

На рисунке 3 видно снижение после тренировочной нагрузки мощности всех составляющих спектра, выраженных в мс^2 .

Небольшие значения полного спектра частот (TP) и дыхательных HF-волн, свидетельствуют о снижении роли автономной регуляции сердечного ритма. Малая суммарная мощность спектров HF и LF, небольшая разница между ними, относительно высокие показатели VLF, дают возможность сделать предположение о значительной роли центрального контура в регуляции сердечного ритма у этих спортсменов.

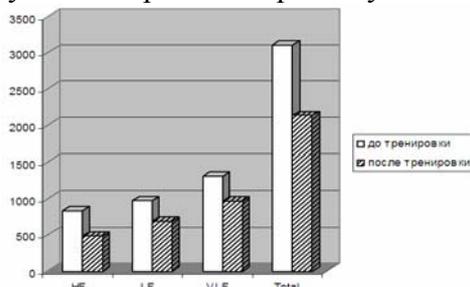


Рисунок 3 — Изменения показателей спектрального анализа спортсменов, занимающихся спортивной гимнастикой до и после тренировочного занятия

Анализируя данные исследований после тренировочного занятия, можно сделать вывод, что особенности состояния вегетативной нервной системы гимнасток при проведении тренировок, заключаются в увеличении относительной мощности LF и коэффициента соотношения мощности LF/HF, а также в снижении доли дыхательной компоненты спектра (HF), характеризующей активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Под влиянием тренировочного занятия произошло значительное снижение показателей всех групп спектра: общей мощности колебаний сердечного ритма (TP), мощности колебаний в области LF и HF частот. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в области HF колебаний.

Выводы:

1. Полученные данные свидетельствуют о перенапряжении симпатического отдела вегетативной нервной системы и значительной роли центрального контура в регуляции сердечного ритма у спортивных гимнасток.

2. Изменение параметров variability сердечного ритма под влиянием тренировочного занятия по художественной гимнастике характеризуется дальнейшим ростом симпатических влияний на сердце и возрастанием степени напряжения регуляторных систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. — СПб: Динамика, 2002. — 28 с.
2. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение // Тез. докл. IV всерос. симп.; отв. ред. Н. И. Шлык, Р. М. Баевский. — Ижевск: УдГУ, 2008. — 344 с.
3. Баевский, Р. М. Научно-теоретические основы использования анализа variability сердечного ритма для оценки степени напряжения регуляторных систем организма // Компьютерная электрокардиография на рубеже XX–XXI столетий: междунар. симпоз. — М., 1999. — С. 45–47.

УДК 616.8-072.87-057.875

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА

Задорожнюк С. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Беларусь

Введение

Г. Айзенк в своих работах неоднократно указывал на то, что его исследования вызваны к жизни несовершенством психиатрических диагнозов. По его мнению, традици-

онная классификация психических заболеваний должна быть заменена системой измерений, в которой представлены важнейшие характеристики личности. При этом психические расстройства являются как бы продолжением индивидуальных различий, наблюдаемых у нормальных людей. Изучение работ К. Юнга, Р. Вудвортса, И. П. Павлова, Э. Кречмера и других известных психологов, психиатров и физиологов позволило предположить существование 3-х базисных измерений личности: нейротизма, экстраинтроверсии и психотизма [1].

Цель исследования

Изучить результаты диагностики личности студентов по шкале «нейротизм» за несколько лет.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 3340 студентов-первокурсников Гомельского медицинского университета в возрасте 16–27 лет. Диагностика проводилась по методике Г. Айзенка «Личностный опросник» (ЕРО, 1963) [2].

Результаты и обсуждение

На рисунке 1 отражено количество (процент) студентов с высокими показателями по шкале нейротизма. Диагностика проводилась с 1998 по 2011 гг.

Нейротизм характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость (эмоциональную стабильность или нестабильность). Эмоциональная устойчивость (низкие показатели по шкале нейротизма) — черта, характеризующая сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях. Эмоциональная устойчивость характеризуется зрелостью, отличной адаптацией, отсутствием большой напряженности, беспокойства, а также склонностью к лидерству, общительности.

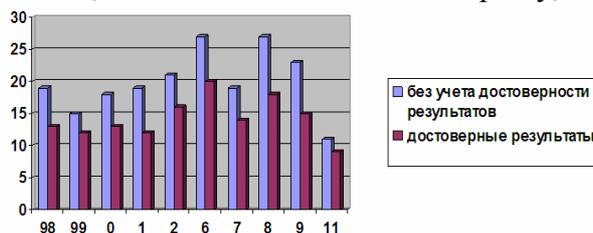


Рисунок 1 — Количество студентов-первокурсников с высокими показателями по шкале нейротизма

Нейротизм (высокие показатели по шкале) выражается в чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности), чувстве виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях. Нейротизму соответствует импульсивность, неровность в контактах с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, склонность к раздражительности. «Нейротическая личность» характеризуется неадекватно сильными реакциями по отношению к вызывающим их стимулам. У лиц с высокими показателями по шкале нейротизма в неблагоприятных ситуациях, например стрессовых, может развиваться невроз [3]. Как видно на рисунке 1, число лиц данной категории колеблется в пределах 9–20 % от числа опрошенных студентов.

На рисунке 1, в том числе, показаны результаты без учета шкалы лжи. Как известно, многие авторы используют ее для контроля искренности респондентов и отсеивания социально желательных ответов в опросах. В отечественной социологии и психологии, в целях улучшения качества опросных данных исследователи чаще всего применяют шкалы лжи из тестов Айзенка, опросника Тейлор, а также из ММРІ. В работах многих психологов они оцениваются как высоко эффективное, хорошо разработанное психодиагностическое средство контроля искренности ответов опрашиваемых, позволяющее «автоматически отсеивать недостоверные протоколы» [4].

Представляет интерес количество респондентов, которые отвечают не так, как есть на самом деле. Другими словами, неискренне. Вследствие т.н. ситуативной лжи — результата использования защитных поведенческих стратегий (социальной желательности, конформизма, негативизма, регрессии поведения и др.). На рисунке 2 количество таких студентов измеряется в пределах 25–46 % от числа опрошенных.

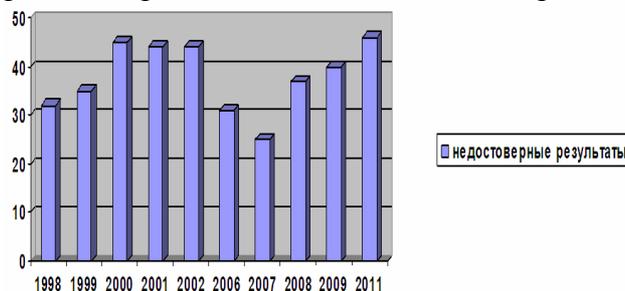


Рисунок 2 — Количество недостоверных результатов

Заключение

Число лиц с высокими показателями по шкале нейротизма колеблется в пределах от 9 до 20 % от числа опрошенных студентов. Комплекс мероприятий, направленных на содействие в разрешении психологических проблем, на развитие личности студентов, ее самосовершенствование и самореализацию, преодоление последствий кризисных ситуаций, обучение способам саморегуляции, содействие в сохранении и укреплении состояния душевного равновесия будет способствовать их успешной социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — Киев: Наукова Думка, 1989. — 528 с.
2. Елисеев, О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личности / О. П. Елисеев. — Псков, 1994. — 280 с.
3. Ситников, В. Л. Психодиагностические методы в практике клинических психологов: учеб. пособие / В. Л. Ситников. — СПб, 2005 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://byb.su/node/1>. — Дата доступа: 09.01.2012.
4. Мягков, А. Ю. Шкала лжи из опросника ММРП: опыт экспериментальной валидации / А. Ю. Мягков // Социол. исслед. — 2002. — № 7. — С. 117–130.

616.858-008.6-071-039.57

ПАРКИНСОНИЗМ НА АМБУЛАТОРНОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Зайцева Е. Ю., Цуканов А. Н.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Паркинсонизм (П) — синдром, характеризующийся любым сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором (преимущественно покоя) и поструральной неустойчивостью. Паркинсонизм является часто встречаемым неврологическим синдромом, особенно у лиц пожилого возраста. Паркинсонизм среди лиц старше 65 лет составляет 200 пациентов на 100 тыс. населения [2]. Паркинсонизм характеризуется неуклонным прогрессирующим течением, неизбежно приводит к инвалидизации и значительным социально-экономическим потерям. В последние годы среди пациентов увеличивается число лиц трудоспособного возраста. Все это определяет большую медико-социальную значимость проблемы и необходимость дальнейшей разработки методов ранней диагностики, фармакотерапии и реабилитации.

Принято выделять болезнь Паркинсона (БП) (идиопатический или первичный паркинсонизм); симптоматический паркинсонизм (вторичный — токсический, нейролептический, сосудистый, посттравматический, постинфекционный, неопластический);