ямбург – интерпретируют адаптивность как принцип построения объектов-систем (культуры, политики, экономики, образования и т.д.) [1]. Сторонники индивидуально-личностного подхода – Г. Н. Александров, Б. Г. Ананьев, И. А. Аршавский, И. В. Давыдовский, В. Н. Кругликов, А. В. Петровский, А. М. Столяренко, М. Г. Ярошевский – интерпретируют адаптивность и как личностное свойство, определяющее способность человека к адаптации, и как уровень его приспособленности к среде. В результате подобной трактовки понятие «адаптивность» часто заменяют понятием «адаптированность», отражающим результативность процесса адаптации [2].

Адаптивность осуществляется на трех взаимосвязанных уровнях – биологическом, социальном и психологическом. На биологическом уровне адаптивность представляет собой способность поддерживать организм в пределах, необходимых для нормальной жизнедеятельности. Психологическая адаптивность обеспечивает стабильность функционирования структур мозга вне зависимости от влияния внешних психологических факторов. Адаптивность на социальном уровне предполагает приспособление индивида к окружающей среде посредством умения анализировать социальную обстановку, осознания и понимания собственных возможностей в сложившихся обстоятельствах, а также умении быстро приспосабливаться к новым целям и задачам деятельности [3]. В данной статье адаптивность будет рассматриваться, в первую очередь, как способность индивида адаптироваться к изменяющимся условиям. Ресурсами личности, определяющими формирование адаптивности, являются сохранность эмоционально-волевой, мотивационной и интеллектуальной сфер, ценностная направленность личности, достаточный уровень развития коммуникативных навыков и способности к поведенческой регуляции.

Неоспорим тот факт, что лица с психическими заболеваниями являются наименее адаптивными. Рассмотрим специфику и проблемы адаптивности лиц с такими диагнозами, как шизофрения, умственная отсталость и эпилепсия. При шизофрении в наибольшей степени страдает мышление, а также эмоциональная и волевая сферы личности. Основными симптомами являются расщепление психической деятельности, выражающееся в разорванности мышления и речи, в амбивалентности, эмоционально-волевое обеднение личности, возможен аутизм [4, с. 326]. Нарушения в эмоциональной сфере проявляются в

эмоциональной холодности и безразличии больного к близким людям, а также в безучастности к самому себе. Часто у больных шизофренией наблюдается амбивалентность чувств, т. е. противоречивость (например, любовь и ненависть, симпатия и отвращение). Параллельно может проявляться и амбитендентность, т. е. двойственность стремлений и побуждений (например, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым). Также могут возникать диссоциативные расстройства (например, больной смеется при печальном событии и наоборот). С течением болезни все эмоциональные проявления ослабевают, и может развиваться эмоциональная тупость [4, с. 327]. Волевая сфера личности тесно связана с эмоциональной. Поэтому нарушения волевой сферы проявляются одновременно с эмоциональными расстройствами. Выражается это первоначально в снижении волевой активности (гипобулия), а затем ее полная утрата – абулия, а в наиболее тяжелых случаях полная безучастность. При сочетании абулии с апатией говорят об апатико-абулическом синдроме [4, с. 327]. Серьезные нарушения также наблюдаются в мыслительном процессе, в способности установления логических связей. В особо тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления и речи («словесная окрошка»). В менее тяжелых наблюдается «соскальзывание» мыслей. Нарушения мышления проявляются в неологизмах (новые вычурные слова) и резонерстве бесплодными рассуждениями на посторонние темы (философские, религиозные), логичными только для самого больного. Обобщения больной осуществляет по несущественным признакам, также характерно символическое мышление [4, с. 328–329]. Помимо негативных симптомов наблюдается продуктивная симптоматика, т. е. болезненная продукция мозга – бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Шизофреники свойственна прогрессивность, т. е. прогрессирование и усложнение симптоматики [4, с. 329–330].

Эпилепсия – это хроническое органическое заболевание, при котором наблюдаются повторяющиеся пароксизмальные приступы в виде судорожных припадков и их психических эквивалентов. Чем тяжелее и чаще протекают припадки, тем выше вероятность развития нарушений психической деятельности и личности, вплоть до слабоумия [5, с. 108]. При эпилепсии выделяют следующие нарушения психической деятельности: инертность, т. е. замедленность психических процессов внимания, мышления и речи; вязкость, чрезмерная детализация в мышлении, снижение уровня обобщения, резонерство, эгоцентризм суждений, неспособность переключаться на новый вид деятельности, в особо тяжелых случаях формирование эпилептического слабоумия; речь обеднена, наблюдается склонность к использованию штампов, проявляются затруднения в названии предметов (олигофазия); нарушается произвольное припоминание; в восприятии отмечается чрезмерная детализация [5, с. 109]. Расстройства личности выражаются в эгоцентричности, обидчивости, педантичности, морализаторстве (как стремление к компенсации интеллектуального дефекта), ипохондрии, обеднении круга интересов [5, с. 109].

Эпилепсия, как и шизофрения, довольно часто приводит к умственной отсталости. Следует отметить, что под диагнозом «умственная отсталость» понимают состояние задержки или неполноты развития психики, недостаточности развития когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей, значимое снижение общего уровня интеллектуального развития. Следует отметить, что умственная отсталость может наблюдаться в сочетании с любым иным психическим расстройством или соматическим нарушением. Адаптивное поведение у них, как правило, нарушено всегда, однако в защищенном социальном пространстве может быть незаметным (у лиц с легкой формой) [4, с. 342].

Ученые выделяют две формы умственной отсталости: олигофрению – врожденное или приобретенное в первые три года жизни слабоумие, которое выражается в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и затруднения социальной адаптации [4, с. 342]; деменцию – глобальное нарушение когнитивных способностей, имеющее обратимый, хронический или прогрессирующий характер и приводящее к значительному снижению социальной адаптации [5, с. 104]. Наиболее распространенными являются две формы деменции: а) предстарческие (пресенильные) деменции – болезни Альцгеймера, Пика, Крейтцфельдта-Якоба и хорея Гентингтона; б) старческие (сенильные) деменции [4, с. 310–313].

В целом при деменции снижается или полностью отсутствует критичность, что выражается в отсутствии жалоб, в неадекватном благодушии, в неадекватных планах на будущее. Для больных деменцией характерны грубые нарушения памяти: первоначально на текущие события, а с развитием заболевания и на прошлые. Нарушается способность к

усвоению любой новой информации, что может существенно затруднять повседневную жизнь больного, т. к. он начинает плохо ориентироваться во времени и пространстве, а также и в собственной личности. У больного ограничен словарный запас, снижена способность к построению сложных фраз, а в особо тяжелых случаях речь вообще может отсутствовать. В мышлении практически отсутствует способность к обобщению и абстрагированию, отмечаются грубые нарушения в моторике, в особенности это касается тонких движений [5, с. 106–107]. Деменция является прогрессирующим заболеванием и в итоге приводит к полному маразму.

В отличие от деменции, олигофрения не является заболеванием прогрессирующим, т.е. слабоумие не нарастает, и, более того, своевременное лечение и коррекционные мероприятия могут приводить к улучшению состояния больного (за исключением самых тяжелых степеней).

Таким образом, люди с психическими заболеваниями относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. У них заметно выражены нарушения в мотивационно-волевой сфере, значительно снижены аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения, проявляются эмоциональная незрелость и коммуникативная неэффективность, и в связи с этим разрушаются социальные связи и отношения.

Имеющиеся нарушения в психической и соматоневрологической сферах у больных влияют на периодически меняющиеся их психические состояния, в том числе и в связи с сезонными изменениями, что в свою очередь ограничивает их способность к ориентации в окружающей среде, передвижению, самообслуживанию. При этом могут проявляться выраженные нарушения в сфере общения и контроля за своим поведением, присутствуют сложности в обучении и работоспособности. В заключение также следует отметить, что столь сложный контингент больных требует не только медицинского и санитарно-гигиенического ухода, но и постоянного психолого-педагогического сопровождения.

Список использованных источников

1. Реан, А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2006. – 479 с.
2. Ромм, М. В. Адаптация личности в социуме: теоретико-методологический аспект / М. В. Ромм. – Новосибирск: Наука, 2002. – 275 с.
3. Шпак, Л. Л. Социокультурная адаптация в обществе / Л. Л. Шпак. – Красноярск, 1991. – 232 с.
4. Бортникова, С. М. Нервные и психические болезни : учеб. пособие / С. М. Бортникова (Цыбалова), Т. В. Зубахина, С. Г. Беседовский. – 14-е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 478 с.
5. Фролова, Ю. Г. Медицинская психология : учеб. пособие / Ю. Г. Фролова. – 2-е изд., испр. – Минск: Выш. шк., 2011. – 383 с.

УДК [001(09)](476)

У. МАЛАХОЎСКИ І С. ЮРКОЎСКИ – ЗАСНАВАЛЬНІКІ СУЧАСНАЙ ФОТАТЭХНІКІ

Субоцін А.А., к.г.н.

*Віцебскі дзяржаўны тэхналагічны ўніверсітэт,
г. Віцебск, Рэспубліка Беларусь*

Рэферат. У артыкуле разглядаюцца пытанні гісторыі фотатэхнікі на прыкладзе жыцця і дзейнасці вядомых вынаходнікаў, ураджэнцаў Беларусі, У. Малахоўскага і С. Юркоўскага. Аўтарам робіцца выснова, што гэтыя дзеячы сваімі вынаходніцтвамі заклалі аснову працы сучаснай фотатэхнікі.

Ключавыя словы: гісторыя фотатэхнікі, Беларусь, вынаходніцтва, фотаапарат, фатаграфічны затвор.

Фотаграфанне даўно стала неад'емнай часткай жыцця сучаснага грамадства. Зараз амаль кожны чалавек можа імгненна зрабіць фотаздымак з дапамогай свайго мабільнага