

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ**  
**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ**  
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ**  
**Н.Г.ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра консультативной психологии

**Специфичность репрезентации образа «Я» больных ревматоидным  
полиартритом в зависимости от степени тяжести заболевания**

**АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ**

студентки 2 курса 266 группы

направления (специальности) 030300 «Психология»

факультет психологии

Губер Валентина Эдуардовна

Научный руководитель  
Доцент, кандидат псих. наук  
должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

Орлова М.М.  
инициалы, фамилия

Зав. кафедрой  
Доктор псих. наук  
должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

Белых Т.В.  
инициалы, фамилия

Саратов, 2016

## 1. Введение

Количество жителей России, имеющих болезни костно-мышечной системы неумолимо растет. Данный рост может быть связан с социальной и экономической нестабильностью, ростом безработицы, снижением уровня материального благосостояния, экологическими катастрофами, увеличением числа хронических, в том числе ревматоидных заболеваний в нашей стране. Одним из заболеваний данной группы является ревматоидный Артрит. Ревматоидный артрит (РА) — системное заболевание соединительной ткани, проявляющееся главным образом хроническим воспалением суставов. По данным некоторых источников от РА страдает каждый сотый житель Земли, представительницы женского пола болеют в пять раз чаще, чем мужчины. Заболевание характеризуется высокой степенью инвалидизации (70 %), а также частой смертностью, в случае, когда человек игнорирует симптомы болезни. Данное заболевание не поддается полному выздоровлению, поэтому лечение РА направлено на сокращение болей и скованности в суставах, тем самым облегчая состояние больного. Все эти факторы деструктивно влияют на личность человека, изменяя и трансформируя его мотивы, цели и жизненные планы.

В настоящее время становится очевидным, что РА существенно ухудшает качество жизни людей из-за постоянных болей, тем самым происходит нарушение функциональной активности, что не может не сказаться на психическом здоровье человека.

Хроническое течение РА значительно изменяет всю жизненную ситуацию. Поэтому в настоящее время становится актуальным психологическая помощь больным для профилактики их социальной дезадаптации. Такая помощь является неременной составляющей реабилитационного периода больного.

Болезнь является одной из самых травматических ситуаций в жизни человека. Хроническое заболевание ухудшает качество жизни больного как объективно, так и субъективно. Субъективная ситуация болезни во многом строится в связи с идентификацией себя с ролью больного, ключевым проявлением чего является понятие «Образ». Образ больного является продуктом самовосприятия человека. При помощи образа, создаются репрезентативные системы, которые составляют основу когнитивных процессов людей. Данное понятие исследовалось многими учеными на протяжении долгих лет, как зарубежными ( Ж.Пиже, Р.Л. Солсо, У.Найсер, Р. Шепард, А. Пэйвио и др.), так и отечественными ( Б.М. Величковский, П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев и др.) В ситуации болезни, нередко возникает кризис, связанный со сложившимися обстоятельствами, что может подвергнуть личность изменениям. Данные изменения могут проявляться в виде когнитивных искажений человека, что, в следствии, сказывается на психической и социальной адаптации больных, на всей системе их взаимоотношений.

В нашем исследовании была предпринята попытка определить различия репрезентативного образа «Я» больных, ревматоидным полиартритом, зависимости от двух ситуаций болезни (второй и третьей), вторая ситуация болезни характеризуется хроническим течением и возможностью ремиссии, т.е. облегчения состояния больного, ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения. В этом случае у человека сохраняется возможность реализовывать свои жизненные планы, потребности, значимые мотивы в рамках имеющихся возможностей, связанных с тяжестью течения болезни. В такой ситуации болезни человеку необходимо считаться с наличием у себя хронического заболевания и больше энергии тратить на адаптацию к нему. В свою очередь, третья ситуация болезни

(инвалидность), характеризуется выраженностью влияния болезни, невозможностью реализации прежде значимых мотивов, потребностей и т.д.

Гипотеза исследования: существуют различия репрезентативного образа «Я» больных ревматоидным полиартритом, в зависимости от степени и тяжести болезни, а также от степени когнитивных искажений личности больного.

Новизна исследования заключается в том, что впервые исследуются различия репрезентаций образа «Я» больных ревматоидным артритом в зависимости от степени тяжести заболевания.

Цель исследования : Выявить специфичность репрезентаций образа «Я» в зависимости от тяжести и степени инвалидизации ревматоидного артрита.

Задачи исследования:

1.1.1.1. Выявить специфичность репрезентаций образа «Я», характерную для больных, страдающих ревматоидным полиартритом(рецидив), во второй ситуации болезни.

1.1.1.2. Выявить специфичность репрезентаций образа «Я», характерную для больных, страдающих ревматоидным полиартритом, (рецидив), в третьей ситуации болезни(инвалидизация).

Объект исследования: особенности репрезентации образа «Я» у больных ревматоидным полиартритом и здоровых людей.

Предмет исследования: предметом исследования является специфичность репрезентаций образа «Я» больных ревматоидным полиартритом, в зависимости от тяжести болезни и степени инвалидизации.

## **2.Основные результаты, полученные в ходе исследования**

Всего в исследовании приняло участие 60 респондентов. Они были поделены на 3 группы:

- 1.Группа инвалидов, относящиеся к третьей ситуации болезни;
2. Группа хронических больных, относящиеся ко второй ситуации болезни;
- 3.Группа здоровых людей (контрольная группа)

В исследовании были использованы следующие методы обработки материала:

- 1.Т-критерий Стьюдента
- 2.Корреляционный анализ
- 3.Контент –анализ

## 2.1 Т-критерий Стьюдента

*Результаты в группе инвалидов и хронических больных по методике МИС*

*Таблица № 1*

МИС	откр	самоув	Саморук	Зерк.Я	Самоцен.	Самоприн.	Самоприв.	Конфлик.	Самообв
Сред.инвалид	6,3	5,55	6,25	5,15	6,65	6,4	4,65	4,8	5,
Сред.больные	6,65	6,4	6,75	6,6	7	6,55	6,3	3,95	4,7
Т-крит	0.9	2.1	0.9	3.2	0.7	0.3	2.8	1.9	1.1

Сравнение средних арифметических по показателю шкалы «Самоуверенность» (таб. №1). Хронические боль позиционируют себя как более волевых, более энергичных людей, способными справиться со многими трудностями. Считают, что их есть за что уважать. У инвалидов, данный показатель снижен, они менее склонны позиционировать себя, как людей уверенных в себе, в своих действиях. По сравнению с хроническими больными инвалиды больше недовольны собой и своими возможностями.

Показатель шкалы «Зеркальное Я» ( $T=3.2; p<0.1$ ) Это означает, что хронические больные, по сравнению с инвалидами, склонны считать, что они вполне интересны окружающим, в отличие от инвалидов, чьи представления о себе в глазах других занижены. По-видимому, это обуславливается, тем, что представление о себе в группе инвалидов формируется на основе общественной оценки.

Показатель шкалы «Самопривязность» ( $T=2.8; p<0.1$ ) ниже в группе инвалидов. Возможно, инвалиды чувствуют необходимость в переменах,

желание соответствовать идеальному представлению о себе, не удовлетворены собой.

КТО Я	СОЦ Я	КОМ Я	МАТ Я	ФИЗ Я	ДЕЯТ Я	РЕФ Я	Б/З
Сред.инв	27,25	10,2	1,8	8,05	18,15	33,6	7,1
Сред.больн	32,65	16,45	1	1,55	11,35	33,65	2,55
Т-крит	1	2.3	0.6	3.9	2.71	0	3.1

Показатель шкалы «Коммуникативное Я» ( $T=2.3;p<0.5$ )

Показатель шкалы «Физическое Я» ( $T=2.3;p<0.1$ )

Показатель шкалы «Деятельное Я» ( $T=2.71;p<0.5$ )

Показатель шкалы «Болезнь/Здоровье» ( $T=3.1;p<0.1$ )

Инвалиды в меньшей степени склонны к построению коммуникативных связей и позиционируют себя как деятельных людей. По-видимому, опора на прежние социальные роли является значимой. (Я бывший работник метро (+)). Показатель болезнь/здоровье также выше у инвалидов, что, по-видимому, связано с наличием статуса инвалида. Показатель шкалы «Физическое Я» выше в группе инвалидов. Это говорит о том, что инвалиды склонны описывать свои физические способности в негативном ключе.

*Группа инвалидов и здоровых людей*

<u>Мис</u>	<u>отк</u> <u>р</u>	<u>самоу</u> <u>в</u> <u>ер</u>	<u>самор</u> <u>у</u> <u>к</u>	<u>Зерк.</u> <u>Я</u>	<u>Самоце</u> <u>н.</u>	<u>Самопри</u> <u>н.</u>	<u>самопри</u> <u>в</u> <u>яз</u>	<u>Конфли</u> <u>к</u> <u>т.</u>	<u>Самооб</u> <u>в.</u>
<u>Сред.и</u> <u>нвали</u> <u>д</u>	6,3	5,55	6,25	5,15	6,65	6,4	4,65	4,8	5,4
<u>Сред.з</u> <u>доров</u> <u>ые</u>	6,38	6,23	5,8	5,42	7,85	7,2	5,57	4,4	3,9
<u>Т-крит</u>	<b>0.2</b>	<b>1.7</b>	<b>0.8</b>	<b>0.5</b>	<b>2.3</b>	<b>1.4</b>	<b>1.6</b>	<b>0.9</b>	<b>2.4</b>

Показатель шкалы «Самоценность» (  $T=2.3;p<0.5$ ) В группе инвалидов ценность собственного Я снижена, по сравнению с группой здоровых людей. По-видимому, это свидетельствует о том, что статус инвалида ухудшает представление о себе, заставляя сомневаться в уникальности своей личности.

Показатель шкалы «Самообвинение» ( $T=2.4;p<0.5$ ) Инвалиды в большей степени склонны замечать в себе исключительно недостатки. Таким образом, инвалиды склонны винить себя за любые неудачи.

<b>КТО Я</b>	СОЦ Я	КОМ Я	МАТ Я	ФИЗ Я	ДЕЯТ Я	РЕФ Я	Б/З
<b>Сред.инвалид</b>	27,25	10,2	1,8	8,05	18,15	33,6	7,1
<b>Сред.здоровые</b>	30	10	5	8	29	18	0,04
<b>Т-крит</b>	<b>0.6</b>	<b>0.1</b>	<b>2</b>	<b>0.1</b>	<b>2.7</b>	<b>3.3</b>	<b>6.5</b>

Показатель шкалы «Деятельное Я» ( $T=2.7;p<0.5$ )

Показатель шкалы «Рефлексивное Я» ( $T=3.3;p<0.1$ )

Показатель шкалы «Болезнь/Здоровье» ( $T=6.5;p<0.1$ )

Группа инвалидов по сравнению с группой здоровых людей в меньшей степени находят опору в деятельности, поскольку наличия статуса инвалида затрудняет совершение привычной ранее деятельности, при этом высокий уровень рефлексии выступает как опора для адаптации.

Инвалиды в большей степени идентифицируют себя с больными людьми.

искажение	ПРЕУВ	ЧТЕНИЕ ЧУЖ.МЫ С.	ПРИНЯТ. СВОЙ СЧЕТ	МАКС/ПЕР Ф	КОГНИТ.ТР ЕВ	ДОЛЖЕН СТ.	негат ив
Сред.инв ид	11,85	11,3	11,7	11,15	13,15	11	9,45
Сред.здор ов	9,5	9,5	9,95	10,2	10,95	10,85	9,8
Т-крит	<b>3.1</b>	<b>2.4</b>	1.7	1.1	<b>2.2</b>	0.1	0.5

Показатель шкалы «Преувеличение» ( $T=3.1; p<0.1$ ) инвалиды в большей степени склонны преувеличивать ситуации, тем самым усложняя ее.

Показатель шкалы «Чтение чужих мыслей» ( $T=2.4; p<0.5$ ) в группе инвалидов преобладает данный тип искажения. По-видимому, испытуемые в данной группе уверены, что могут знать о чем думает человек, предугадывать тактику его поведения, а также склонны полагать что и люди вокруг должны догадываться об их желаниях.

Показатель шкалы «Когнитивная тревожность» ( $T=2.2; p<0.5$ ). Данный показатель выше в группе инвалидов. Люди данной группы в большей степени склонны к заблуждениям, бессмысленным переживаниям. Необоснованные тревоги о здоровье, неудаче, благополучии и т.п. приводят к пустым хлопотам, снижающим потенциал, который можно было бы использовать для противостояния реально возникшим трудностям.

*Группа хронических больных и здоровых людей*

МИС	откр	само увер	самор ук	Зер к.Я	Самоц ен.	самопри нят	Самопр ив.	Конфли кт.	Самооб в.
Сред.больн ые	6,65	6,4	6,75	6,6	7	6,55	6,3	3,95	4,75
Сред. здоровые	6,38	6,2	5,8	5,4	7,8	7,19	5,5	4,38	3,85
Т-крит	0.6	0.4	1.8	2.4	1.6	1.2	1.7	1.1	1.5

Показатель шкалы «Зеркальное Я» ( $T=2.4; p<0.5$ ) выше в группе больных людей. Больные в большей степени склонны формировать отношение к себе, опираясь на мнение окружающих.

КТО Я	СОЦ Я	КОМ Я	МАТ Я	ФИЗ Я	ДЕЯТ Я	РЕФ Я	Б/З
Сред.больные	32,65	16,45	1	1,55	11,35	33,65	2,55
Сред. Здоровые	30	10	5	8	29	18	0,04
Т-крит	0.5	2.3	2.4	2.9	4.8	2.9	2.6

Показатель шкалы «Коммуникативное Я» ( $T=2.3; p<0.5$ )

Показатель шкалы «Материальное Я» ( $T=2.4; p<0.5$ )

Показатель шкалы «Физическое Я» ( $T=2.9; p<0.1$ )

Показатель шкалы «Деятельное Я» ( $T=4.8; p<0.1$ )

Показатель шкалы «Рефлексивное Я» ( $T=2.9; p<0.1$ )

Показатель шкалы «Болезнь/Здоровье» ( $T=2.6; p<0.5$ )

Группа больных людей в большей степени склонны к построению коммуникативных связей, по сравнению с группой здоровых людей. Возможно, это связано с адаптацией в условиях болезни. Здоровые в большей степени ценят материальные блага, группа больных людей видит в них меньшую опору. Физический показатель ниже у больных, что является закономерным в силу наличия диагноза. Показатели деятельного Я также снижены, что по-видимому, вновь говорит о не нахождении ресурсов в сфере деятельности. Показатель рефлексивности выше в группе больных людей, что может свидетельствовать о желании в проявлении эмоций. Больные в большей степени оценивают себя, как людей имеющих проблемы со здоровьем, что в силу наличия диагноза является закономерным.

## **2.2 Корреляционный анализ**

### Результаты корреляционного анализа в группе инвалидов:

#### *1. Методика МИС*

Шкала «Открытость» в группе инвалидов положительно коррелирует со шкалой «Физическое Я» (0,676) и со шкалой «Негативизм» (0,617)

По-видимому, отношение к себе у инвалидов формируется на основе определения своих физических показателей. Так, например, инвалиды склонны приписывать себе такие характеристики как: Я с Х-образной походкой(-), Я «криворучка»(-). Из представленных данных можно заметить, что инвалиды склонны негативно оценивать своё физическое состояние. В этом случае, проявление негативизма может являться следствием негативного отношения к себе.

Шкала «Саморуководство» положительно коррелирует со шкалой «Самопривязанность» (0,658). Отношение к себе и окружающим складывается на основе проверенных стратегий поведения.

Шкала «Зеркальное Я» положительно коррелирует со шкалой «Физическое Я» (0,487). Инвалиды склонны полагать, что отношение к ним со стороны общества формируется за счет оценки окружающими их физических качеств. По-видимому, физические способности являются значимым фактором для инвалидов при построении социальных контактов.

Показатель шкалы «Самоценность» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Конфликтность» (-0,539) Ценность собственной личности у инвалидов зависит от уровня внутренних конфликтов

## *2. Методика Куна «Кто Я»*

Показатель шкалы «Деятельное Я» положительно коррелирует со шкалой «Преувеличения» (0,465) и отрицательно со шкалой «Больная совесть» По-видимому инвалиды склонны преувеличивать свои способности относительно деятельности. Возможно, это выступает механизмом защиты в ситуации невозможности реализовывать прежде значимую деятельность. При этом такое личностное искажение, как больная совесть, перестаёт быть значимым.

Показатель шкалы «Коммуникативное Я» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Перфекционизм» (-0,471) Возможно, инвалиды при склонности к перфекционизму в меньшей степени нуждаются в коммуникативных связях. По-видимому, данный тип когнитивного искажения затрудняет построение социальных контактов.

Показатель шкалы «Рефлексивное Я» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Социальное Я» (-0,514) и «Негативизм» (-0,523) При высоком уровне рефлексии отношения себя к какой-либо социальной роли для инвалидов имеет малое значение, при этом проявление негативизма к окружающему снижается. Возможно, рефлексивность, как проявление активности для инвалидов, дает им возможность почувствовать себя более уверенными в себе.

### *3. Методика «Когнитивные искажения» А.Фриман. Р.Девульф*

Показатель шкалы «Самопринятие» положительно коррелирует со шкалой «Принятие на свой счет» (0,472); показатель шкалы «Самообвинение» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Принятие на свой счет» (-0,640); показатель шкалы «Когнитивная тревожность» положительно коррелирует с показателем шкалы «Принятие на свой счет» (0,674); показатель шкалы «Болезнь/Здоровье» положительно коррелирует с показателем шкалы «Принятие на свой счет» (0,606). Инвалиды склонны к принятию себя в случае, когда они являются жертвой, зачастую, надуманных ситуаций. По-видимому, это искажение является ресурсным для инвалидов для принятия себя таким, каким являешься, вне зависимости от недостатков и слабостей. В этом случае отрицание своего «Я» и неприятие себя снижается. Устойчивое чувство личной ответственности за происходящее при любой жизненной ситуации формирует излишнюю когнитивную тревожность инвалидов. Принятие статуса больного для инвалидов является закономерным.

Показатель шкалы «Перфекционизм» отрицательно коррелирует с «Коммуникативное Я» и положительно с «Ошибка преувеличения». Перфекционизм, как личностное когнитивное искажение затрудняет построение коммуникативных связей, при преувеличении, возможно, незначительных ситуаций становится актуальным при перфекционизме. Оба этих искажения являются личностными когнитивными искажениями.

*1.Методика МИС*

Показатель шкалы «Открытость» положительно коррелирует со шкалой «Самоуверенность» (0,564); «Самоценность» (0,644); «Самопривязанность» (0,498) и отрицательно со шкалой «Конфликтность» (-0,652)

Самоотношение больных формируется на основе ценности себя, как личности, неизменности в своих взглядах, при этом внутриличностные конфликты способны негативно влиять на самоотношение, способны пошатнуть уверенность в себе.

Показатель шкалы «Зеркальное Я» положительно коррелирует с показателем шкалы «Ошибка преувеличения» (0,542) По-видимому, больные склонны преувеличивать отношение к себе со стороны окружающих.

Показатель шкалы «Смопривязанность» положительно коррелирует со шкалой «открытость» (0,498); «самоценность» (0,513); и «Деятельное Я» (0,497) неизменность своим жизненным принципам оказывает влияние на ценность собственного Я больных РА, по видимому, боязнь перемен может восприниматься как ситуация нестабильности, неизвестности. Больные склонны к неизменности собственного Я, на этом основывается ценность личности. Также, больные склонны не изменять своим привычкам и своему выбору в контексте деятельности.

Показатель шкалы «Конфликтность» отрицательно коррелирует со шкалой « Открытость» (-0,652) и со шкалой « Больная совесть» (-0,458) Внутриличностные конфликты негативно сказываются на самоотношении больных. При этом, чувство долженствования подавляет состояние внутренней несогласованности. По-видимому,

больные склонны к данному типу искажения, т.к. оно выступает защитой от внутриличностных конфликтов.

Показатель шкалы «Самообвинение» положительно коррелирует со шкалой «Материальное Я» (0,606) По-видимому, больные склонны испытывать чувство вины за возможность иметь материальные блага

## *2. Методика Куна «Кто Я»*

Показатель шкалы «Социальное Я» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Рефлексивное Я» (- 0,500) и положительно со шкалой «Негативизм» (0,505) Отношение себя к какой-либо социальной роли является ограничением в проявлении своих эмоций, при этом, идентификация себя в социальном контексте складывается на основе негативных предубеждений ( Я непутёвая дочь(-).

Показатель шкалы «Болезнь/Здоровье» положительно коррелирует с показателем шкалы «Принятие на свой счет» (0,663) больные склонны принимать болезнь, при этом преувеличивая трагичность всей ситуации.

### Результаты корреляции в группе здоровых людей:

#### *1.МИС Пантелеева*

Показатель шкалы «Открытость» положительно коррелирует со шкалами «Самоуверенность» (0,576); «Зеркальное Я» (0,790); «Самопривязанность» (0,456); Самоуважение (0,801) и отрицательно со шкалами «Конфликтность»(-0, 681); Самообвинение (-0, 475)

Самоотношение в группе здоровых людей формируется на основе принятия себя, ценности своей личности, в следствии чего нежелание перемен является закономерным. При этом внутриличностные

конфликты и самообвинение могут негативно сказываться на самоотношении.

Показатель шкалы « Самоуверенность» положительно коррелирует со шкалой « Самоценность» (0,686) «Материальное Я» (0,458)

Уверенность в себе в группе здоровых формируется за счет ценности собственного Я, а также материального благосостояния

Показатель шкалы «Зеркальное я» положительно коррелирует со шкалами «Самоценность»(0,790), «Открытость»(0,686) «Самоуверенность»(0,498), «Самоуважение»(0,450) и отрицательно «Внутренняя конфликтность»(-0,722) , «Самообвинение» (-0,628)

данная группа склонна полагать, что общество воспринимает их достаточно позитивно. Это зависит от их самоотношение. Уверенность в этом может пошатнуть внутриличностные конфликты, также самообвинение.

Показатель шкалы «Самопринятие» отрицательно коррелирует со шкалой «Самообвинение» (-0,438)

Самообвинение в каких-либо неудачах отрицательно влияет на самоотношение здоровых людей, способно пошатнуть уверенность в себе.

## 2. Кун «Кто Я?»

Показатель шкалы «Материальное Я» положительно коррелирует со шкалой «Самопривязность» (0,484)

Стабильность в группе здоровых людей определяется материальным благосостоянием

### *3. Когнитивные искажения А.Фриман Р.Девульф*

Показатель шкалы «Когнитивная тревожность» отрицательно коррелирует с показателем шкалы «Деятельное Я» (-0,540) Для данной группы людей когнитивная тревожность, как вид когнитивного искажения, является помехой в рамках профессиональной деятельности.

Показатель шкалы «Ошибка чтения чужих мыслей» отрицательно коррелирует со шкалой «Коммуникативное Я» (-0,514) и положительно со шкалой «Рефлексивное Я» Представление о способности читать мысли других людей, в группе здоровых, свойственна при построении коммуникативных связей. Данный тип когнитивного искажения является социальным, поэтому ошибка чтения чужих мыслей, является закономерным когнитивным искажением в рамках построения социальных контактов. Чувство предугадывания мыслей собеседника, может, по-видимому, затруднять построение отношений в контексте социального взаимодействия. При этом проявление рефлексии, наоборот, способствует возникновению искажению подобного типа. По-видимому, данный тип искажения может быть связан с проявлением активности людей в рамках социальных отношений.

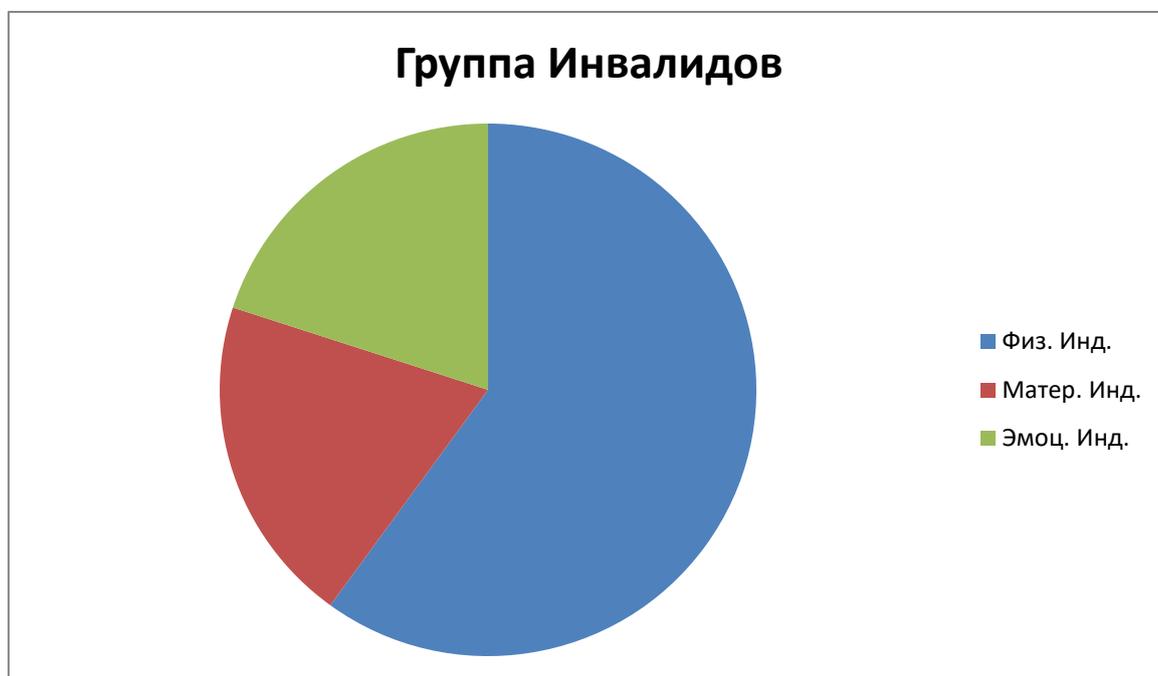
### **2.3 Контент –анализ**

Контент-анализ проводился на основе результатов теста К.Г. Юнга «16 ассоциаций» Всем трём группам было предложено создать группу ассоциаций на предъявленное слово «болезнь» , после чего, в конце теста должна была получиться только лишь одна ассоциация, заключающаяся в одном слове либо в словосочетании .

Из полученных нами данных, мы выделили следующие индикаторы для классификации понятий:

- *Физический индикатор*: Включает физические показатели человека.
- *Материальный индикатор*: Включает составляющие предметного мира, вещи и т.п.
- *Эмоциональный индикатор*: Включает абстрактные понятия, рефлексию.
- *Социальный индикатор*: Включает такие понятия как семья, общество и т.п.

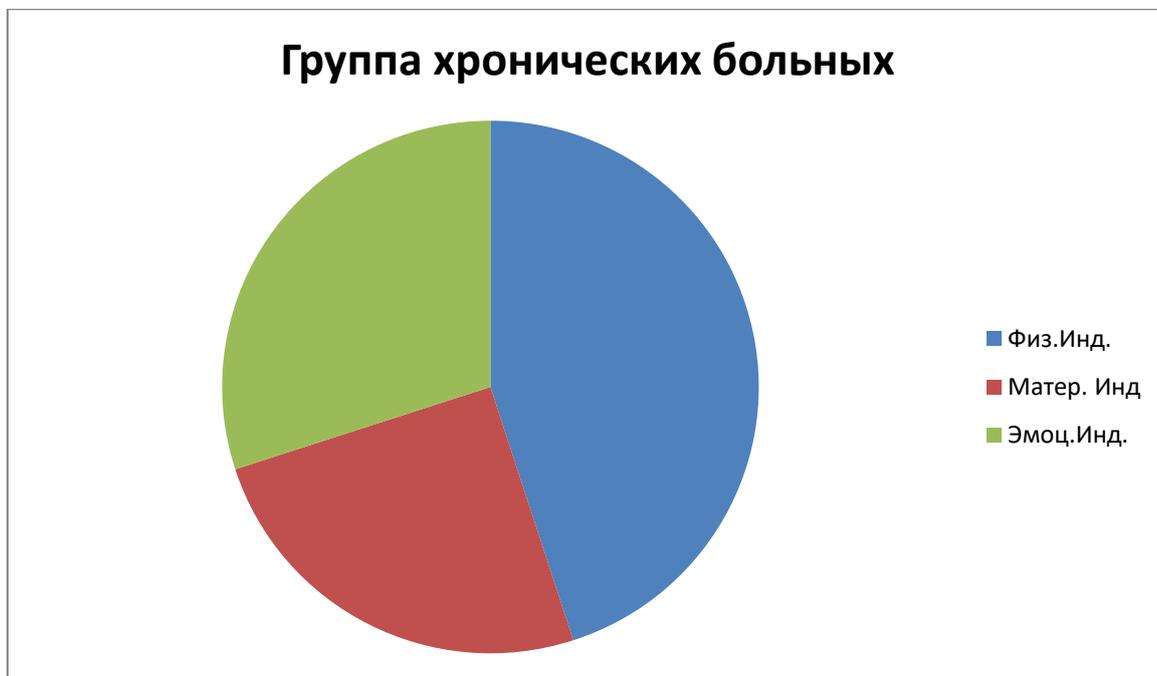
Исходя из трёх индикаторов, мы получили следующие результаты:



Таким образом, в группе инвалидов, преобладает физический показатель. Испытуемые данной группы в большей степени давали физические ассоциации на слово болезнь, например: человеческая кисть, плечо, зуб и т.п. По нашему мнению, это связано с актуальным состоянием, нахождения в больнице, на лечении, а также со спецификой заболевания. Поэтому, ситуация рецидива может такти образом трансформировать репрезентационную систему инвалидов.

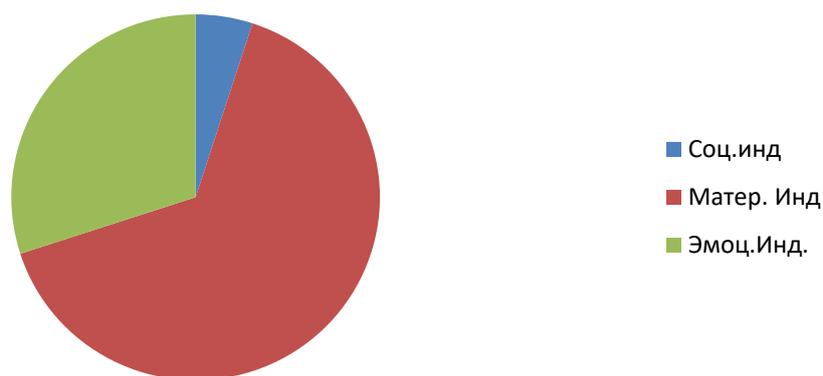
На втором месте в данной группе эмоциональные составляющие понятия «болезнь», такие как боль, неприязнь.

На третьем месте материальные составляющие, сюда были включены понятия: лекарства, дорога, вода и т.д.



В группе хронических больных также преобладает показатель физического индикатора, по-видимому, это может быть связано со спецификой заболевания, а также актуальным состоянием рецидива. Затем, как и в группе инвалидов показатель эмоционального индикатора в группе физических больных стоит на втором месте и только лишь потом показатель материального индикатора.

## Группа здоровых людей



В группе здоровых людей преобладает показатель материального индикатора, затем показатель эмоционального индикатора, и затем показатель социальный индикатора.

Ввод: таким образом, в группах больных людей показатель физического индикатора является первостепенным. Мы предположили, что это связано со спецификой данного заболевания, а также с ситуацией рецидива.

### **3. Заключение**

На основе полученных нами данных, наша гипотеза о том, что существуют различия реперезентативного образ «Я» больных ревматоидным полиартритом, в зависимости от степени и тяжести болезни, а также от степени когнитивных искажений личности больного подтвердилась. На основе этого мы делаем следующие выводы:

1. В группе инвалидов характерной особенностью явилось наличие перфекционизма, как когнитивного искажение, которое затрудняет построение коммуникативных связей, при этом является неотъемлемым компонентом личности инвалидов. Инвалиды склонны относительно цинично оценивать свои физические способности и качества, вследствие чего проявление негативизма, как формы когнитивного искажения является закономерным. Образ «Я» у инвалидов формируется на основе негативного самоотношения, низкой ценности собственной личности, устойчивых предубеждений, ригидности Я-концепции. Ощущение себя жертвой, за частую надуманных ситуаций, является ресурсным когнитивным

искажением, при котором отношение к себе меняется в лучшую сторону. По-видимому, ощущение жертвы дает возможность инвалидам почувствовать себя более значимым. В целом, данная группа склонна идентифицировать себя с больными людьми, ассоциируя при этом понятие «болезнь» с частью тела. Что, по-видимому, является значимым, в контексте специфики данного заболевания. Данная группа по сравнению с другими, имеет наибольшую склонность к когнитивным искажениям, что, по нашему мнению, влияет на репрезентацию образа Я инвалидов, и как следствие, самоотношение.

2. В отличие от группы инвалидов, в группе больных, самоотношение носит более позитивный характер. Отношение к себе основывается на ценности своей личности, при этом, как в группе инвалидов, существует представление о неизменности жизненных стратегий, самопривязанность.. Данная группа склонна идентифицировать себя с больными людьми, при этом преувеличивая трагичность всей ситуации. Когнитивных искажений в данной группе свидетельствует о стереотипности мышления, шаблонности. Больные склонны к тревожным состояниям, сверхсовестливости, самообвинению за проявленные желания и эмоции.

3. В группе здоровых людей самоотношение носит позитивный характер. Отношение к себе основывается на ценности своей личности, уверенности в себе, принятия себя. Позитивная оценка своего Я. Данная группа склонна видеть опору в материальных благах. В группе здоровых людей присутствует только лишь один тип когнитивного искажения, что говорит о динамичности личности, ее пластичности, открытости.

Актуальность темы специфики образа я больных полиартритом в зависимости от степени тяжести заболевания, а также когнитивных искажений определяется высокой распространенностью среди жителей нашей страны. Данная работа может представлять интерес, как и в области психологии здоровья, так и в области социальной и общей психологии.

