

**КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ВПО КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**



**ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

**V ЮБИЛЕЙНАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**



19-20 НОЯБРЯ 2015 Г.

КУРСК

УДК: 613 (06)
ББК: 88.7 я 43
П86

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы V Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск: КГМУ, 2015. – 306с.

Редакционная коллегия

Ответственный редактор - Никишина Вера Борисовна – член-корреспондент Международной академии психологических наук, д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Члены редакционного совета:

1. **Лазаренко Виктор Анатольевич** – академик РАЕН, д.м.н., профессор, ректор Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПО Курского государственного медицинского университета.
2. **Калуцкий Павел Вячеславович** – д.м.н., профессор, проректор по образовательной деятельности и общим вопросам Курского государственного медицинского университета
3. **Ткаченко Павел Владимирович** – д.м.н., доцент, проректор по научной работе и инновациям, заведующий кафедрой нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета
4. **Запесоцкая Ирина Владимировна** – д.пс.н., профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
5. **Молчанова Людмила Николаевна** – д.пс.н., профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
6. **Недуреева Татьяна Валерьевна** – к.пс.н., доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
7. **Кузнецова Алеся Анатольевна** – ст. преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного

© Коллектив авторов, КГМУ, 2015

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2015

СОДЕРЖАНИЕ	
ЧАСТЬ I	
<i>Афонасова Е.А.</i> Коррекция недостатков эмоциональной саморегуляции подростков с девиантным поведением как условие сохранения их психического здоровья	10
<i>Базарова С.В.</i> Психологическая помощь детям, имеющим синдром дефицита внимания с гиперактивностью	12
<i>Березовская Р.А., Туева Е.И.</i> Профессиональное благополучие личности: анализ структуры социальных представлений и разработка методики оценки	14
<i>Блюм А.И.</i> Психологические особенности переживания беременности женщинами, имеющими в прошлом травматический опыт аборта	19
<i>Богомазова Е.В., Воронец О.А., Сироткина Е.А.</i> Мероприятия психологической реабилитации беременных женщин с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы	22
<i>Василенко Т.Д., Воробьева М.Е.</i> Особенности жизненного пути женщин после рождения	27
<i>Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н.</i> Переживание телесного опыта беременности у женщин с опытом незавершенной беременности (выкидыша)	31
<i>Василенко Т.Д., Селин А.В., Воробьева М.Е.</i> Структура социальной идентичности женщин, ожидающих первого ребенка, в социальной ситуации беременности (III триместр)	35
<i>Винокурова М.В., Евдокимова Е.М.</i> К вопросу о психопрофилактике тревожных расстройств в детском возрасте	40
<i>Волочков А.А.</i> Активность как субъектный ресурс психологического здоровья	45
<i>Гагарина М.А.</i> Особенности эмоционально-личностной сферы человека в аспекте посттравматического стрессового расстройства	51
<i>Гуреева И.Л., Исаева Е.Р.</i> Отношение к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями	56
<i>Деревянко Ю.П.</i>	

Образ времени студентов в стрессовой ситуации как детерминанта эффективного жизнестроительства	60
<i>Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е. Н.</i> Психологический аспект больных с ИБС: проблемы и перспективы	64
<i>Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е. Н.</i> Влияние окружения на развитие личности и успеваемости в процессе обучения	65
<i>Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е. Н., Тертерян Л.И.</i> Психологическое состояние больных с ХОБЛ и БА	67
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П.</i> Депрессии в общесоматической практике	69
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Горетая М.О.</i> Синдром хронической усталости: современные представления об этиологии	72
<i>Дрёмова Н.Б., Ярошенко Н.П., Афанасьева Н.И., Соломка С.В.</i> Исследование гендерных особенностей потребительского отношения к лекарственным средствам	75
<i>Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А.</i> Клинико-психопатологические особенности депрессивных и невротических расстройств, сопровождающихся высоким суицидальным риском	80
<i>Зеленская М.В.</i> Психолого-педагогический контекст формирования социального образа времени у подростков	83
<i>Земзюлина И.Н.</i> Опыт незавершенной беременности (выкидыш) как фактор переживания социального опыта первой настоящей беременности	87
<i>Зуев И.А.</i> Жизнестойкость старшеклассников с различными стратегиями поведения в конфликте	92
<i>Идобаева О.А.</i> Ресурсы психологии здоровья в современном образовании	96

<i>Ковалева О.Л.</i> Полоролевые поведенческие стереотипы девушек с различным типом криминальных деяний	100
<i>Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Мансимова О.В., Прокофьева Ю.В.</i> Психологические аспекты влияния окружающих на процесс обучения на кафедре пропедевтики внутренних болезней КГМУ	105
<i>Кузнецова А.А.</i> Рефлексивно-смысловая регуляция как механизм преодоления состояния выгорания у преподавателей высшей школы	109
<i>Кульсеева Т.Г.</i> Здоровье и болезнь: теоретико-методологический аспект	113
<i>Ласков В.Б., Ласкова И.В., Третьякова Е.Е., Логачева Е.А.</i> Социально-психологические и поведенческие факторы риска развития заболеваний у студентов медицинского вуза в аспекте прогноза качества и ожидаемой продолжительности жизни	117
<i>Лосенок С.А., Коломоец И.И., Кобзарева Е.В., Котельникова Л.В.</i> Особенности поведенческих реакций человека в чрезвычайных ситуациях	121
<i>Малашенко О.И., Ласков В.Б., Погосов А.В.</i> Коморбидность синдромов вегетативной дисфункции и астении у военнослужащих с посттравматическими стрессовыми расстройствами	126
<i>Мальцева В.В.</i> Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ, имеющих задержку психического развития: практический аспект	130
<i>Молчанова Л.Н.</i> Смысловая регуляция жизнестойкости у представителей экстремальных профессий	133
<i>Олейникова Т.А., Сиделёва И.В., Дрёмова Н.Б.</i> Изучение профессионально важных качеств современного провизора	139
<i>Погодин И.А.</i> Полевой статус душевного заболевания. Безумие как концепция	144
<i>Погодин И.А.</i> Безумие как «мусорная корзина» современной культуры	148
<i>Погодин И.А.</i> Полевые механизмы, лежащие в основе этиологии «сумасшествия»	151

<i>Поспелова Т.Г.</i> Копинг-поведение молодежи в условиях кризисов	156
<i>Пчелкина Е.П.</i> Отношение к зависимости студентов-психологов	160
<i>Разенкова В.И.</i> Тревожность у детей (причины, профилактика, коррекция)	165
<i>Разуваева Т.Н., Муравьева О.В.</i> Внутренняя картина болезни и приверженность лечению пациентов с инфарктом головного мозга	169
<i>Селин А.В.</i> Личностные характеристики женщин с нарушением протекания беременности	172
<i>Селин А.В.</i> Особенности супружеских отношений в семье, имеющей ребенка с соматическим заболеванием	174
<i>Селин А.В., Смирнов Н.В.</i> Смысловые образования личности в структуре идентичности женщин с нарушением репродуктивной функции	177
<i>Сильченко И.В.</i> Факторы риска психосоматических заболеваний и их предупреждение	181
<i>Соболев В.А., Ярославская М.А.</i> Личностные особенности и психосоциальная адаптация к заболеванию больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства	186
<i>Станибула С.А.</i> Взаимосвязь копинг-поведения с когнитивной сферой личности	191
<i>Туровская Н.Г.</i> Картина нарушения психических функций у детей с патологией биоэлектрической активности головного мозга	196
<i>Узлов Н.Д., Шибанова М.Ю.</i> Удовлетворенность качеством жизни и отношение к здоровью среднего медицинского персонала муниципальных и ведомственных учреждений здравоохранения	204
<i>Шестопалова Л.Ф.</i> Структурно-функциональная модель комплайенса пациентов	208

<i>Широбокова Л.Г., Полякова Р.Ю.</i> Психолого-педагогический потенциал исполнительской деятельности в развитии перцептивной сферы у детей с нарушением зрения	213
<i>Шумаков А.Ю.</i> Инновационные педагогические технологии в формировании представлений о здоровье у студентов медицинского вуза	217
<i>Щербатых Ю.В.</i> Психология здоровья и долголетия	222
ЧАСТЬ II	
<i>Берёзкин Д.В.</i> Особенности нарушений познавательных процессов у детей с пограничными расстройствами резидуально-органического генеза	220
<i>Благочева И.Д.</i> Взаимосвязь параметров социального капитала и мотивации поведения в отношении здоровья студентов	225
<i>Гарбузняк А.А., Флоря А.С.</i> Некоторые психологические аспекты при оказании помощи больным инфекционного стационара	230
<i>Господарева Н. В.</i> Сочетание тревожности и депрессии у выпускников университета	233
<i>Запорожченко Д.С.</i> Нарушение коммуникативной функции речи в аспекте расстройства абстрактно-смыслового компонента мышления больных шизофренией	237
<i>Истомина Е.</i> Особенности коммуникативной сферы подростков с интеллектуальными нарушениями, воспитывающихся в школе-интернате	242
<i>Миняхина К.А.</i> Особенности проявления психических процессов пациента с коморбидным вариантом алкогольной зависимости и шизофренического расстройства	245
<i>Павлова Л.Е., Недуруева Т.В.</i> Психологическое сопровождение оказания медицинской помощи в педиатрии	248
<i>Перегуда С.Н., Эрденов Д.В.</i> Анализ клинического случая пациента с химической «микст» зависимостью	250
<i>Редькин А.И.</i>	

Особенности установочных механизмов регуляции жизнестойкости спасателей МЧС	255
<i>Савицкий А.В., Разуваева Т.Н.</i> К вопросу об интернет-аддикции в контексте взаимодействия человека с интерактивными медиапродуктами	260
<i>Савостина Е.А.</i> Особенности социально-психологической адаптации у студентов медиков первого курса	267
<i>Самосват О.И.</i> Субъективное представление подростков о результатах коммуникативной активности в социальных сетях	271
<i>Сапего Е.И.</i> Психологические факторы успешной социализации педагогов в профилактике профессиональных деформаций их личности	276
<i>Сергеева М.В.</i> Деформация смысловой сферы личности при состоянии наркотической зависимости	281
<i>Ситникова А.В.</i> Особенности внутрисемейных отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха	284
<i>Цацуа Е.П., Афонина Н.Д.</i> Этические принципы взаимоотношений субъектов фармации	289
<i>Шайдевич Е.В.</i> Оценка психо-эмоционального статуса у беременных с угрожающими преждевременными родами	294
<i>Шустова А.В., Калужских Т.Е.</i> Клинический разбор пациента с алкогольной зависимостью, обусловленной наследственной отягощенностью	297
<i>Шутеева Т.В.</i> Способы медикаментозной коррекции невротических и психовегетативных расстройств при острых нарушениях мозгового кровообращения	301
<i>Шутеева Т.В.</i> Применение антидепрессантов в комплексной терапии Болезни Паркинсона	304
<i>Юркова М.Д.</i> Взаимосвязь совладающего поведения и социальной поддержки при злокачественной опухоли молочной железы	307

ЧАСТЬ I

КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТКОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Афонасова Е.А.

Курский государственный университет,
МКОУ «Центр диагностики и консультирования «Гармония»,
г. Курск, Россия

Проблема роста подростков с девиантным поведением в последние годы достигла пика своей актуальности. Проблемы подростков всегда приковывали внимание педагогов и психологов, а изменения, происходящие в современной реальности, являются почвой для появления новых проблемных ситуаций. Расширились возможности удовлетворения материальных потребностей за счет повышения уровня материального благосостояния, но усложнился процесс формирования разумных желаний и стремлений.

Подростковый возраст является важнейшим для формирования качеств личности, ее направленности, особенностей эмоциональной и волевой сферы. В подростковом возрасте человек является наиболее уязвимым для огромного количества различных проблем в силу психофизиологических и социальных причин [1]. Следствием невозможности разрешения этих проблем является возникновение различных проявлений девиантного поведения, таких как алкоголизация, вандализм, бродяжничество, побеги из дома и др.

Подросток должен обладать высоким уровнем эмоциональной саморегуляции, чтобы не стать заложником социального окружения. Здесь мы можем увидеть противоречие: общество требует от ребенка способности регулировать себя и свое эмоциональное состояние, но, как нам известно, подростковый возраст отличается неустойчивостью в эмоциональной сфере [2]. Результатом этого противоречия являются многочисленные конфликты и проблемы, с которыми подросток не в силах справиться, что в свою очередь, так же может привести к проявлениям девиантного поведения.

К последствиям девиантного поведения можно отнести примитивность духовных потребностей, бедность мотивов, высокую агрессивность, приобщение к криминальной среде, которые увеличивают возможность нарушений психического здоровья подростка [3]. Психическое здоровье — согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Одним из условий сохранения психического здоровья является

достаточно развитая и богатая эмоциональная сфера, которая может позволить ребенку принимать решения и включаться в те нормы и правила, которые предъявляет ему общество.

Целью настоящего исследования выступает изучение недостатков эмоциональной саморегуляции и необходимости её коррекции у подростков с девиантным поведением. Мы предполагаем, что коррекция эмоциональной саморегуляции является важным условием сохранения психического здоровья у подростков с девиантным поведением.

Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2013 – 2014 годах на базе профильной смены летнего социально – педагогического лагеря «Спасатель», организацией которой занимается МКОУ «Центр диагностики и консультирования «Гармония» г. Курска. Основной его контингент составляют подростки с девиантным поведением, не имеющие возможности проявить себя в социально-приемлемых формах и находящиеся в условиях семейного неблагополучия. В исследовании приняли участие 59 подростков 12-15 лет.

Среди 46% испытуемых, для которых свойственен высокий уровень склонности к девиантному поведению:

- 89% испытуемых имеют низкий уровень саморегуляции;
- 81 % характеризуется низким уровнем самообладания;
- 70% испытуемых имеют низкий уровень внутреннего контроля;
- 63% отличаются высоким уровнем внешнего контроля;
- для 33% характерна склонность к аффективному поведению, как черте характера, 53% испытуемых имеют тенденцию к аффективному поведению, у 15% испытуемых аффективное поведение не выявлено;
- 22% испытуемых отличаются высоким уровнем эмоционального интеллекта, для 41% испытуемых характерен средний уровень эмоционального интеллекта, у 37% низкий уровень эмоционального интеллекта.

По результатам нашего исследования мы пришли к выводу, что у подростков с девиантным поведением эмоциональная саморегуляция имеет низкий уровень, что подтверждают результаты исследования (89% испытуемых имеют низкий уровень саморегуляции; 81% характеризуется низким уровнем самообладания; 70% испытуемых имеют низкий уровень внутреннего контроля; 63% отличаются высоким уровнем внешнего контроля;).

Таким образом, коррекция эмоциональной саморегуляции подростков с девиантным поведением является условием сохранения их психического здоровья. Мы полагаем, что необходимо разработать психолого-педагогические рекомендации по коррекции недостатков эмоциональной саморегуляции подростков с девиантным поведением.

Литература:

1. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – Учебник для высших учебных заведений. — М.: Аспект Пресс, 2001. – 295 с.

2. Клейберг, Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов / Ю.А. Клейберг. – Москва: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. – 160 с.

3. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – Санкт-Петербург: «Речь», 2005. – 445 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ИМЕЮЩИМ СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Базарова С.В.

МКОУ «Центр диагностики и консультирования «Гармония», г. Курск,
Россия

В настоящее время среди первоклассников часто встречаются дети с медицинским диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивность» (СДВГ). Многие из этих детей имеют в анамнезе патологию пренатального и перинатального периода, неблагополучное развитие в раннем возрасте, искажение в формировании базовых структур личности, нарушение поведения и школьную дезадаптацию. Во многом это обусловлено образом жизни семьи, дисгармонией детско-родительских отношений, замедленным формированием крупной и мелкой моторики рук, поздним появлением речи, нарушением произвольной регуляции и другими неблагоприятными факторами развития детей [1].

Как правило, такие школьники плохо учатся, нарушают дисциплину, проявляют агрессивное поведение в общении со сверстниками. Эти дети сразу обращают на себя пристальное внимание со стороны учителя и психолога.

Необходимым условием в работе с такими детьми является своевременность, последовательность и достаточная продолжительность оказываемой психолого-педагогической помощи на протяжении всей начальной школы.

Специфика работы психолога заключается в организации коррекционно-развивающих занятий с детьми, которые направлены на повышение адаптационных возможностей ребенка в период школьного обучения, нормализацию его поведения, что в дальнейшем, приводит к развитию мотивации обучения [2].

Первые встречи с психологом направлены на выяснение проблемных зон, связанных с отношением: 1) ребенка к школе; 2) родителей к школьной жизни своего ребенка. Психолог подробно расспрашивает родителей о развитии ребенка в раннем возрасте, особенностях протекания дошкольного периода, трудностях адаптационного периода в первом классе, анализирует причины неудач в учебной деятельности. Важным направлением в работе с детьми, имеющими проблемы в обучении и поведении, является диагностика мотивационной сферы, темперамента, характера, волевых качеств,

когнитивных способностей. Результаты первичной диагностики этих детей позволяет определить круг значимых проблем: низкий уровень познавательных способностей, низкая учебная мотивация, преобладание непроизвольного поведения, наличие неадекватной самооценки.

В содержании коррекционно-развивающей работы психолог активно использует игротерапию и здоровьесберегающие технологии. У детей с СДВГ границы между собственным восприятием и внешним миром нечеткая. Поэтому психолог обучает ребенка приемам релаксации, помогает понимать структуру своего собственного тела. Хорошо снимает напряжение гиперактивного ребенка арттерапия (рисование пальцами, ладошками и т.д.); работа с песком, водой, мягкими материалами (глина, пластилин и др.).

Психолог рекомендует правильно организовать методику выполнения домашних заданий с соблюдением гигиенических норм, заинтересовать ребенка разнообразной внеучебной деятельностью (посещение кружков, секций и другое), изменить режим дня. Использование на занятиях различных дидактических материалов по развитию познавательных способностей младших школьников, позволяют повысить их учебную мотивацию и изменить эмоциональное отношение детей к школе.

На протяжении всего периода психолог проводит индивидуальные и семейные консультации как с родителями, так и с ближайшим окружением ребенка. Психолог помогает родителям разобраться со своими эмоциональными проблемами и вызывающими их причинами, избавиться от стрессовых ситуаций, которые создают психоэмоциональные перегрузки, способствующие развитию тревожности у детей. Одновременно осуществляется информирование родителей о медицинских возможностях коррекции имеющихся у ребенка нарушений развития.

Для повышения родительской компетентности психолог предлагает список психолого-педагогической литературы, адреса сайтов в Интернете (например, <http://sdvg-impuls.ru/> и <http://psyparents.ru/>), где можно познакомиться с различными видами помощи таким детям, раздает памятки-рекомендации по преодолению проблем ребенка.

Критериями эффективности коррекционно-развивающей работы выступают следующие показатели: объективные (связаны с анализом корректируемых факторов с использованием итоговых диагностических обследований) и субъективные (с использованием самоанализа детей и обратной связи от родителей).

Анализ проведенной работы с детьми, имеющими проблемы в обучении и поведении, позволяет выявить следующие позитивные изменения: 1) повышается психолого-педагогическая компетентность родителей; 2) сглаживаются конфликтные ситуации между родителями и педагогами; 3) у ребенка повышается самооценка, уверенность в себе, улучшается успеваемость; 4) изменяется поведение ребенка как в школе, так и дома.

Литература:

1. Сиротюк, А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения / А.Л. Сиротюк.– М., ТЦ «Сфера», 2003. – 228 с.
2. Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина. –М.: Издательство «Ось-89», 2003. – 272 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ

Березовская Р.А., Туева Е.И.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,
Россия

Исследование проблематики здоровья в настоящее время является одним из приоритетных направлений зарубежной и отечественной психологии. Понятие «*благополучие*» принято Всемирной организацией здравоохранения в качестве основного критерия здоровья, которое рассматривается как состояние полного физического, умственного и социального благополучия. Растущий в интерес к изучению проблемы психологического благополучия личности, начиная с 80-х годов XX века, обусловлен, прежде всего, активно развивающимися экзистенциально-феноменологическим и гуманистическим подходами к изучению личности и различных аспектов ее позитивного функционирования. Дополнительным толчком для развития данной темы стало появление и развитие позитивной психологии, в рамках которой ведутся поиски ответов на вопросы о субъективной природе счастья, благополучия и удовлетворенности.

Однако, следует отметить, что несмотря на широкий спектр теоретических подходов, содержательно связанных с изучением феномена субъективного и/или психологического благополучия личности, проблема изучения благополучия личности в контексте профессиональной деятельности не получила пока целостного и систематического научного анализа как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Кроме того, анализ отечественных и зарубежных научных публикаций позволяет говорить о том, что к числу основных методологических вопросов исследования феномена благополучия в психологии относится проблема определения данного понятия.

Современное состояние проблемы исследования. Феномен «профессионального благополучия» является относительно новым для психологической науки, и как предмет научного исследования в зарубежной психологии он появился в конце 80-х годов XX века. В отечественной психологии публикаций, рассматривающих благополучие личности в контексте профессиональной деятельности (в том числе на рабочем месте

или в организационном контексте) пока крайне мало. В то время как западные исследователи достаточно давно проявляют интерес к проблеме профессионального благополучия: исследования благополучия (well-being) в настоящее время являются мейнстримом не только в психологии здоровья, но и в психологии труда и организационной психологии [1; 8]. При этом в работах, представленных в англоязычной литературе, наблюдается существенное разнообразие в терминах, описывающих данный феномен: occupational well-being, employee well-being, work-related well-being, job-related well-being, well-being at work, well-being at workplace.

В отечественной психологии профессиональное благополучие рассматривается как критерий профессиональной идентичности [7]; как «процесс и состояние, интегрально отражающие жизненную деятельность субъекта, ее условия и результаты, а также отношение субъекта к результатам деятельности» [3, с. 7]; как «интегральное образование, включающее осознание ценности и смысла профессиональной деятельности, переживание положительных эмоций и чувств, связанных с профессией, и относительное отсутствие отрицательных эмоций» [2, с. 31]; как результат направленности специалиста на позитивное функционирование в условиях профессиональной деятельности, достигнутого посредством саморазвития личностных качеств, результатом которого является переживание удовлетворенности ее результатами [6]. Различные подходы к определению понятия указывают на многоплановость проблемы изучения субъективного благополучия в профессиональной сфере.

К методическим проблемам изучения профессионального благополучия в отечественной психологии может быть отнесено также отсутствие соответствующего диагностического инструментария. В большинстве эмпирических исследований, опубликованных в русскоязычных изданиях, авторы ограничиваются использованием общедиagnostических методик для оценки профессионального благополучия (Бояркин М.Ю., Шамионов Р.М., Бессонова Ю.В., Бородкина Е.В., Бучацкая М.В., Заусенко И.В., и др.). Однако, на наш взгляд, такой подход не в полной мере отражает суть феномена и является ограниченным с точки зрения надежности результатов оценки.

Одним из перспективных направлений исследований в социальной психологии здоровья в настоящее время является социальный конструкционизм, в рамках которого особое внимание уделяется исследованию специфических форм дискурса [4]. Так, в соответствии с данным подходом, многие психологические понятия предлагается рассматривать не как объективные психологические состояния, а как культурно-исторически обусловленные и социальные по природе своего проявления. Поэтому, прежде чем приступать к изучению особенностей профессионального благополучия в контексте той или иной деятельности, необходимо прояснить вопрос не только с определением данного понятия на уровне анализа научных публикаций; на наш взгляд, обзор различных

теоретических подходов может быть дополнен и обогащен результатами исследования социальных представлений о данном феномене.

Постановка проблемы исследования. Цель исследования: выявление, описание и анализ структуры социальных представлений о феномене профессионального благополучия, а также разработка методики оценки профессионального благополучия. В соответствии с целью нами были сформулированы следующие задачи: провести интервью с представителями разных профессиональных групп; провести контент-анализ полученных данных; выявить критерии и факторы психологического благополучия в профессиональной деятельности, а также описать структуру его социальных репрезентаций. Гипотеза на данном этапе не формулировалась, так как исследование носило поисково-описательный характер.

Процедура исследования: для решения поставленных задач был выбран метод полустандартизированного интервью и проективная методика ассоциативных карт. Применение в ходе интервью стимульного материала (ассоциативных карт) способствовало получению наиболее полной, субъективно значимой для личности информации относительно изучаемого явления, так как во время просмотра карт интервьюируемым происходит перенос его личных проекций на стимульный материал. Интервью проводилось с каждым респондентом индивидуально, продолжительность одного интервью составляла в среднем 30-40 минут.

При проведении интервью респонденту задавались как обязательные, так и дополнительные вопросы. Дополнительные вопросы формулировались в ходе беседы с учётом особенностей восприятия, мышления и других психических особенностей респондента и использовались при необходимости уточнить, пояснить или расширить основные вопросы с целью повышения эффективности интервью. Ответы фиксировались посредством аудиозаписи с последующим транскрибированием. Для выделения основных смысловых единиц анализа, которые затем были сгруппированы по дихотомическому принципу и объединены в категории, использовался метод контент-анализа.

Результаты эмпирического исследования. Учитывая ограниченный объем данной публикации, приведем основные результаты, полученные нами с помощью контент-анализа различных вариантов ответов на вопрос: «Что для Вас профессиональное благополучие?» или «Как вы понимаете, что такое профессиональное благополучие?». Перечислим основные категории, в которые были объединены единицы контент-анализа, с указанием их частотности в выборке: «целеполагание» (постановка целей карьерного развития, планирование, смысл) - 14%; «удовольствие» - 13%; «внутренняя мотивация» (желание работать, активность, трудолюбие) - 12%; «увлеченность» (вовлеченность, поток) - 12%; «профессиональная компетентность» (знания, умения и навыки, наставничество, признание в профессиональном сообществе) - 9%; «развитие» (развитие навыков, обучение, самореализация, личностный рост) - 9%; «позитивные отношения»

(отношения с коллегами по работе и руководством, быть полезным для других людей) - 9%; «самопринятие» (позитивная самооценка и восприятие, рефлексия, оптимизм) - 8%; «копинг-стратегии» (способы совладания с трудными ситуациями) - 8%; «автономия» (уверенность в себе, самостоятельность) - 6%.

Распределение выделенных категорий показало, что наибольший «вес» в структуре социальных представлений имеет позитивно окрашенный эмоциональный компонент (48%),: респонденты в большинстве случаев определяют «профессиональное благополучие» как интерес, удовольствие и радость от того, что человек делает каждый день. Поведенческий компонент (38%) представлен, в основном, действиями, направленными на профессиональное развитие, а также включает в себя выраженную внутреннюю мотивацию поведения на работе. Наименее сформированным является когнитивный компонент (14%), что, на наш взгляд, может свидетельствовать об уровне развития соответствующего социального дискурса, который в настоящий момент находится в стадии формирования (конструирования).

Установлено, что ядром социальных представлений о профессиональном благополучии являются позитивные эмоциональные состояния, переживаемые человеком в контексте его работы. Кроме того, анализ выделенных категорий позволяет сопоставить выделенные компоненты профессионального благополучия с конструктом психологического благополучия, который описан в концепции Кэрол Рифф (C.Ryff). Следовательно, в качестве перспективы развития данного исследования может быть сформулирована гипотеза о том, что структура профессионального благополучия включает в себя такие компоненты как автономность, профессиональная компетентность, профессиональный рост, позитивные отношения в рабочем коллективе, профессиональные цели и самопринятие себя как профессионала.

Разработка методики оценки профессионального благополучия. Выявленная структура социальных представлений о профессиональном благополучии, которая согласуется с теоретическим анализом определений данного феномена, на наш взгляд, может быть положена в основу разработки психодиагностической методики. Нами проведена симметричная модификация шкалы психологического благополучия К. Рифф, адаптированная Л.В. Жуковской и Е.Г. Трошихиной [5], для оценки благополучия в контексте профессиональной деятельности. Состав эмпирической выборки составил 150 человек и носил гетерогенный характер по полу, стажу, возрасту и характеру труда. Необходимыми требованиями к респондентам являлись общий стаж трудовой деятельности более 4 лет и наличие законченного высшего или специального образования.

Первоначальная версия опросника включала 54 пункта. Было проведено пилотажное исследование опросника на предмет проверки и уточнения формулировок с целью уменьшения неопределенности смысловой нагрузки

вопросов (n=60). Результаты исследования подтвердили приемлемость выбранной модели, а проверка формулировок показала наличие затруднений в трактовке респондентами некоторых вопросов. Произведены необходимые изменения формулировок; повторная проверка внесенных изменений показала хорошую смысловую определенность.

Далее, после проверки на согласованность пунктов опросника для всех шкал (α -Кронбаха = .713-.902) и факторизации методом главных компонент с применением вращения Варимакс, были отобраны 30 пунктов, имеющих наибольшие нагрузки на факторы. По результатам факторного анализа принята четырехфакторная структура профессионального благополучия (53.7% дисперсии): 1) профессиональное развитие, включившее в себя две субшкалы – наличие целей и стремление к росту; 2) профессиональная компетентность, включившая в себя две субшкалы – инструментальная компетентность и коммуникативная компетентность; 3) самопринятие себя как профессионала; 4) автономность в работе. Проведена проверка критериальной валидности методики.

В настоящее время продолжается работа по проверке основных психометрических характеристик методики оценки профессионального благополучия (критериальной валидности, ретестовой и структурной валидности).

Литература:

1. Березовская, Р.А. Психология профессионального здоровья за рубежом: современное состояние и перспективы развития / Р.А. Березовская // Психологические исследования [Электронный ресурс]. – 2012. – Т. 5. – № 26. – С. 12. Режим доступа: <http://psystudy.ru>
2. Бородкина, Е.В. К вопросу изучения субъективного благополучия в профессионально-педагогической деятельности / Е.В. Бородкина // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – № 28. – С. 31-34.
3. Бояркин, М.Ю. Психологическое и профессиональное благополучие государственных служащих/ М.Ю. Бояркин, О.А. Долгополова, Д.М. Зиновьева. – Волгоград: Изд-во ФГОУ ВПО ВАГС, 2007. – 216 с.
4. Емельянова, Т.П. Конструирование социальных представлений в условиях трансформации российского общества/ Т.П. Емельянова. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 400 с.
5. Жуковская, Л.В. Шкала психологического благополучия К. Рифф / Л.В. Жуковская, Е.Г. Трошихина // Психологический журнал. – 2011. – № 32(2). – С. 82–93.
6. Минюрова, С.А. Личностные детерминанты психологического благополучия педагога / С.А. Минюрова, И.В. Заусенко // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 1. – С. 94-101.
7. Шамионов, Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы/ Р.М. Шамионов. – Саратов: Сарат. университет, 2008. – 180 с.

8. Bakker, A.B., Oerlemans, W.G.M. Subjective well-being in organizations. In: K. Cameron, G. Spreitzer (Eds.), Handbook of Positive Organizational Scholarship. Oxford: Oxford University Press, 2011. – pp. 178-189.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНАМИ, ИМЕЮЩИМИ В ПРОШЛОМ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ АБОРТА*

Блюм А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

В новом варианте американской классификации психических расстройств: «The Diagnostic and Statistical Manual, DSM V» приводится описание группы расстройств, обусловленных воздействием травмы и стрессоров. На основании перечисленных там нарушений в научной литературе принято говорить, что одним из упомянутых стрессов, превосходящим «обычный человеческий опыт», является аборт — искусственное прерывание беременности [4]. Опыт аборта, т.е. сознательного уничтожения собственного зачатого ребенка, наносит травму и вызывает серьезные изменения в психике женщины. В результате женщина может сознательно или бессознательно возвращаться к этому травматическому событию своей жизни.

По нашему мнению, в основе возникновения травматического опыта аборта в картине жизненного пути женщины лежит нарушение психологической адаптации к действиям психотравмирующих факторов и сопровождается кризисными переживаниями с потерей ценностного ориентира.

Целью нашего исследования выступает изучение психологических особенностей переживания беременности женщинами, имеющими в прошлом травматический опыт аборта.

Центральная гипотеза – перенесенный травматический опыт аборта оказывает влияние на психологические особенности переживания беременности

В соответствии с целью были сформулированы следующие задачи исследования:

1. Исследовать и охарактеризовать психологические особенности переживания беременности у женщин, имеющих травматический опыт аборта, в сравнении с нормобеременными.

2. Исследовать и охарактеризовать психологические особенности переживания беременности у женщин, имеющих травматический опыт аборта в зависимости от срока беременности.

Для проверки гипотезы нами были сформированы по две группы в каждом триместре беременности. В первом триместре первую группу составили нормобеременные, которые в прошлом не имели опыта аборта (n=33). Вторую группу составили беременные женщины, которые в прошлом перенесли аборт, (n=34). Во втором триместре первую группу составили нормобеременные, которые в прошлом не имели опыта аборта (n=73). Вторую группу составили беременные женщины, которые в прошлом перенесли аборт (n=69). В третьем триместре первую группу составили нормобеременные, которые в прошлом не имели опыта аборта (n=32). Вторую группу составили беременные женщины, которые в прошлом перенесли аборт (n=60).

Переживание беременности и интеграция в субъективную картину жизненного пути личности происходит по-разному у нормобеременных и женщин, перенесших аборт в зависимости от срока беременности.

При анализе результатов по шкале «Цели», мы отмечаем в первом триместре снижение показателей по этой шкале по сравнению с нормативными показателями в группе нормобеременных женщин (см. таблицу 1).

Таблица 1

Значимость различий по особенностям переживания беременности между нормобеременными женщинами и женщинами, перенесшими аборт, в 1, 2, 3 триместре беременности

	Показатель	p-level	М нормобеременные женщины	М женщины с опытом аборта
1 триместр	Шкала «Цели»	0,000	27,0	35,352
2 триместр	Шкала «Цели»	0,014	29,927	32,449
	Шкала «Результат»	0,000	17,000	23,848
3 триместр	Шкала «ЛК-Я»	0,008	20,739	19,650

* Здесь и далее: p-level – уровень статистической значимости, СКО – стандартное отклонение.

На наш взгляд, отсутствие конкретных целей в будущем, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, связано с низким уровнем осмысленности настоящего периода. Событие беременности в первом триместре еще не означимо, в связи с этим отсутствуют конкретные цели, связанные с предстоящим материнством. Такие люди не строят планы на будущее, так как убеждены, что жизнь человека не подвластна

сознательному контролю. Низкая осмысленность жизни нарушает процесс ассимиляции прошлого опыта, качественно нарушает процесс переживания нового телесного опыта беременности, вследствие этого процесс построения, планирования будущего, представляется смутным, недифференцированным, неопределенным. Саму беременность воспринимают как ситуацию, связанную с изменением привычного образа жизни, возможно возникновение неопределенности целей в будущем. У них возникает стремление жить сегодняшним днем, не особо планировать будущее.

В первом триместре у женщин с опытом аборта запускаются процессы трансформации смысловых связей отношений, в связи с тем, что поставленная цель стать матерью женщиной, имеющей в прошлом опыт аборта, реализована. Имеет место наличие целей в будущем, связанных с обеспечением адекватных условий для существования и развития ребенка[1]. Сам факт беременности воспринимается женщинами как важный результат и большое достижение в жизни. Женщина пребывает в состоянии важного достижения. В самосознании нормобеременных, находящихся во втором триместре беременности происходит расширение смысловых систем на новые объекты, которыми являются образ ребенка, беременность и материнство в целом. Происходит кардинальная перестройка жизненных отношений путем преломления уже существующих смысловых структур через состояние беременности[2]. Беременная женщина, с одной стороны, переживает свою беременность, опираясь на опыт, полученный в процессе ее социальной жизни, на особенности ее актуального состояния, а также на перспективу ее будущей жизни; с другой стороны, жизненный путь беременной женщины, его осознание определяются наличием нового, уникального состояния. Представление о ребенке более наполнено яркими характеристиками по сравнению с первым триместром и носит личностный смысл для женщин, перенесших аборт, как реализация материнской функции. Отмечается значимость новой роли – роли матери – для женщины. Основным смыслом для женщин второго триместра является создание адекватных условий для рождения и воспитания ребенка, и получение удовольствия от реализации материнских функций[3,5].

Удовлетворенность результатом прожитой жизни снижена в группе нормобеременных женщин, – показатели по шкале «Результат жизни» по тесту СЖО, что характеризует отсутствие у женщин удовлетворенности самореализацией и сопровождается выраженным снижением субъективного ощущения продуктивности и осмысленности прожитой части жизни.

Таким образом, для женщин, перенесших аборт, в каждом триместре беременности при сравнении с нормобеременными свойственна более низкая осмысленность жизни, неудовлетворенность собственной жизнью до настоящего момента, так как в прошлом много отрицательных событий и жизнь этих женщин связана с очень сложной травмирующей ситуацией аборта. В этом контексте беременность как событие их жизни приобретает большую значимость, возникает возможность ориентации событий на

настоящее и будущее. В данный момент времени одним из основных смыслов женщины считают рождение и воспитание ребенка. Наряду с этим осознание своего нового состояния приводит к повышению тревожности. Так как женщины с опытом аборта характеризуются неверием в свои силы и возможности контролировать события собственной жизни. Возникают сомнения по поводу воспитания и содержания ребенка.

Литература:

1. Блюм, А.И. Жизненный путь женщины в ситуации телесного переживания беременности, отягощенной опытом аборта / А.И. Блюм // Науч. мнение. –2013. –№ 1. – С. 146-150.
2. Блюм, А.И. Смысловое переживание беременности женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности / А.И. Блюм, Т.Д. Василенко // Актуальные проблемы теоретической и прикладной психологии: традиции и перспективы : материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Ярославль, 19-21 мая 2011 г.) : в 3 ч. – Ярославль, 2011. – Ч. 1. – С. 499-502.
3. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. –2002. –№ 1. – С. 59-68.
4. Ракитина, Е. Исследование психологического статуса женщин, перенесших медицинский аборт на различных сроках беременности и по разным показаниям / Е. Ракитина // Перинатальная психология и психология родительства. – 2012. – № 2. – С. 18-23.
5. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. –2001. –№2.– С.22-37.

МЕРОПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАДИКАЛЬНО ПРОЛЕЧЕННЫМ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Богомазова Е.В., Воронец О.А., Сироткина Е.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Беларусь

Введение. В последние годы возрастает интерес к проблеме невротических расстройств, возникающих во время беременности и послеродовом периоде, которые общепризнанно считаются временем повышенного риска развития психических нарушений.

Предполагается, что беременность и роды могут быть провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений вследствие перенесенного радикального лечения высокодифференцированного рака

щитовидной железы (ВРЦЖ) до наступления беременности. Воздействие беременности на психику женщин порою столь значительно, что некоторые авторы рассматривают это явление как кризисную ситуацию [1].

В связи с этим актуален вопрос исследования и психотерапевтической коррекции имеющихся невротических расстройств у данной категории женщин.

Цель исследования – выявить невротические расстройства беременных женщин с радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы и определить предпочтительные психотерапевтические методики для коррекции имеющихся нарушений.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили беременные женщины с радикально пролеченным ВРЦЖ (n=60). Контрольные группы (n=30) составили пациентки, имеющие в анамнезе ВРЦЖ и не имеющие беременности на момент исследования.

Для оценки психологического статуса использовался опросник для оценки и выявления невротических расстройств (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978) [2]. Опросник создан на основе клинических симптомов неврозов, состоит из 68 вопросов и имеет 6 шкал: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений, что позволяет оценить качественное своеобразие невротической симптоматики, дает возможность определить среди множества симптомов ведущие и их сочетания.

Результаты исследования. У большинства женщин по данным опросника были выявлены невротические расстройства различной степени выраженности. Результаты исследования испытуемых групп женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели уровня невротических расстройств

Шкалы	Триместр	Контрольная группа	Основная группа
Тревоги	I	-3,46	-3,62
	II		-3,70
	III		-3,61
Невротической депрессии	I	-7,47	-8,31
	II		-9,11
	III		-8,88
Астении	I	-0,08	-2,15*
	II		-2,20
	III		-1,52
Истерического типа реагирования	I	-9,63	-9,71
	II		-9,85
	III		-9,62
Обсессивно-фобических	I	-6,83	-7,17

нарушений	II		-7,16
	III		-7,3 [^]
Вегетативных нарушений	I	-13,41	-12,90
	II		-14,66*
	III		-13,1

Примечание: * - статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между показателем в данном триместре и третьем триместре беременности; [^] статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между показателем основной группы и контрольной группы

Так, в основной группе наиболее выраженными диагностировались вегетативные, конверсионные расстройства, невротическая депрессия и обсессивно-фобические нарушения. Уровни тревоги и астении наблюдались в пределах слабой степени выраженности.

По сравнению с I триместром беременности во II триместре отмечается тенденция к увеличению показателей по шкалам вегетативных, конверсионных расстройств, невротической депрессии и тревоги, которые сохраняются в прежних пределах выраженности. Однако к III триместру наблюдается снижение показателей, за исключением обсессивно-фобических нарушений. Достоверные различия ($p < 0,05$) отмечаются по шкале астении в I и III триместре и по шкале вегетативных нарушений во II и III триместре.

Средние показатели основной группы превышали средние показатели контрольной группы по всем шкалам, за исключением показателей шкалы вегетативных нарушений, которые в I триместре беременности были ниже. Достоверно выше ($p < 0,05$) отмечаются показатели обсессивно-фобических нарушений в III триместре основной группы по сравнению с показателями контрольной группы.

Проведенный анализ позволяет говорить о том, что у большинства женщин встречаются одновременно несколько видов невротических расстройств различной степени выраженности.

Проведенное исследование позволило выделить основные мероприятия психологической реабилитации беременных женщин с радикально пролеченным до беременности высококодифференцированным раком щитовидной железы и определить предпочтительные психотерапевтические методики для коррекции имеющихся невротических расстройств.

В зависимости от невротического расстройства наиболее предпочтительными и эффективными методами психотерапии для данной категории женщин являются:

При преобладании тревожных расстройств:

- *рациональная психотерапия* – это воздействие на пациента с помощью логически аргументированных разъяснений; осуществляется путем объяснения, сообщения пациенту того, что он не знает и не понимает и что может поколебать его ложные убеждения.

- *позитивная психотерапия*, с помощью которой можно научиться видеть в своих проблемах позитивный смысл и смотреть на проблемные ситуации под другим углом;

- *десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ)* (при наличии у пациента страхов, беспокойства, неприятных воспоминаний, психологических травм и душевных ран) - быстрые движения глазами из стороны в сторону.

При преобладании вегетативных нарушений:

- *аутогенная тренировка* - психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса;

- *метод Джекобсона* - расслабление (релаксация).

При преобладании депрессий предпочтительно использование *поддерживающей психотерапии*. Этот вид психотерапии делает акцент на поддержке самого человека, а не занимается изменениями его состояния.

При преобладании истерической симптоматики предпочтительно использование метода *суггестивной психотерапии* (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, внушение наяву).

При преобладании фобий:

- *поведенческая терапия*. Метод заключается в изменении или устранении не адаптивных форм поведения (поведенческих установок) на адекватные и эффективные. В результате человек обретает новые модели (навыки) поведения в соответствующих ситуациях.

- *обучение методам релаксации и саморегуляции*.

При преобладании астений:

- *коллективно-групповая терапия*. Воссоздает для пациентов разорванные социальные связи, помогает почувствовать себя менее одинокими, ощутить остро необходимую в этот период поддержку.

При характерологических нарушениях используется *гештальт-терапия*, которая проводится в основном в групповом формате с фокусом на каждом участнике. Группа создает безопасную среду, служит своего рода "зеркалом" и моделью социальных отношений.

При преобладании жизненных трудностей используется *"разговорная" терапия*. Задача терапевта - помочь пациенту вербализовать эмоциональные переживания для устранения патологической симптоматики.

При расстройствах, связанных с семейными проблемами предпочтение отдается *семейной психотерапии*, как одному из видов коллективной психотерапии, предусматривающей лечебное воздействие, направленное на улучшение или перестройку нарушенных межличностных отношений членов одной семьи.

В таблице 2 представлены психотерапевтические методики для женщин во время беременности и послеродового периода с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы в зависимости от триместра беременности и послеродового периода.

Таблица 2

Применяемые психотерапевтические методики в зависимости от триместра беременности и послеродового периода

Триместр беременности	Психотерапевтическая методика*
I триместр	<ul style="list-style-type: none"> - Рациональная психотерапия; - Поведенческая терапия; - Аутогенная тренировка; - Суггестивная психотерапия; - "Разговорная" терапия; - Обучение методам релаксации и саморегуляции; -ДПДГ; -Семейная психотерапия
II триместр	<ul style="list-style-type: none"> - Рациональная психотерапия; -Аутогенная тренировка; - Суггестивная психотерапия; - Поддерживающая психотерапия; - Коллективно-групповая терапия; - Метод Джекобсона; - Позитивная психотерапия
III триместр	<ul style="list-style-type: none"> -Аутогенная тренировка; - Поведенческая терапия; - Суггестивная психотерапия; - Гештальт-терапия.
Послеродовый период	<ul style="list-style-type: none"> - Рациональная психотерапия; - Поведенческая терапия; - Позитивная психотерапия

Примечание: * Выбор методики психотерапевтической коррекции осуществляется дифференцированно в соответствии с выявленным невротическим расстройством в зависимости от триместра беременности.

Выводы: 1. Исследование психологического статуса женщин во время беременности с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы выявило высокий уровень распространенности невротических расстройств (тревога, депрессивные расстройства, астения, обсессивно-фобические, конверсионные и вегетативные расстройства).

2. Своевременное применение психотерапевтической коррекции невротических расстройств становится актуальным для данной категории женщин на всех этапах оказания реабилитационной помощи с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие болезни.

3. Выбор наиболее эффективной психотерапевтической методики для коррекции имеющихся нарушений осуществляется после тестирования психологического статуса, выявления невротических расстройств и с учетом триместра беременности.

Литература:

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Яхин, К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич // Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М., 1998. – С. 545-552.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ*

Василенко Т.Д., Воробьева М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Качество раннего контакта матери и ребенка в системе психосоциальных факторов, как условие сохранения здоровья», проект № 14-06-00085.

Актуальность: Мы считаем актуальным выявление особенностей жизненного пути женщин после рождения ребенка через социально-ролевой и поведенческий компоненты идентичности.

Цель исследования: определить типичные закономерности содержания жизненного пути у женщин в зависимости от поведенческого компонента социальной идентичности (стиля готовности к материнству).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Областного перинатального центра г. Курска, с 2007 по 2013 года, которое проходило в течение 6 месяцев с использованием лонгитюда (на III триместре беременности, в 1-й, 3-й, 6-й месяцы после рождения ребенка). В исследовании приняли участие 40 женщин. Вся выборка испытуемых была разделена на группы в зависимости от стиля готовности к материнству.

В исследовании были использованы следующие методы: структурированное интервью, архивный метод (работа с медицинскими картами), тест «Фигуры» Филипповой Г.Г., методика «Линия жизни».

Результаты. Нами были выявлены особенности контекста жизненного пути женщины как фактора формирования ценностно-смыслового компонента социальной идентичности женщин в период беременности. Анализируя данные частоты встречаемости положительных событий у женщин с различными стилями готовности к материнству (рисунки 1, 2), были выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) по методике «Линия жизни». Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с адекватным стилем готовности к материнству в событийном контексте жизненного пути преобладают положительные события: переживание беременности, появление ребенка, роды, а также встреча спутника жизни. Меньшую значимость занимает сфера учебной деятельности. К отрицательным же событиям относят болезни, которые женщины с данным типом переживания беременности перенесли в прошлом, и конфликты с

близкими людьми. Эти данные свидетельствуют также о значимости личных взаимоотношений не только в период беременности, а на протяжении всего жизненного пути. Ситуация беременности и родов носит положительную оценку, которая формирует общую ресурсную оценку всей ситуации. Имеет место наличие целей в будущем, связанных с ожиданием первого ребенка, обеспечением адекватных условий для его существования и развития.

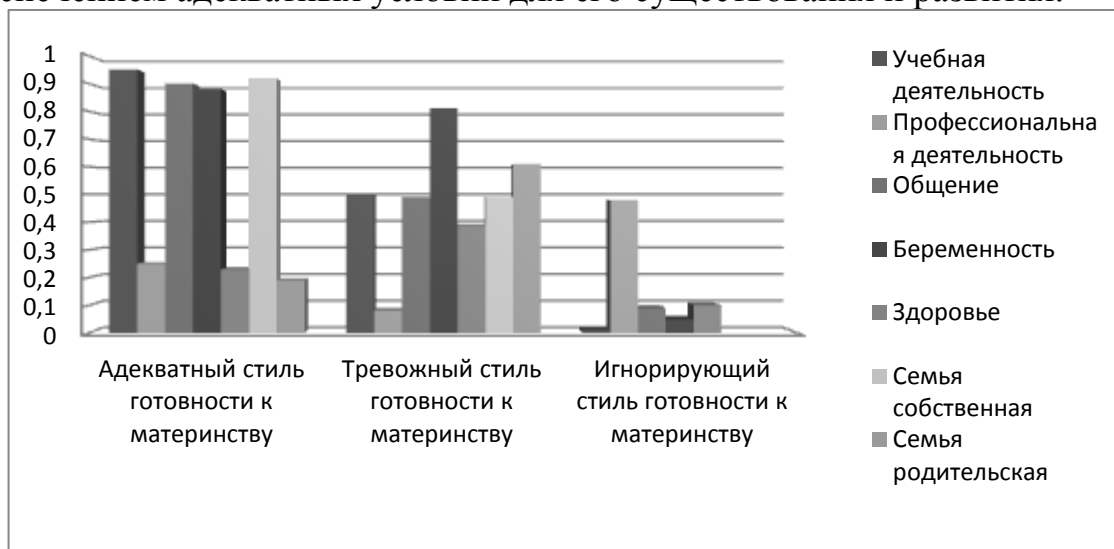


Рис. 1. Положительные события в жизни у беременных женщин с различными стилями готовности к материнству

У женщин с тревожным стилем готовности к материнству временная перспектива значительно сужена, нарушаются процессы целеполагания и прогнозирования будущего, незначительно снижается удовлетворенность результатами своей жизни. Значимое событие в их жизни приобретает само переживание беременности. Эти женщины концентрируются на своих переживаниях и телесных ощущениях, каждое движение плода рассматривается как угроза жизни малышу («А вдруг он неправильно перевернулся, или запутался в пуповине и я не смогу его родить сама»). Шевеления у таких женщин слабо дифференцированы. Эти женщины чаще всего опираются на опыт беременности своей мамы, слушают ее, а не прислушиваются к собственным ощущениям. Категория здоровья для таких женщин является самой важной. Профессиональная деятельность у них занимает второстепенное значение («Я бросила работу, а то там все чихают, создают для меня эмоциональное напряжение, лучше я дома посижу и спокойно выношу свою беременность»). В данном случае не устанавливаются субъект-субъектные отношения, как в адекватном стиле готовности к материнству; мы наблюдаем субъект-объектные отношения («Я вынашиваю беременность»), что свидетельствует о наличии нарушенного контакта в период внутриутробного развития ребенка. К отрицательным событиям женщины с тревожным стилем готовности к материнству относят конфликтные ситуации в родительской семье. Социальная идентичность у таких женщин характеризуется амбивалентным отношением к беременности и предстоящим родам.

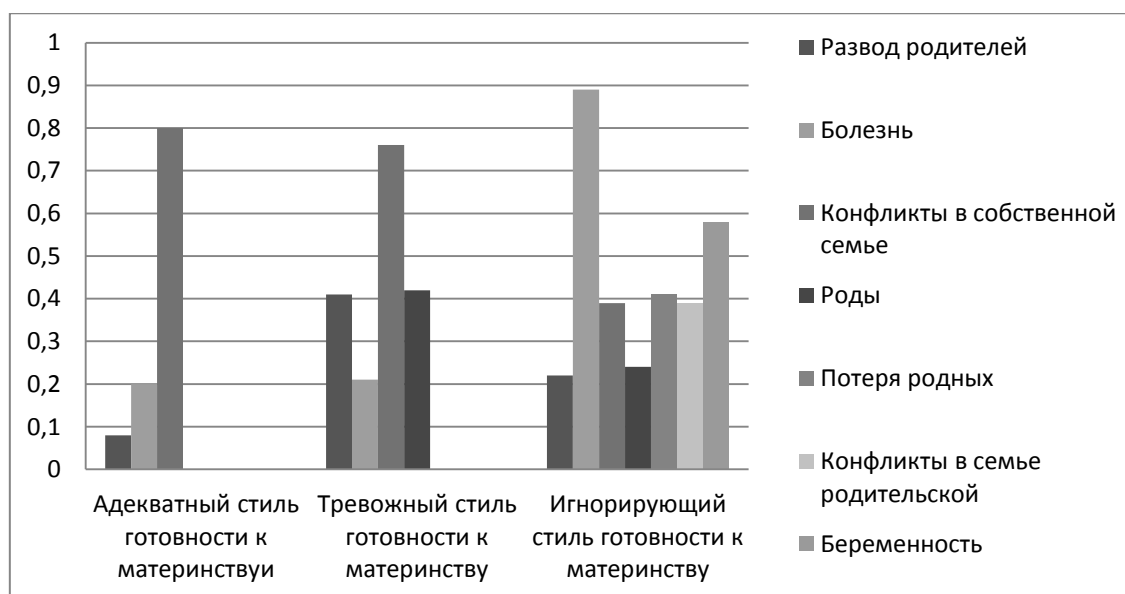


Рис. 2. Отрицательные события в жизни у беременных женщин с различными стилями готовности к материнству

У женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству наблюдается высокий уровень показателя профессиональной деятельности. Отношение к будущему у таких женщин негативное. Прожитый отрезок пути оценивается как негативный, имеет место неудовлетворенность прошлым. Снижается удовлетворенность результатами своей жизни. Это свидетельствует о том, что эти женщины в период беременности находятся в ситуации профессиональной деятельности и карьерного роста, и уже будучи в декретном отпуске с места работы не уходят, объясняя это тем, что дома нечем заняться и что несобираются «быть наседкой и сидеть дома». Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству перегружены событиями, связанными с утратой, а также на линии жизни отмечаются повторные браки, в которых женщины не были удовлетворены семейными отношениями. Отношение к беременности и родам имеет негативную окраску, что также отражается на социальной идентичности таких женщин. Они считают, что медицина ушла достаточно далеко и «при удобном случае буду просить врача сделать мне кесарево сечение». Это приводит к выстраиванию субъект-объектных взаимоотношений с ребенком.

Отношение к беременности и предстоящим родам у женщин с адекватным стилем готовности к материнству оценивается положительно (+4,3), тревожный стиль готовности к материнству имеет амбивалентную природу оценки точки настоящего (+3,5), а в группе беременных женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству точка настоящего оценивается ниже (+2,7). Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству предпочитают жить вчерашним днем, прожитый отрезок времени оценивается как негативный; имеет место также неудовлетворенность прошлым. Состояние беременности для женщины не является настолько актуальным, чтобы она центрировалась на своем состоянии и на образе еще не родившегося ребенка.

Вывод: Ценностно-смысловой компонент социальной идентичности женщины качественно формируется на этапе беременности, формируется в зависимости от стиля готовности к материнству и сохраняется неизменным после рождения ребенка.

Литература:

1. Айвазян, Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложнённой акушерской и экстрагенитальной патологией / Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина, В.В. Николаева // Вестник Московского ун-та. – Сер. 14. Психология. – 2002. – №3. – С.3-13.
2. Баз, Л.Л. Исследование и восприятие психологической поддержки беременными женщинами / Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Психологический журнал. – 1994. – Т.15. – №1.
3. Братусь, Б.С. К изучению смысловой сферы личности / Б.С. Братусь // Вестник Московского ун-та. – Сер. 14. Психология. – 1981. – №2. – С.46-56.
4. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т.21. – №2. – С.79-87.
5. Брутман, В.И. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №1. – С.59-68.
6. Брутман, В.И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №3. – С.110-118.
7. Васильева, О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О.С. Васильева, Е.В. Могилевская // Психологический журнал. – 2001. – Т.22. – №1.
8. Василюк, Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М., 1984.
9. Копыл, О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка / О.А. Копыл, Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Синапс. – 1993. – №4. – С.32-38.
10. Кочанова, Л.В. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам / Л.В. Кочанова // Медсестра. – 2002. – №2.
11. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М: Смысл. – 2003. – 487с.
12. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству. / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. – №5. – С.18-27.
13. Минюрова, Е.В. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства / Е.В. Минюрова // Вопросы психологии. – 2003. – №4. – С.63-75.
14. Погудина, Е.В. Социальная тревога у беременных / Е.В. Погудина // Журнал практического психолога. – 2002. – №1.

15. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. –2001. – №2. – С.22-37.

16. Хамитова, И. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов / И. Хамитова// Московский психотерапевтический журнал. –2001. –№3.

ПЕРЕЖИВАНИЕ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОПЫТОМ НЕЗАВЕРШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЫКИДЫША)*

Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378

В последнее время появился интерес к комплексному исследованию проблемы беременности и материнства. Важность материнского поведения для развития ребенка, его сложная структура и путь развития, множественность культурных и индивидуальных вариантов, а также огромное количество современных исследований в этой области позволяют говорить о материнстве как о самостоятельной реальности, требующей разработки целостного научного подхода для его исследования [1, 2, 3, 5, 7].

В психологических исследованиях, посвященных данной проблеме, существует много направлений. В одном из них выделяются и описываются функции матери, особенности ее поведения, переживаний, установок, ожиданий и т.п. Очень подробно исследуется ориентация на возрастные особенности ребенка, в зависимости от чего выделяются и особенности материнства. В работах Мирюновой С.А., Ряпловой Е.А., Бергум В. исследуются особенности психического состояния женщины во время беременности, влияющего на развитие ребенка. В первую очередь, это наличие стрессов, депрессивных состояний, психопатологических особенностей, их обострение в различные периоды беременности. Большое внимание уделяется изучению состояния женщины во время беременности, связанные с успешностью ее адаптации к материнству и обеспечению адекватных условий для развития ребенка. Исследования, посвященные изучению принятия новой социальной роли – роли матери у беременных женщин, рассматривают ее с точки зрения матери и ребенка и связи с опытом незавершенной беременности (выкидышем) [4, 5, 7, 8, 9].

Зарубежные исследования, в отличие от отечественных, характеризуются чрезвычайной обширностью, разнонаправленностью концепций и подходов. Существует достаточно много работ, целью которых является изучение у женщин эмоционального состояния, оценка психического здоровья после выкидыша, а также изменение этих реакций во

времени и их предикторы (Brenda Major, PhD; Catherine Cozzarelli, PhD; M. Lynne Cooper, PhD, 2003). В отечественной перинатальной психологии женщина, перенесшая выкидыш как непроизвольное прерывание беременности, изучается пока только лишь с медицинской точки зрения.

В нашем исследовании интерес представляет изучение влияния опыта незавершенной беременности (выкидыша) на переживание телесного опыта первой настоящей беременности.

Проблема нашего исследования заключается в том, каким образом наличие негативного опыта первой беременности (выкидыша) влияет на переживание телесного опыта первой настоящей беременности.

Фактором переживания телесного опыта первой настоящей беременности выступает принятие новой социальной роли – роли матери.

Цель нашего исследования – выяснить, каким образом наличие опыта незавершенной беременности влияет на переживание телесного опыта первой настоящей беременности.

Объектом исследования являются особенности переживания телесного опыта первой настоящей беременности.

Предметом исследования являются особенности переживания телесного опыта первой настоящей беременности у женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш).

Задачи исследования:

1. определить влияние опыта незавершенной беременности (выкидыша) на принятие роли матери.

2. выявить влияние опыта незавершенной беременности (выкидыш) на особенности переживания беременности (смысловой и эмоциональный компонент) у беременных женщин с опытом и без опыта невынашивания беременности.

3. выявить влияние опыта незавершенной беременности (выкидыш) на особенности событийного и смыслового контекста жизненного пути у беременных женщин с опытом и без опыта невынашивания беременности.

4. сравнить индивидуально-личностные особенности беременных женщин с опытом незавершенной беременности и без опыта незавершенной беременности.

5. проведение лонгитюдного исследования.

6. выявить основания и разработать программу психотерапевтической интервенции для беременных женщин, имеющих опыт невынашивания (выкидыш), в принятии роли матери.

Под незавершенной беременностью мы будем понимать выкидыш, который был следствием проблем со здоровьем женщины или ребенка.

С медицинской точки зрения, увеличивается число женщин неспособных выполнить репродуктивную функцию в связи с состоянием здоровья, или тех у которых беременность не заканчивается рождением ребенка. Такой группе женщин следует уделять большое внимание с целью стабилизации их эмоционального и общего психологического состояния, так

как беременность у этих женщин была желанной и выкидыш с наличием этого факта является наиболее болезненным.

Существующие теории и исследования по проблеме материнства опираются на социологизаторский и биологизаторский подходы. В нашей работе интерес представляет изучение особенностей жизненного пути беременной женщины, смыслового переживания материнства, соотношение социальных ролей в период беременности. Эмоциональная и смысловая сферы на каждой стадии беременности имеет свою специфику, которая зависит от срока беременности и от индивидуальных особенностей беременной женщины, и как мы предполагаем, наличие негативного опыта первой беременности (выкидыша) будет оказывать результирующее влияние на принятие новой социальной роли – роли матери [6].

В результате проведенного нами исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Опыт незавершенной беременности влияет на переживание телесного опыта первой настоящей беременности, а, следовательно, на принятие новой социальной роли – роли матери, и проявляется в переживании беременности – смысловом и эмоциональном компонентах переживания беременности, индивидуально-личностных особенностях, в особенностях жизненного пути у беременной женщины с опытом незавершенной беременности (выкидыш), то есть готовности к материнству и событиях, которые повлияли на принятие роли матери. Готовность к материнству является критерием принятия роли матери, как новой социальной роли для женщины. В группе беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш), с адекватным типом готовности к материнству – 44 %, а в группе беременных женщин, не имеющих опыт незавершенной беременности – 61 %. События, которые могут повлиять на процесс готовности к материнству, а в дальнейшем и на принятие роли матери, имеют негативную оценку. Это еще раз доказывает, что незавершенный опыт беременности в прошлом влияет на готовность к материнству, и тем самым на принятие новой социальной роли – роли матери.

2. Опыт невынашивания оказывает влияние на особенности смыслового и эмоционального компонентов переживания беременности. Происходит так называемый процесс смыслообразования (Д.А. Леонтьеву). Смысловая сфера беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш), представляет собой целостный, насыщенный смысловым содержанием конструкт. В этом контексте, беременность как событие их жизни приобретает большую значимость, что связано с построением особых отношений между матерью и будущим ребенком. Осознание своего нового состояния приводит к пересмотру жизненных целей, планов и ценностей. В эмоциональном состоянии беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности, наблюдается мобилизация всех сфер жизни. Проявление тревоги и страха в третьем

триместре беременности является стабильным для всех обследованных женщин.

3. Контекст жизненного пути беременной женщины представлен событиями, которые включены в ее настоящую деятельность – вынашивание ребенка. У беременных женщин, имеющих опыт невынашивания (выкидыш) события собственной семьи занимают контекстуирующую позицию в принятии новой социальной роли – роли матери. В первую очередь это связано с обеспечением адекватных условий существования для ребенка и его дальнейшего воспитания. Тем самым, женщина направлена на свое еще не родившегося ребенка, но и после родов она готова осуществлять ту деятельность, которая будет направлена на условия и комфортное взаимодействие ее и ребенка.

4. Показатели личностной зрелости не оказывают влияние на принятие роли матери. Во всех группах испытуемых отмечаются средние показатели по шкалам рефлексивности, локуса контроля и эгоцентрической направленности. У беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш) уровень рефлексивности, уровень эгоцентрической направленности, локус субъективного контроля свидетельствует о том, что все ощущения и переживания направляются вовнутрь, то есть осуществляется полный анализ не только своего поведения, но и своих чувств, ощущений.

5. Выкидыш, как событие жизненного пути женщины, влияет на устойчивость эмоциональной сферы, на формирование и принятие роли матери, на устойчивость индивидуально-личностных особенностей. Сформировавшийся тип готовности к материнству до родов сохраняется и в послеродовом периоде. В течение первого месяца жизни ребенка роль матери выполняется женщиной в необходимом и достаточном контексте при сформированности того или иного типа готовности к материнству.

6. Выявлены основания для проведения психотерапевтической интервенции и разработана программа сопровождения беременных женщин, имеющих опыт невынашивания (выкидыш). В качестве оснований для проведения коррекционных мероприятий, направленных на принятие новой социальной роли – роли матери, являются несформированность материнской роли (преобладание тревожного и игнорирующего типов готовности к материнству), неразвитость смысловой сферы, низкий уровень осмысленности жизни, повышенная тревожность, низкий и высокий уровень рефлексивности, высокий уровень эгоцентрической направленности.

Литература:

1. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №1. – С. 59 - 68.
2. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения материнства / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 1997. – №6. – С. 38 - 48.

3. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности / В.И. Брутман, М.С. Радионова, // Вопросы психологии. –1997. –№ 6. – С. 38 – 47.
4. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: дис...канд. психол. наук. – Курск, 2009. – 152 с.
5. Копыл, О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.А. Копыл, Л.Л. Баз, О.В. Баженова //Синапс. –1993. –№4. –С. 35-42.
6. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев.– М.: Смысл. –2003. – 487с.
7. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. –2000. – №5. –С. 18-28.
8. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В. Овчарова. – М.: Изд-во института психотерапии, 2003. – 318 с.
9. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М., 2002.

СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН, ОЖИДАЮЩИХ ПЕРВОГО РЕБЕНКА, В СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ БЕРЕМЕННОСТИ (III ТРИМЕСТР)*

Василенко Т.Д., Селин А.В., Воробьева М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Качество раннего контакта матери и ребенка в системе психосоциальных факторов, как условие сохранения здоровья», проект № 14-06-00085.

Проблема материнства является наиболее важной и актуальной в современном мире. Данной проблеме посвящено множество исследований. Основным новообразованием материнства является изменение смысловой сферы женщины, которая определяет переживание материнства как динамического процесса [3].

Г.Г. Филиппова рассматривает смысловое переживание материнства как психологическое новообразование в сфере самосознания женщины. Смысловая сфера беременных женщин претерпевает существенные изменения, связанные с расширением смысловых связей и наполненностью смысловых процессов [12].

В нашем исследовании мы ставим задачу выяснить, каким образом первая беременность влияет на формирование структуры социальной идентичности женщин.

Нами представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2007-2011 годах на базе родильного отделения Территориального Медицинского Объединения №4 г. Курска. В

исследовании приняли участие 212 беременных женщин, в возрасте 22-27 лет, состоящих в браке, на третьем триместре беременности и ожидающих первого ребенка.

В исследовании были использованы следующие методы: структурированное интервью, архивный метод, психодиагностическая методика: тест «Смысло-жизненные ориентации» Леонтьева Д.А., методика «линия жизни», проективные методики: тест «Фигуры» Филипповой Г.Г.

Вся выборка испытуемых была разделена на 3 группы, основанием деления выступил стиль готовности к материнству.

Социально-ролевой компонент женщин в социальной ситуации беременности различается в зависимости от стиля готовности к материнству (рис.2).

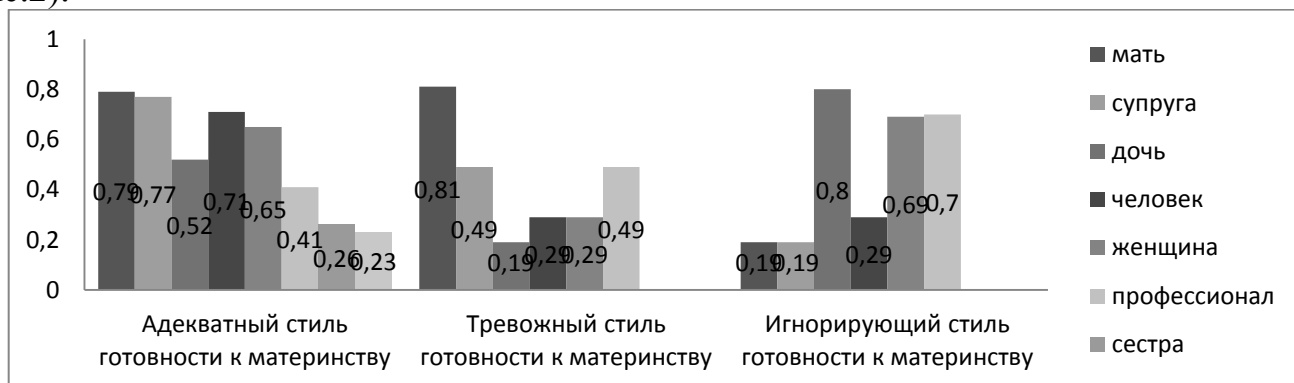


Рис. 2. Структура социально-ролевого компонента социальной идентичности женщин

Женщины с адекватным стилем готовности к материнству определяют себя как мать ($p=0,05$), супругу ($p=0,03$), человека ($p=0,01$) и женщину ($p=0,04$). У женщин с тревожным стилем готовности к материнству структура социальной идентичности определяется основной ролью матери ($p=0,05$). Социальная идентичность женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству характеризуется преобладанием социальной роли дочери ($p=0,021$), профессионала ($p=0,034$) и женщины ($p=0,04$).

В межличностном взаимодействии в семье у женщин с адекватным стилем готовности к материнству преобладает значимость взаимоотношений с матерью ($p=0,048$) и с супругом ($p=0,05$). В структуре социальной идентичности женщин с тревожным стилем готовности к материнству преобладают значимые взаимоотношения с супругом ($p=0,05$). Отношения с ребенком у таких женщин занимают крайне низкую позицию. У женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству в межличностном взаимодействии в семье преобладает значимость взаимоотношений с будущим ребенком ($p=0,041$).

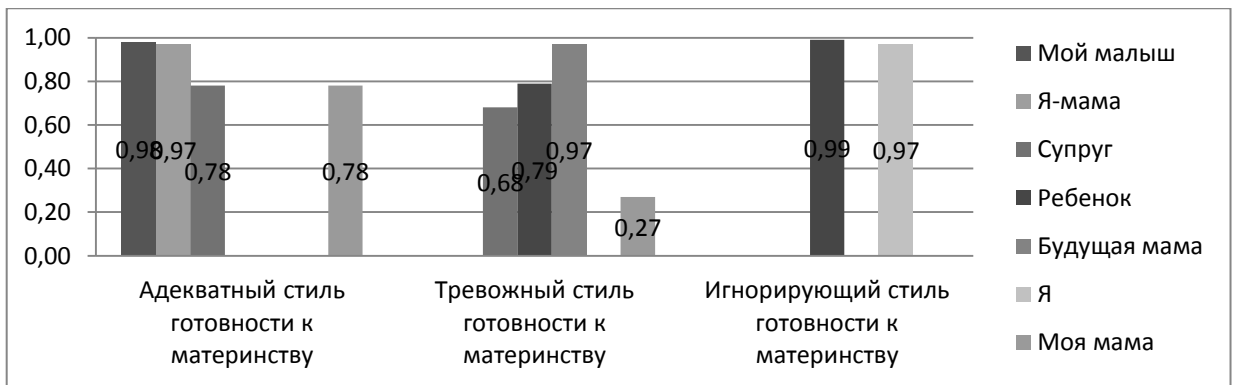


Рис.3. Когнитивный компонент социальной идентичности женщины

Когнитивный компонент социальной идентичности женщины (см.рис. 3) с адекватным стилем готовности к материнству характеризуется описанием социальной роли матери, с использованием терминов «мой малыш» ($p=0,00$), «Я – мама» ($p=0,05$), «супруга» ($p=0,031$). Кроме того, в описании женщин этой группы присутствуют отношения с собственной матерью ($p=0,047$). У женщин же с игнорирующим стилем готовности к материнству в речи прослеживаются слова «Я» ($p=0,00$) и «ребенок» ($p=0,01$). Женщины с тревожным стилем готовности к материнству используют определения «будущая мама» ($p=0,012$) и «ребенок» ($p=0,01$).

Ценностно-смысловой компонент социальной идентичности женщины с адекватным стилем готовности к материнству характеризуется высоким общим уровнем осмысленности жизни, по сравнению с женщинами, имеющими тревожный и игнорирующий стили готовности к материнству ($p=0,00$). У женщин с адекватным стилем готовности к материнству в событийном контексте жизненного пути преобладают положительные события: переживание беременности ($p=0,05$), появление ребенка ($p=0,00$), роды ($p=0,01$), а также встреча спутника жизни ($p=0,05$) (см.рис. 4). К отрицательным событиям относят болезни ($p=0,05$), которые женщины с данным типом переживания беременности перенесли в прошлом, и конфликты с близкими людьми ($p=0,047$) (см.рис.5). У женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству наблюдается высокий уровень показателя профессиональной деятельности ($p=0,00$). Отношение к будущему у таких женщин негативное (см.рис.4).

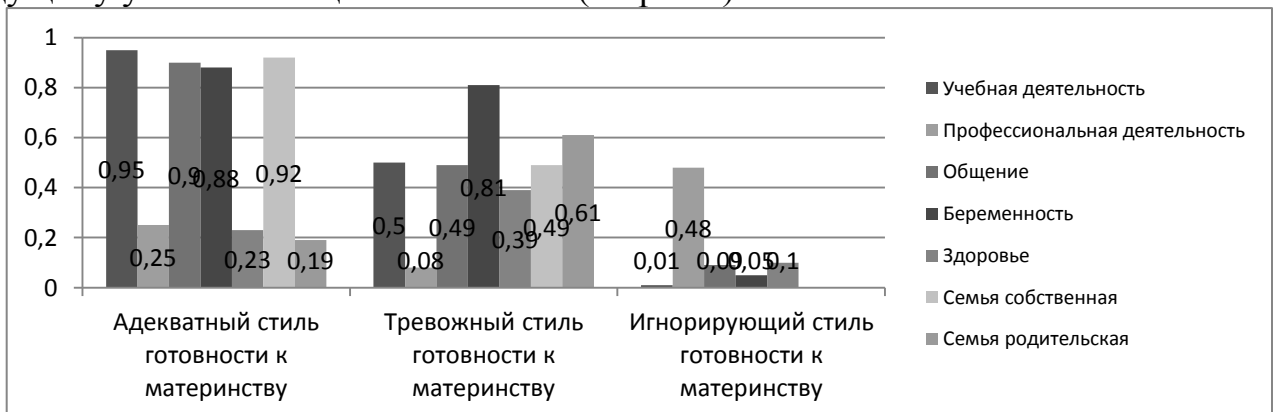


Рис. 4. Относительная частота встречаемости положительных событий в ценностно-смысловом компоненте социальной идентичности женщин, ожидающих первого ребенка

Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству перегружены событиями, связанными с утратой ($p=0,05$), а также на линии жизни отмечаются повторные браки ($p=0,03$), женщины не были удовлетворены семейными отношениями (см.рис.5). Отношение к беременности и родам имеет негативную окраску. У женщин с тревожным стилем готовности к материнству значимое событие в жизни приобретает само переживание беременности ($p=0,05$) (см.рис.4). К отрицательным событиям эти женщины относят конфликтные ситуации в родительской семье ($p=0,047$) (см.рис. 5).

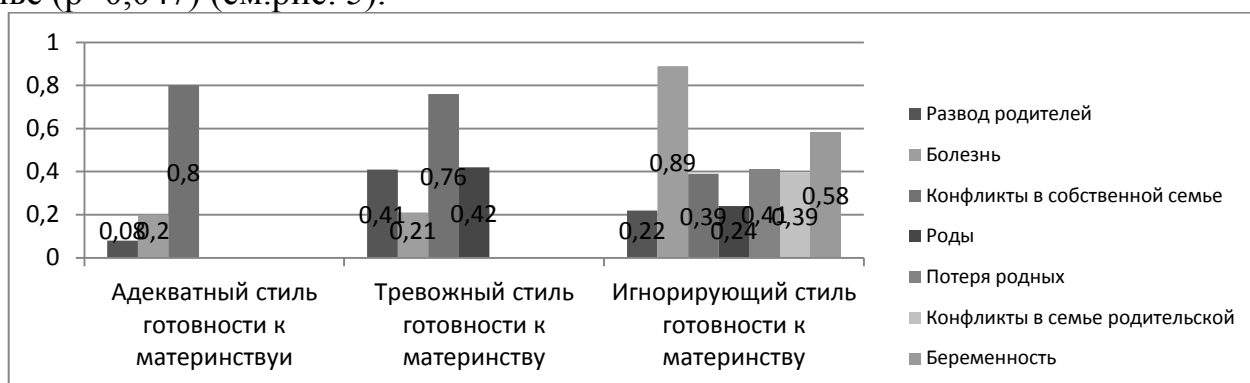


Рис. 5. Относительная частота встречаемости отрицательных событий в ценностно-смысловом компоненте социальной идентичности женщин, ожидающих первого ребенка

У женщин с адекватным стилем наблюдается оптимальный тип ПКГД (психологического компонента гестационной доминанты) ($p=0,041$). У женщин с тревожным стилем наблюдается тревожный тип ПКГД ($p=0,012$). У женщин с игнорирующим стилем – эйфорический ($p=0,037$) и депрессивный ($p=0,01$) типы ПКГД.

Эмоциональный компонент переживания беременности у женщин, ожидающих первого ребенка, характеризуется наличием высокого уровня тревожности во всех группах испытуемых.

Согласно результатам методики «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда, женщины с адекватным стилем готовности к материнству обозначают беременность цветом «1» (синий), что связано с потребностью в эмоциональном комфорте. Женщины с тревожным стилем – обозначают цветом «2» (зеленый), что связано с желанием освободиться от мешающих ограничений. Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству свое переживание обозначают цветом «0» (серый), что связано с напряжением и невозможностью собственной реализации и сниженным фоном настроения.

У женщин, оценивающих ситуацию беременности как положительное событие на жизненном пути, превалирует адекватный стиль готовности к

материнству, а у женщин, оценивающих ситуацию беременности как негативное событие на жизненном пути, превалирует игнорирующий стиль готовности к материнству.

Обобщая вышесказанное можно сделать вывод о том, что у женщин с различными стилями готовности к материнству различается содержание психологической структуры социальной идентичности.

Литература:

1. Айвазян, Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложнённой акушерской и экстрагенитальной патологией / Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина, В.В. Николаева // Вестник Московского ун-та. – Сер. 14. Психология. – 2002. – №3. – С.3-13.

2. Баз, Л.Л. Исследование и восприятие психологической поддержки беременными женщинами / Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Психологический журнал. –1994. –Т.15. –№1.

3. Братусь, Б.С. К изучению смысловой сферы личности / Братусь, Б.С. // Вестник Московского ун-та. – Сер. 14. Психология. – 1981. – №2. – С.46-56.

4. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. –2000. –Т.21. – №2. – С.79-87.

5. Брутман, В.И. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. –2002. – №1. – С.59-68.

6. Брутман, В.И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №3. – С.110-118.

7. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект. // Психологический журнал. 2001. Т.22. №1.

8. Василюк, Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М., 1984.

9. Копыл, О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка / О.А. Копыл, Л.Л. Баз, О.В. Баженова //Синапс. –1993. – №4.– С 32-38.

10.Кочанова, Л.В. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам / Л.В. Кочанова //Медсестра. –2002.– №2.

11. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М: Смысл, 2003. – 487с.

12. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова //Вопросы психологии. – 2000. – №5. – С.18-27.

13. Минюрова, Е.В. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства / Е.В. Минюрова // Вопросы психологии. –2003. – №4. – С.63-75.

14. Погудина, Е.В. Социальная тревога у беременных / Е.В. Погудина, // Журнал практического психолога. – 2002.–№1.

15. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии.–2001. – №2.– С.22-37

16. Хамитова, И. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов / И. Хамитова // Московский психотерапевтический журнал. –2001. –№3.

К ВОПРОСУ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Винокурова М.В., Евдокимова Е.М.

ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница», Областное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Курский областной центр психолого-медико-социального сопровождения», г. Курск, Россия

Детские тревожные расстройства вызывают многочисленные вопросы относительно причины их появления, определения характера тревоги (нормальная или патологическая), необходимости консультации у специалиста, выбора этого специалиста (невролог, психолог, школьный психолог, педагог-психолог, психиатр, клинический психолог и т.д.), особенностей поведения и взаимодействия с таким ребенком, необходимости психологического или медикаментозного воздействия, дальнейших прогнозов и т.д. Слабая ориентированность педагогов и родителей в этих вопросах часто является причиной формирования и дальнейшего развития этого вида эмоциональных нарушений в детском возрасте. Поэтому одним из важнейших направлений психопрофилактики детской тревожности А.М. Прихожан (2000) считает «психологическое просвещение окружающих подростка взрослых - родителей и педагогов», объяснение им причин и последствий тревожности; обучение средствам преодоления тревожности у детей, способам помощи детям в овладении средствами преодоления тревожности.

Целью и задачами нашей статьи является проведение клинико-психологического анализа феномена тревоги у детей, который позволил бы родителям и педагогам глубже понять эту проблему и сориентировать их на оптимальные пути ее решения, рационализировать алгоритмы диагностических и коррекционных маршрутов данного контингента детей.

Начнем с определений. Тревога представляет собой универсальное переживание, крайне необходимое для выживания, как взрослого человека, так и ребенка. В психологической литературе различают понятия тревоги и тревожности. Тревога – эмоциональное состояние, возникающее в ситуации

неопределенной опасности и проявляющаяся в ожидании неблагоприятного развития событий (Л.А. Карпенко, 1985). Это состояние знакомо большинству людей, не только предупреждая субъекта о возможной опасности, но и побуждая к конкретизации этой опасности, мотивируя на поиск возможных выходов из сложившейся ситуации. Тревожность определяется как личностная черта, характеризующая повышенную склонность индивида к переживанию тревоги. Она предполагает низкий порог возникновения этого состояния. И тревога и тревожность в определенных пределах являются необходимыми составляющими нормальной эмоционально-личностной жизни человека, автоматически возникая в ситуациях ожидания возможных или вероятных неприятностей. С исчезновением ситуации такие тревожные проявления проходят самостоятельно. Неадекватное по длительности и интенсивности увеличение тревоги блокирует ее активирующую (побудительную) функцию, препятствуя формированию адаптивного поведения. Это проявляется появлением ощущения беспомощности, неуверенности в себе, бессилием перед внешними факторами, преувеличением их могущественности и угрожающего характера. Целенаправленные поиски выхода из ситуации сменяются общей дезорганизацией деятельности, нарушением ее направленности и продуктивности. Это свидетельствует о декомпенсации адаптивных механизмов и служит сигналом за обращением к психологической или медицинской помощи.

Тревога не является врожденным эмоциональным переживанием. Она имеет свой индивидуальный онтогенез, развиваясь вместе с ребенком от относительно простой эмоциональной реакции до сложного аффективного образования. По мнению ряда авторов (В.М. Астапов, 2008), интенсивность тревожных переживаний увеличивается прямо пропорционально возрасту. Так, если к 4-5-и месяцам жизни прообразом тревоги является эмоциональная реакция испуга (страха), то к 4-ем годам тревога уже может выступать в виде «тревожной мнительности и зависимости», которые к 7-и годам полностью завершают свое формирование, и в дальнейшем, изменяются лишь по степени своей выраженности (интенсивности) (В.И. Гарбузов с соавт., 1977). На протяжении школьного периода проявления тревожности могут усиливаться в рамках определенных возрастных периодов (так называемых «возрастных пиков тревожности»). По мнению А.М. Прихожан (2000), и у девочек, и у мальчиков средний уровень проявлений тревожности возрастает при переходе в среднюю школу (от 4-го к 5-му классу) и от предподросткового — к подростковому возрасту (от 6-го к 7-му классу). К 7-ому классу обнаруживаются половые особенности тревоги и среди 12-летних более тревожными оказываются девочки. Тревожность резко снижается при переходе от подросткового к раннему юношескому возрасту, при переходе в старшие классы школы и повышается в выпускном классе. Возрастную специфику так же имеют формы и содержание тревог и страхов у детей. Высокую ситуативную тревожность у

детей могут провоцировать такие ситуации, как возможность разлуки с матерью (что наиболее характерно для дошкольников), расставание с родителями, резкое изменение привычной обстановки, поступление в детский сад и школу, неприятие со стороны сверстников. В школьном возрасте к этому добавляются оценочные ситуации, особенно при публичной оценке (ответ у доски, контрольные, экзамены и др.). Универсальным для всех возрастных групп детей, является страх ситуации наказаний (как физических, так и моральных (в большей степени)) и боязнь физического насилия.

Тревожное состояние ребенка выражается не только соответствующими эмоциональными переживаниями, но и имеет психофизиологические и поведенческие проявления. Психофизиологическими коррелятами тревоги могут являться потливость (особенно, в ситуациях психоэмоционального напряжения), изменение окраски кожных покровов (покраснение, побледнение), дрожь в теле и руках, сильные вздрагивания при неожиданном обращении, неожиданных звуках. Поведенческими проявлениями тревоги в детском возрасте могут быть симптом «беспокойных рук» (постоянно крутит что-то в руках, тербит бумагу, одежду, волосы, потирает руки, крутит пальцы, тербит кончик носа и т.д), сосание пальца, ручки, волос, одежды, обгрызание ногтей, кончиков ручек, карандашей, напряженность, скованность, невозможность расслабиться, повышенная суетливость (много лишних жестов, все время что-то роняет, теряет), сбивчивая неровная речь, постоянные исправления ответов, работ, без существенного улучшения ее качества, постоянные извинения, плаксивость (А.М. Прихожан, 2000).

Медицинский диагноз тревожного расстройства опирается, прежде всего, на клинические критерии (признаки), которые врач определяет в ходе клинко-психопатологического собеседования и наблюдения за поведением ребенка. Результаты клинического исследования и наблюдения, как правило, объективизируются родительскими и педагогическими оценками.

С медицинской точки зрения расстройства тревожного ряда у детей и подростков квалифицируются в общем разделе «Эмоциональные расстройства детского возраста». Они включают в себя несколько диагностических категорий: «Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте», «Фобическое расстройство детского возраста», «Социальное тревожное расстройство детского возраста», «Генерализованное тревожное расстройство детского возраста».

«Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в детском возрасте» представлено равномерно по полу или с незначительным преобладанием у девочек. Среди них, как правило, преобладают дети из малообеспеченных семей. Структура переживаний у лиц разного пола клинически одинакова и имеет возрастную специфику. Расстройство рано обнаруживается (до 4-х летнего возраста) и обычно приходится на начало школьного обучения. Психологически понятные страхи достигают степени,

не соответствующей нормативным для данного возраста реакциям. Течение хроническое с обострениями в периоды социального стресса или соматических заболеваний.

«Фобическое расстройство детского возраста», как правило, проявляется в виде всевозможных невротических фобий, появляющихся в необычно раннем возрасте и касающихся широкого круга проблем и различных ситуаций.

«Социальное тревожное расстройство детского возраста», преобладает у девочек, но чаще обращает на себя внимание у мальчиков, возможно, в силу социокультурных ожиданий пассивности и робости, предъявляемых к так называемой «женской роли». Данный тип расстройства диагностируется по достижении возраста, когда страх посторонних перестает быть нормальной чертой психологического развития ребенка.

«Генерализованное тревожное расстройство детского возраста» (ГТР) чаще встречается в городской среде, в достаточно обеспеченных семьях малого размера. Поводы для появления тревоги разнообразны, наиболее частые — события в будущем, в особенности те, в ходе которых будет как-то оцениваться их деятельность, собственная социальная приемлемость, компетентность и соответствие ожиданиям окружающих. Специфические вегетативные проявления не выходят на первый план, наиболее типичны зримые элементы поведения. Среди часто сопутствующих поведенческих признаков — кусание ногтей, вырывание волос, сосание большого пальца и энурез. Само по себе ГТР в плане клинической диагностики подразумевает тревогу, доходящую до паники в связи с разлукой или, для более старших детей, в связи с предвосхищением расставания с объектом привязанности. ГТР отличается постоянными, неконтролируемыми тревогами, которые могут касаться многих сфер, включая беспокойство по поводу возможных неудач в своей деятельности, семейные или социальные отношения, физическое здоровье и сомнения относительно будущего или прошлого поведения.

Специфические (изолированные) фобии, такие, например, как экзаменационная, характерны для более взрослого возраста. Возникают всегда в связи с конкретной ситуацией и переносятся, как модель поведения, в следующую. При этом психологические и вегетативные симптомы являются первичными по отношению к тревоге и ограничиваются присутствием только в определенной фобической ситуации. Это нарушение может проявляться специфическими поведенческими реакциями по типу избегания «стрессовой ситуации».

Прогноз течения большинства эмоциональных (тревожных) расстройств достаточно благополучен. При адекватной тактике ведения, с использованием всего арсенала имеющихся медикаментозных и психолого-педагогических мероприятий, положительные результаты в коррекции достигаются в большинстве случаев.

Отдельно, хотелось бы обратиться к педагогам и родителям, страдающим «специфической фобией» по отношению к врачу-психиатру. Его деятельность, строго регламентированная многочисленными законами и осуществляемая только с согласия родителей (законных представителей) ребенка, часто вызывает у них многочисленные опасения. В случаях выраженной тревоги (особенно в сочетании с той или иной степенью социальной дезадаптации ребенка), консультация психиатра часто необходима. Врач-психиатр может определить и воздействовать на пусковые механизмы развития болезненного состояния. При необходимости ребенок будет направлен врачом-психиатром на консультацию к медицинскому (клиническому) психологу. Отсутствие адекватной помощи и затягивание процесса диагностики будет способствовать хронизации эмоциональной или психической патологии ребенка.

С учетом вышесказанного, хочется еще раз подчеркнуть важность своевременной диагностики и использования рациональных приемов коррекции эмоциональных нарушений в детском и подростковом возрасте. Психологическая диагностика тревожных проявлений у детей теоретически включает большой арсенал психодиагностических методов. Среди них наибольшее практическое применение в нашей стране нашли опросники и проективные методики. Их достаточно полный и тщательный анализ представлен в научном обзоре Е.Е. Ромицыной (2006), в котором приведены прекрасные таблицы конструктивных характеристик наиболее часто используемых опросников и проективных методик для выявления тревожности у детей. Несмотря на несомненную практическую значимость психологических методик, Е.Е. Ромицина указывает на относительность и вспомогательный характер, диагностируемых ими результатов, необходимость интерпретации полученных данных только с учетом клинико-психологических и анамнестических данных.

В качестве наиболее общих рекомендаций родителям по преодолению детских страхов и тревоги психологи приводят следующие: не пугать детей самим (даже в шутку, вследствие повышенной эмоциональности дети могут испугаться намного сильнее, чем рассчитывают взрослые); проговаривать и обсуждать тревожные ситуации, успокаивать ребенка; сочинять сказки о страхах (если ребенок чего-то боится, то нужно рассказать ему об этом в простой и нестрашной форме, а лучше всего в смешной); нарисовать страх (нарисованный страх можно превратить в нестрашный или уничтожить рисунок со страшным страхом).

Таким образом, тревожные расстройства в детском возрасте являются комплексной клинико-психологической проблемой. Мероприятия по преодолению тревожности у детей и подростков должны носить не узко функциональный (симптоматический), а общий, личностно ориентированный характер, направленный на те факторы среды и характеристики развития, которые в каждом возрасте могут служить причиной тревожности, учитывать

возрастные и половые особенности ребенка, его индивидуальные «зоны уязвимости».

Литература:

1. Астапов, В.М. Тревожность у детей [Текст] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 160 с. – ISBN 978-5-9292-0169-1.
2. Березин, В.Ф. Психическая адаптация и тревога [Текст] / В.Ф. Березин // Психические состояния / Сост. и общ. редакция Л.В. Куликова. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 512с.: ил. – (Серия «Хрестоматия по психологии»). – С.219-229.
3. Гарбузов, В.И. Неврозы у детей и их лечение [Текст] / В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Д.Н. Исаев. – Л., «Медицина», 1977. – 272 с. – Рез.: англ. — Библиогр.: с. 265–269. – 15 000 экз.
4. Краткий психологический словарь [Текст] / сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с. – 500 000 экз.
5. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности [Текст] / А.М. Прихожан: психологическая наука и образование - // Психологическая наука и образование. – 1998. - № 2. – С. 42-46.
6. Прихожан А.М. Тревожность у дет Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А.М. Прихожан. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. — 304 с. (Серия «Библиотека педагога-практика»).

АКТИВНОСТЬ КАК СУБЪЕКТНЫЙ РЕСУРС ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Волочков А.А.

Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет,
г. Пермь, Россия

В современных науках о человеке достаточно актуален поиск детерминант и ресурсов (внешних и внутренних) психологического здоровья. В публикации приведены результаты эмпирического исследования активности субъекта жизнедеятельности как внутреннего ресурса и одного из возможных факторов психологического здоровья человека. Конкретно изучалось психологическое здоровье студента в зависимости от уровня его активности в 5-ти сферах жизнедеятельности: 1) активность в сфере общения (коммуникативная активность); 2) активность в сфере созерцания; 3) активность в сфере познания (познавательная активность); 4) активность в сфере учебной деятельности студента; 5) активность в сфере рефлексии. Соответствующие шкалы измерялись опросником «Диагностика активности студента» [7].

Участники исследования: 586 студентов 1 – 5 курсов двух пермских государственных университетов: национального исследовательского (ПГНИУ) и гуманитарно–педагогического (ПГГПУ). По половому составу в выборке 441 девушки и 145 юношей. По курсам обучения в выборке 282 студента 1 – 2 курсов обучения (в дальнейшем – группа «младшие»), 150 студентов 3 курса 9 («третьекурсники») и 154 студента 4 – 5 курсов, из них 118 пятикурсников («старшекурсники»).

Для измерения характеристик психологического здоровья студентов использовались следующие методики: Тест смысложизненных ориентаций Д. Крамбо и Л. Махолика в адаптации Д.А. Леонтьева (2006), опросник «Большая пятерка» 5PFQ Р. Мак-Крае и П. Коста в адаптации А.Б. Хромова (2000), шкала «Чувство связности» А. Антоновски в адаптации М.Н. Дымшица (Осин 2007), Общий опросник здоровья GHQ (General Health Questionnaire) Д. Гольдберга (1978, 1979).

Измерение уровня и структуры различных проявлений целостной активности студента проводилось с помощью второй версии опросника «Диагностика активности студента» (ДАС), разработанной А.Ю. Поповым и А.А. Волочковым [1; 2; 7]. Структура ДАС соответствует концепции целостной активности субъекта и позволяет получить 5 агрегированных шкал активности студента в 5-ти сферах жизнедеятельности: 1) активность в сфере общения (коммуникативная активность); 2) активность в сфере созерцания; 3) активность в сфере познания (познавательная активность); 4) активность в сфере учебной деятельности студента; 5) активность в сфере рефлексии.

Измерение компонентов и общего индекса учебной активности студента проводилось восьмой версией «Вопросника учебной активности студента» ВУАСТ [1; 2]. Он включает 70 пунктов (по 10 на каждую первичную шкалу), расположенных в случайном порядке. Его структура соответствует теоретической модели активности субъекта сферы жизни [1; 2] и представлена 7 первичными и 4 агрегированными шкалами. Ответы респондентов выражают степень их согласия с суждениями и градуируются в диапазоне от 1 до 5 баллов. Диапазон оценок по шкалам от 10 до 50 баллов. Первичные шкалы: 1) Самооценка обучаемости; 2) Учебная мотивация; 3) Контроль активности в ситуации учебных неудач; 4) Контроль активности в ходе реализации (настойчивость); 5) Динамика исполнительская (воспроизведение стандартов деятельности); 6) Динамика творческая; 7) Результат учебной активности. Агрегированные (суммарные) шкалы: 8) Потенциал учебной активности (усреднение шкал обучаемости и мотивации); 9) Регуляция активности (усреднение шкал контроля активности); 10) Реализация активности (усреднение шкал исполнительской и творческой динамики); 11) УА – общий индекс учебной активности, полученный усреднением шкал 7–10. Опросник может проводиться фронтально, например, одновременно для учебного курса.

Прежде всего, отметим, что по итогам корреляционного и эксплораторного факторного анализа наиболее тесные связи со всеми

измеренными нами маркерами психологического здоровья студента обнаружилось у шкалы учебной активности студента опросника «Диагностика активности студента» [6] и шкал «Вопросника учебной активности студента» [1; 2; 6]. Получается, именно этот вид активности является ведущим по отношению к маркерам психологического здоровья. Для проверки и уточнения соответствующей гипотезы нами был проведен ряд анализов, результаты которых описаны более подробно.

Для оценки влияния ряда независимых переменных на дисперсию разноуровневых свойств интегральной индивидуальности использовался *ex-post-facto* дизайн, множественный дисперсионный и ковариационный анализ с оценкой основных эффектов (MANOVA и MANCOVA). Для уточнения и демонстрации характера статистически достоверных различий и эффектов использовались *t*-критерий Стьюдента и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Независимым фактором выступил «Уровень учебной активности», контролируемый принадлежностью испытуемых к группе высоко-, средне- и низкоактивных студентов. Зависимыми переменными были характеристики психологического здоровья. С использованием ранжирования по суммарному индексу учебной активности из выборок «младших» (1 – 2 курсы) и «старших» студентов (4 – 5 курсы) с использованием рандомизации были отобраны три группы по 40 участников: «активные», «среднеактивные» («нормативные») и «пассивные». Кроме того, соответствующий анализ проводился и в общей выборке студентов (по 120 участников в каждой из трех по уровню активности групп, где курс обучения уже не учитывался). Промежуточные по значению индекса учебной активности участники исключались.

Для проверки гипотезы о влиянии (эффекте) фактора «Уровень учебной активности» на дисперсию характеристик психологического здоровья применялся множественный дисперсионный анализ (MANOVA), позволяющий оценить общий многомерный эффект фактора сразу на весь набор измеренных характеристик, отнесенных к параметрам психологического здоровья. Уже затем в целях детализации картины использовалась серия однофакторных дисперсионных анализов (ANOVA) с последующей визуализацией эффектов. Такой подход позволяет значительно снизить риск ошибки первого рода («ложного срабатывания»), т.е. риска отрицания основной гипотезы, когда на деле она верна.

При этом в MANOVA использовался следующий факторный план:

Независимая переменная (фактор):

Уровень учебной активности студента в его трех градациях: активные, «нормативные», пассивные.

Уровень определялся агрегированным индексом Вопросника учебной активности студента. Способность данного индекса представлять не только количественный, но и качественный уровень учебной активности был показан в более ранних исследованиях [1; 2]. Поскольку индекс учебной активности распределялся нормально, по этой переменной из общей выборки

527 студентов были отобраны три группы по 120 участников с высокой, средней («нормативной») и низкой учебной активностью. Промежуточные группы из анализа исключались.

Зависимые переменные

Пять характеристик, отнесенных к параметрам психологического здоровья:

1. Нейротизм – эмоциональная стабильность (шкала «Большой пятерки» 5PFQ Р. Мак-Крае и П. Коста в адаптации А.Б.Хромова),
2. Осмысленность жизни (общий показатель теста Смысложизненных ориентаций Д. Крамбо и Л. Махолика в адаптации Д.Леонтьева);
3. Шкала чувство связности (общий показатель теста А.Антоновски в адаптации М.Н.Дымшица);
4. Шкала нарушений здоровья Общего опросника здоровья GHQ (General Health Questionnaire) Д. Гольдберга.
5. Шкала Я-авторское Пермского вопросника Я (Л.Я.Дорфман).

Прежде всего, вычислялся *общий многомерный эффект* фактора «Учебная активность» по отношению ко всей группе маркеров психологического здоровья студентов. Этот эффект оценивался по величине «эта-коэффициента» (η -коэффициент) По смыслу и интерпретации η -коэффициент идентичен коэффициенту корреляции К. Пирсона. Возведенный в квадрат, эта-коэффициент объясняет процент общей вариации зависимых переменных, объясняемый основным эффектом фактора. По критерию Коэна величина $\eta = 0,1$ характеризует слабую величину эффекта, $0,3$ – среднюю, от $0,5$ – высокую [9].

В нашем случае обнаружен мощный общий многомерный эффект фактора «Уровень учебной активности»: Pillai's Trace $F=12,105$, $p<0,000$, $\eta = 0,407$. Данный эффект объясняет около 17,0% дисперсии всех 5-ти переменных, характеризующих в исследовании психологическое здоровье студентов.

Все *частные главные* эффекты фактора «Уровень учебной активности» также высоко значимы. Обращает на себя внимание то, что наиболее значимое влияние обнаружено на ключевые по В.Франклу [8] и А.Антоновски [9] характеристики психологического здоровья: осмысленность жизни и чувство связности. Несколько меньшие (но значимые) эффекты наблюдаются по отношению к эмоциональным характеристикам психологического здоровья (стабильность и нарушения эмоционального здоровья) и выраженности модальности Я-Авторское Пермского вопросника Я.

Таким образом, учебная активность является значимым фактором по отношению к проявлениям психологического здоровья студентов. Но каково «качественное», содержательное наполнение обнаруженных эффектов? И

насколько общая картина многомерного эффекта фактора учебной активности на психологическое здоровье студентов соответствует серии одномерных эффектов?

Детализация общей картины эффектов проводилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), проведенного в общей выборке 586 студентов. Независимым фактором опять же являлась переменная «Уровень учебной активности», представленная в трех градациях. Как и в первом случае (на выборке 527 участников) в каждой градации было по 120 участников. Кроме того, анализ проводился отдельно в группе «младших» студентов и старшекурсников.

Итоги анализа показывают, что вне зависимости от курса обучения студента учебная активность влияет на все измеренные нами характеристики психологического здоровья. При этом наиболее мощные эффекты зафиксированы на ключевые с точки зрения концепций логотерапии («душевного здоровья», по В.Франклу) и салютогенеза (по А.Антоновски) маркеров психического (психологического) здоровья – осмысленность жизни и чувство связности [8; 9].

Аналогичная картина наблюдается и по другим переменным. Все эффекты отражают позитивное влияние фактора «Учебная активность студента» на измеренные характеристики психологического здоровья. С нарастанием индекса учебной активности растет осмысленность жизни, чувство связности. При этом различные по уровню активности группы студентов совершенно не пересекаются по значениям своих 95%-х конфиденциальных интервалов. Это убедительно свидетельствует в пользу вывода о том, что различный уровень учебной активности студента приводит к различному (количественно и качественно) уровню их психологического здоровья. Сравнительный анализ в разновозрастных группах студентов показывает, что эта закономерность сохраняется как «на старте» обучения, так и у старшекурсников. Эта закономерность позволяет высказать предположение о том, что учебная активность в студенческом возрасте является значимым ресурсом психологического здоровья студента. Эти результаты поддерживают предположение Д.Н. Хломова и Е.Р. Калитеевской, которые среди критериев психологического здоровья выделяют способность человека к выходу за пределы своей биологической, социальной и даже психологической детерминированности, выступая субъектом своей жизни в изменяющемся мире [10].

Таким образом, в соответствии с результатами эмпирического исследования активности субъекта жизнедеятельности как внутреннего ресурса и одного из возможных факторов психологического здоровья человека можно сформулировать следующие выводы:

1. С нарастанием учебной активности нарастают осмысленность жизни и чувство связности. Эмпирически выявленные эффекты (как общий многомерный, так и частные) характеризуют учебную

активность как значимый маркер психологического, «душевного здоровья» студента.

2. Различный уровень учебной активности студента приводит к различному (количественно и качественно) уровню их психологического здоровья. Сравнительный анализ в разновозрастных группах студентов различных вузов показывает, что эта закономерность сохраняется как «на старте» обучения, так и у старшекурсников. Эти закономерности позволяют высказать предположение о том, что учебная активность в студенческом возрасте является существенным ресурсом психического (психологического) здоровья студента.

3. Учебная активность по итогам исследования выступает как фактор и внутренний ресурс психологического здоровья студента. Этот ресурсный фактор не задан генетически предшествующими поколениями и не находится во внешней по отношению к индивидуальности среде. Это ресурс субъектности, представленный учебной активностью как ключевой характеристикой субъекта образовательных взаимодействий.

Литература:

1. Волочков, А.А. Активность субъекта бытия: Интегративный подход / А.А. Волочков. Перм. гос. пед.ун-т. Пермь, 2007. – 375 с.
2. Волочков, А.А. Активность субъекта сферы жизни: теоретическая модель и эмпирика / А.А. Волочков // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – Т. 7. – 2010. – № 1. – С. 12-45.
3. Попов, А.Ю. Диагностика активности студента: монография / А.Ю. Попов, А.А. Волочков. – Пермь: ПГПУ, 2014. – 216 с.
4. Волочков, А.А. Активность, ценностная направленность и психологическое здоровье студенчества / А.А. Волочков, Н.В. Коптева, А.Ю. Попов, А.Ю. Калугин, Е.Н. Митрофанова / Пермь. Перм.гос. гум.пед.ун-т., 2015. – 200 с.
5. Калитеевская, Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Е.Р. Калитеевская // Психология с человеческим лицом. 2010 – С. 230-238.
6. Попов, А.Ю. Диагностика целостной активности субъекта жизнедеятельности / А.Ю. Попов, А.А. Волочков // Высшее образование сегодня. – 2008. – № 2. – С. 46-50.
7. Попов, А.Ю. Структура и психологическая диагностика активности студента / А.Ю. Попов, А.А. Волочков; Перм.гос.гум.-пед.ун-т, 2015. – 152 с.
8. Франкл, В. Доктор и душа / В. Франкл. – СПб.: Ювента, 1997. – 368с.
9. Antonovsky, A. The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence / A. Antonovsky // Israeli Journal Psychiatry and Related Sciences. – 1985. – Vol. 22. – N 4. – P. 273-280.

10. Tabachnick, B.G. Using Multivariate Statistics. Fifth Edition / B.G. Tabachnick, L.S. Fidell. – Pearson International Edition, 2007.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Гагарина М. А.

Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград, Россия

Интерес к посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР), т.е. к состояниям, возникающим как затяжная или отставленная реакция на ситуации, сопряженные с насилием, угрозой жизни, катастрофами, обусловлен увеличением количества антропогенных катастроф, все большим количеством «горячих точек» в различных регионах планеты, захлестывающей мир эпидемией тяжких преступлений. Во все времена были известны случаи возникновения тяжелых, для человека и его психики, последствий каких-либо психотравмирующих событий. Интенсивность стрессогенного воздействия в этих случаях бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Однако, их наличие может способствовать его развитию, отражаться в течение или клинической картине, влиять на интенсивность расстройства. Тем не менее, ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека, что делает это проблему достойной тщательного рассмотрения и изучения [1].

Знакомство с клиникой и терапией ПТСР тем более важно, так как больные нередко попадают в поле зрения врачей самого разного профиля в связи с полиморфностью симптомов, которые включаются в картину ПТСР, наличием в этой картине, наряду с психопатологическими явлениями, более или менее выраженных соматических нарушений.

Рассмотрение путей диагностики и психокоррекции симптомов ПТСР имеет большую практическую значимость из-за частой необходимости работы психологов с больными, у которых есть подозрение на развитие посттравматического стрессового расстройства. Дифференцирование симптомов ПТСР, которые могут проявляться самым различным образом, работа с ними и устранение причины их проявления – одна из главных задач психологов при работе с людьми, попавшими в условия чрезвычайной ситуации.

Объект работы: люди с посттравматическим стрессовым расстройством.

Предмет работы: эмоционально-личностная сфера людей с посттравматическим стрессовым расстройством.

Цель работы: изучить с помощью эмпирических методов особенности

эмоционально-личностной сферы людей с посттравматическим стрессовым расстройством.

Задачи работы:

1. Сбор и изучение теоретического материала, раскрывающего сущность посттравматического стрессового расстройства.

2. Провести качественный анализ результатов, полученных в ходе исследования выборки больных. На основе проанализированных результатов исследования сделать выводы относительно личностной специфики людей с посттравматическим стрессовым расстройством.

3. Определить «проблемную зону» по результатам исследования и составить коррекционную программу для работы с диагностированной проблемой.

4. Проанализировать результаты коррекционных работ, оценить эффективность коррекционных мероприятий.

Гипотеза: взаимосвязь уровня тревожности и уровня агрессии личности человека с посттравматическим стрессовым расстройством выражено больше, чем такая же взаимосвязь у людей без диагностированного посттравматического стрессового расстройства.

Методы исследования: при проведении эмпирического исследования были использованы такие методы, как наблюдение, эксперимент, тестирование, интервьюирование, беседа, анализ и синтез. Так же использовался статистический анализ полученных данных, с последующей интерпретацией полученных результатов.

Понятие посттравматического стрессового расстройства раскрывается через понимание сущности явления самого стресса как такового. Стресс – неспецифическая реакция организма на воздействие, нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма [8]. В свою очередь, посттравматическое стрессовое расстройство – это тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, сопровождающееся формированием специфического симптомокомплекса. Под психотравмирующими ситуациями обычно понимаются различные катастрофы природного и техногенного характера, военные действия, проявления насилия по отношению к человеку [7].

В свою очередь, личность — система социально значимых качеств индивида, мера овладения им социальными ценностями и его способность к реализации этих ценностей [5]. Согласно теории структуры личности Гюнтера Аммона, в рамках которой рассматривались личностные изменения в данном исследовании, психические процессы основываются на отношениях, а структура личности является отображением этой совокупности отношений. Психические расстройства представляют собой спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности [3].

На основе анализа теоретического материала было выявлено, что

основные особенности личности людей с посттравматическим стрессовым расстройством заключаются в симптоматическом проявлении тревожности, мнительности, агрессии, наблюдается проявление асоциального поведения, замкнутость, излишняя обеспокоенность своим прошлым, апатия, эмоциональная черствость. Все вышперечисленное так же зачастую может быть связано с нарушениями памяти и внимания, могут наблюдаться соматические проявления симптоматики расстройства [2,4,6,9].

Для получения необходимых данных, выявления личностных особенностей людей с посттравматическим стрессовым расстройством было выбраны:

- Миссисипская шкала ПТСР;
- Шкала депрессии Бека;
- Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханнина;
- Я-структурный тест Гюнтера Аммона.

Выборка: Общее количество опрашиваемых составило 68 человек. В категорию опрашиваемых вошли мужчины в возрасте от 28 до 53 лет, исследование проводилось на базе ГБУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн». Экспериментальная группа ПТСР была составлена из 33 человек с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством. Выборка из 35 мужчин, у которых не было диагностировано посттравматического стрессового расстройства, составляет контрольную группу.

Результаты исследования показали, что у экспериментальной группы действительно наблюдается выраженность посттравматического стресса, эмоциональный фон респондентов гораздо ниже, чем у респондентов контрольной группы. Так же, было замечено, что уровень влияния тревожности на личностную агрессию у людей с посттравматическим стрессовым расстройством значимее, чем у людей, у которых не было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство. Сравнивая статистические данные, полученные по двум выборкам, мы действительно можем заметить разницу во взаимосвязи тревожности и агрессии личности у контрольной группы и экспериментальной группы. Так, при анализе результатов, полученных по экспериментальной группе, можно обнаружить наличие большего количества взаимосвязей между переменными тревожности и агрессии, чем у контрольной группы, примечательно так же и то, что взаимосвязь прослеживается на различном сочетании переменных. А главное – связи, наблюдаемые между переменными экспериментальной группы выражены сильнее, чем у контрольной группы. Люди с посттравматическим стрессовым расстройством, при ощущении тревоги и страха все же склонны реагировать разрушительной агрессией, чего не наблюдается у контрольной группы, респонденты которой при ощущении тревоги и страха имеют тенденцию к реагированию «уходом» от стрессовой ситуации, не проявляя агрессии как таковой.

Исходя из написанного выше, мы смело можем сказать о том, что гипотеза, выдвинутая в начале исследования, подтверждается - взаимосвязь уровня тревожности и уровня агрессии личности человека с посттравматическим стрессовым расстройством выражено больше и гораздо значимее, чем такая же взаимосвязь у людей без диагностированного посттравматического стрессового расстройства.

Для реализации психокоррекционных мероприятий был выбран групповой вариант работы. Данный вид психокоррекции позволяет решать широкий круг общих для пациентов задач, в число которых входят следующие:

1. Создание безопасного социального пространства.
2. Снижение чувства изоляции и формирование чувства принадлежности, общности целей, комфорта и поддержки.
3. Формирование чувства универсальности собственного опыта.
4. Прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы.
5. Возможность принять на себя роль «помогающего».
6. Развитие «чувства локтя»: общие проблемы разделяются участниками группы.
7. Возможность делиться с кем-то информацией о себе, говорить о любых чувствах другим людям.
8. Укрепление уверенности в возможности успешного прохождения терапии.
9. Снижение чувства тревоги пациента, формирование ощущения доверия и поддержки.

В число обязательных методов психокоррекции входили:

- Принципы сократовского диалога как основной метод для выявления и работы с неадаптивными мыслями и установками.
- Использование метафор позволяет передавать информацию на уровень бессознательного клиентов, что помогает активизировать скрытые ресурсы и приводит к неожиданным решениям проблемы.
- Техника прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, позволяющая овладеть общими навыками саморегуляции.
- Техники дебрифинга, способные снизить ощущение тревожности, помогающие установить доверительные отношения в группе и приводящие к мобилизации ресурсов для социальной поддержки.
- Техника тройной диссоциации, предназначенная для работы с сильными эмоциональными реакциями и позволяющая обрести контроль над ними.
- Отдельные упражнения по психотерапии ПТСР («Упражнение по разотождествлению», «Оживление приятных воспоминаний», различные упражнения в рамках психосинетза) [10].

Психокоррекционные мероприятия проводились в течение 9 дней на протяжении трех недель (3 занятия в неделю) и включали в себя комплекс

коррекционных техник, парциально применяемых при работе с участниками экспериментальной группы в соответствии с составленной программой психологической коррекции.

Для оценки эффективности и успешности проведенной психокоррекционной работы был проведен анализ интересующих нас данных тестирования, проведенного после завершения коррекционной работы.

Для этих целей перед началом проведения коррекционных работ были вновь составлены контрольная и экспериментальная группы, состоящие из респондентов с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством. Оценка эффективности, проводимая после окончания коррекционных работ, показала, что тревожные проявления у респондентов экспериментальной группы, подвергшихся коррекционному воздействию имеют тенденцию к снижению. Это позволило сделать предположение о том, что при дальнейшем интенсивном коррекционном воздействии результаты психокоррекционных работ, возможно, будут более значительными.

Литература:

1. Ахмедова, Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни / Х.Б. Ахмедова. – М., 2004. – 93 с.
2. Будников, С.В. Психологические последствия экстремальных ситуаций у сотрудников правоохранительных органов и гражданских лиц / С.В. Будников, Н.В. Дворянчиков // Психологическая наука и образование. – 2013. – №2.
3. Кабанов, М.М., Незнанов, Н.Г. Очерки динамической психиатрии / М.М. Кабанов, Н.Г. Незнанов. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
4. Кровяков, В.М. Психотравматология / В.М. Кровяков. – М., 2005. – 290 с.
5. Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов / Л.В. Куликов. – Хрестоматия. – 2-е изд. СПб.: Питер, 2010. – 464 с.
6. Лангле, А. Личностные расстройства и генез травмы. Экзистенциальный анализ личностных расстройств, возникающих вследствие травм / А. Лангле // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – №3.
7. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
8. Селье, Г. Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье. – М., 1960. – 253 с.
9. Тарабрина, Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности, вопросы терапии / Н.В. Тарабрина, Е. Д. Соколова, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова // Materia Medika. – 1996. – №1.

10.Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых.– СПб.: Питер, 2006. – 130 с.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гуреева И. Л., Исаева Е. Р.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Категория «отношения» — одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений», зародившейся еще в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Первоначально она была очерчена А. Ф. Лазурским и С. П. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». Преждевременная смерть А. Ф. Лазурского не позволила ему придать этой теории законченный вид. В дальнейшем психология отношений развивалась В. Н. Мясищевым. Основное положение данной концепции заключается в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Иными словами, при психологическом анализе личность, целая и по своей природе неделимая, предстает перед исследователем как система отношений, которая рассматривается как психическое выражение связи субъекта и объекта [7].

Отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой — оказывает существенное влияние на его поведение. Следовательно, оно может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую следует направить психокоррекционное воздействие специалиста, практикующего в сфере психологии здоровья. При этом дифференцированный подход к психокоррекционной работе должен опираться на всестороннее изучение особенностей отношения людей к своему здоровью.

До сих пор исследования данного вопроса не получили широкого распространения в современной науке (в отличие от многочисленных исследований отношения к болезни) [8].

Интерес к проблемам здоровья и поведения стал расти во второй половине XX века, когда на первые места в структуре смертности и заболеваемости вышли болезни, вызванные не экзогенными (внешними), а эндогенными (внутренними) поведенческими причинами [1].

Здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей человека. Это сложный системный феномен, который имеет свою специфику проявления как на физическом, так и на социально-психологическом уровнях. На современном этапе научного развития, который характеризуется сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на

саноцентрическую, система представлений о здоровье человека рассматривается как расширенная концепция, включающая в себя как понятие «здоровье», так и понятие «болезнь». В рамках этой концепции данные понятия являются взаимосвязанными, а не взаимоисключающими [3].

Поэтому актуальность изучения существующего сегодня "отношения к здоровью" на уровне индивидуального сознания, обуславливается рядом причин. Во-первых, все большее беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья всех возрастных групп населения.

Во-вторых, сегодня состояние здоровья российского населения приближается к тому рубежу, за которым, речь может идти об угрозе национальной безопасности.

В-третьих, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры населения при отсутствии государственной идеологии здоровья, обуславливает рост негативных видов поведения, связанных со здоровьем [5].

В этой связи актуальным является изучение картины здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими или иными заболеваниями, для которых категория "здоровье" должна была бы иметь, казалось бы, несколько иное, особое значение. Научный интерес может представлять также сопоставление их отношения к здоровью с отношением к собственному заболеванию и уровнем комплаентности к лечению.

Целью нашего исследования явилось изучение отношения к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Задачи исследования:

1. Оценить степень удовлетворенности своим здоровьем и качеством жизни у пациентов с психосоматическими заболеваниями.
2. Определить уровень приверженности лечению.
3. Выявить уровень тревоги и депрессии у пациентов, находящихся на стационарном лечении в связи с обострением своего основного заболевания.
4. Исследовать уровень субъективного контроля и иррациональные установки личности обследуемых у пациентов.
5. Определить и конкретизировать направления психологической коррекции для пациентов с психосоматическими заболеваниями.

В основу исследования легло предположение, что уровень оценки своего здоровья и «отношение к здоровью», представляющие собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, влияет на формирование отношения к своему заболеванию и, как следствие, на отношение к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций.

Для решения поставленных задач исследования использовался следующий комплекс методик:

1. Методика исследования тревожности (Спилбергер-Ханин).
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС.
3. Методика «Иррациональные убеждения» А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера).
4. Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни Н.Е. Водопьяновой.
5. Методика самооценки здоровья Дембо-Рубинштейн.
6. Анкета «Отношение к здоровью».

Исследование проведено на базе психосоматического отделения Городской больницы № 32 г. Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 22 пациента с артериальной гипертензией 2 степени и ожирением 1-2 степени. Средний возраст обследованных пациентов составлял 49 лет.

При исследовании выраженности тревожно-депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на момент обследования на стационарном лечении, обнаруживался высокий уровень тревожности как личностной ($M=54\pm 6$), так и ситуативной ($M=55\pm 7$). Депрессивные проявления не выражены.

При исследовании иррациональных установок отмечалась средняя выраженность данных установок. Учитывая полученные данные, можно заметить, что пациенты воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость, часто ставят свое здоровье и благополучие в зависимость от внешних ситуаций и окружающих людей. Необходимо отметить также, что пациенты очень требовательно относятся к окружающим людям, кроме того, у большинства из них, обнаруживалась низкая фрустрационная толерантность, проявлявшаяся в низкой устойчивости к изменениям окружающего мира, к стрессам и нежелательным событиям.

Исследование удовлетворенности качеством жизни показало, что пациенты критично относились к некоторым сферам своей жизни. Низкие показатели были обнаружены по шкалам: личные достижения, здоровье, оптимизм, самоконтроль, положительные эмоции. В результате чего можно говорить о том, что пациенты, страдающие артериальной гипертензией, довольно часто испытывали отрицательные эмоции по поводу своего здоровья, а также были склонны пессимистично оценивать свою жизненную ситуацию. Можно предположить, что есть сложности осмысления своей жизни, так как общий индекс удовлетворенности своей жизнью и своим существованием был на низком уровне.

Что касается отношения к своему здоровью, то здесь, исходя из результатов по методике Дембо-Рубинштейн и анкеты на отношение к здоровью, четко прослеживалась экстернальность в отношении своего здоровья и низкая комплаентность в лечении на фоне завышенных требований к понятию – «здоровье». Пациенты плохо различают сигналы предболезни, обращают внимание на свое состояние уже при наступлении собственно болезни.

В критериях оценки качества жизни пациенты, прежде всего, обращают внимание на свое физическое самочувствие, а именно, полноценность сна, аппетит, бодрость (или слабость), болевые ощущения и др. Реже оценивалось психологическое состояние.

Итак, по проведенному исследованию можно заключить, что у пациентов с психосоматическими заболеваниями выражены тревожность, недовольство своей жизнью и иррациональные установки (катастрофизация, фрустрационная толерантность, долженствование в отношении других). Наблюдается низкая комплаентность в отношении лечения и экстернальный локус контроля, особенно в отношении своего здоровья. Имея в представлении завышенный идеал здоровой личности, пациенты редко демонстрируют активную жизненную позицию, в которой ответственность за свое здоровье несет непосредственно сам человек.

На основании полученных результатов можно выделить направления психотерапевтических воздействий для пациентов с психосоматическими заболеваниями с учетом их личностных особенностей.

- Важно формировать у пациентов приверженность лечению, например, с помощью мотивационного интервью.
- Необходимо обратить внимание на повышение уровня информированности у пациентов, относительно своего заболевания, например, больше времени посвящать (обсуждать, внедрять активные формы обсуждения) этому на занятиях «школы пациентов».
- Важно использовать стратегии психотерапевтического воздействия, направленные на нивелирование тревожных проявлений у обследуемых пациентов, например, эффективным мог бы стать комплекс тренировок по повышению психоэмоциональной саморегуляции.
- Особенно важно в психотерапевтической работе с такими пациентами разрабатывать программы, направленные на коррекцию иррациональных установок.

Литература:

1. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев,— СПб.: Питер, 2001. 105 с.
2. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф. Р. Филатов. — М., 2001. — 23с.
3. Лаптев, А.А. Психология здоровья / А.А. Лаптев. — М.: Медицина, 2000.- 873 с.
4. Маслоу, А. Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу.— СПб., 1997. — 74 с.
5. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. —М.; Воронеж, 1995. — 56 с.
6. Оллпорт, Г.В. Личность в психологии / Г.В. Оллпорт— М., 1998. — 45 с.

7. Психология здоровья: Учебник для вузов / под ред Г.С. Никифорова. – Спб.: Питер, 2003. – 606 с.
8. Психологические методы обретения здоровья: хрестоматия / Сост. К.М. Сельчонок. – Мн.: Харвест, 2001. – 720 с.

ОБРАЗ ВРЕМЕНИ СТУДЕНТОВ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ЭФФЕКТИВНОГО ЖИЗНЕТВОРЧЕСТВА

*Ю.П. Деревянко,
ст. преподаватель кафедры общей и клинической психологии
НИУ «БелГУ»*

Современному российскому обществу, переживающему период кардинальных изменений, необходим специалист, способный самостоятельно пополнять свои знания, ориентироваться в стремительно нарастающих информационных потоках, умеющий критически мыслить, вырабатывать осмысленную социально-ценностную позицию. Сегодня от молодого специалиста требуется умение не только обслуживать имеющиеся производственные и социальные технологии, но и быть активным субъектом инновационной деятельности, успешным и целеустремленным творцом культуросозидательной практики общества. Разумеется, такая жизненная позиция возможна только в ситуации гармоничного развития здоровой личности, ориентированной на потребность анализировать личную компетентность во времени, на процесс личностного роста и самореализации, на организацию рационального и продуктивного использования времени жизни [2].

Познать время, управлять временем и овладеть им – это важные задачи жизнедеятельности человека. В связи с этим научный интерес современных исследователей-психологов представляют способы управления временем личностью, его рациональная организация. Многочисленные исследования (Фресс, 1978) обнаруживают связь между субъективной длительностью времени и характером деятельности людей, их отношением к последней, уровнем мотивации и эмоциональным состоянием.

В психологии накоплен значительный опыт изучения образа времени. Е.И. Головаха и А.А. Кроник психологическое время определяли как время, переживаемое человеком [1]. В работах С.Л. Рубинштейна и Б.Г. Ананьева образ времени рассматривается с точки зрения генетического принципа, принципа историзма и связи переживания времени с трудовой деятельностью и общением [3]. К.А. Абульханова-Славская утверждала, что сущность организации личностного времени может быть раскрыта через соотношение личности с таким процессом, как ее жизненный путь. В работах В.И. Ковалева, Л.Ю. Кублицкене, В.С. Серенковой, О.В. Кузьминой личностное время определяется как психовременная организация личностного сознания и самосознания у взрослого человека и временная организация личностью

своего поведения, деятельности и общения. В.Г. Асеев рассматривает психологическое время как единство психологического прошлого, настоящего и будущего. К. Левин изучал проблему жизненной и временной перспектив.

В работах П. Фресса указывается, что образ времени зависит от насыщенности определенного отрезка времени эмоционально значимыми событиями. В частности, в ситуации стресса время в связи с постоянным эмоциональным напряжением воспринимается более растянутым, по сравнению с ситуациями, не имеющими эмоциональной значимости для субъекта. Отсюда вытекает необходимость изучения образа времени личности в ситуации стресса, который в психологии понимается как состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых экстремальных состояниях.

Необходимость изучения образа времени у студентов вытекает из психологических характеристик данного возрастного периода. Центральным новообразованием данного возраста является профессиональное и личностное самоопределение, формирующееся в процессе учебно-профессиональной деятельности. При осуществлении данного вида деятельности у студентов возникает необходимость рационального распределения времени, в связи с увеличением количества требований к ним. В связи с изменением образа времени в период сессии, которая для некоторых студентов является стрессовой ситуацией, у молодых людей возникают сложности в планировании своей учебно-профессиональной деятельности, что может привести к снижению количества и качества усваиваемого учебного материала, и впоследствии - к снижению успеваемости. Таким образом, возникает противоречие между предъявляемыми образовательными программами требованиями к студентам и возможностью их выполнения.

В нашем исследовании установлено, что образ времени у студентов в стрессовой ситуации имеет свои особенности.

Наибольшее количество студентов (85%) в период сессии имеет чрезмерный уровень нервно-психического напряжения. Они испытывают чувство неуверенности в себе, ожидание неудачи, провала. Кроме того, у большинства студентов во время сессии снижено настроение, они подавлены, испытывают чувство страха, паники, отчаяния. Их характеризует значительное снижение помехоустойчивости, неспособность работать при отвлекающих раздражителях, ухудшение внимания, неспособность сосредоточиться на деле, отвлекаемость, снижение сообразительности и растерянность.

У них обнаружен высокий уровень ситуативной тревожности. Они эмоционально неуравновешены, робки, неуверенны в себе и взвинчены в период сессии. Высокий уровень тревожности создает проблемы в общении,

вследствие чего снижает успешность учебно-профессиональной деятельности студентов.

Образ времени студентов с чрезмерным уровнем нервно-психического напряжения в период сессии представлен следующими особенностями.

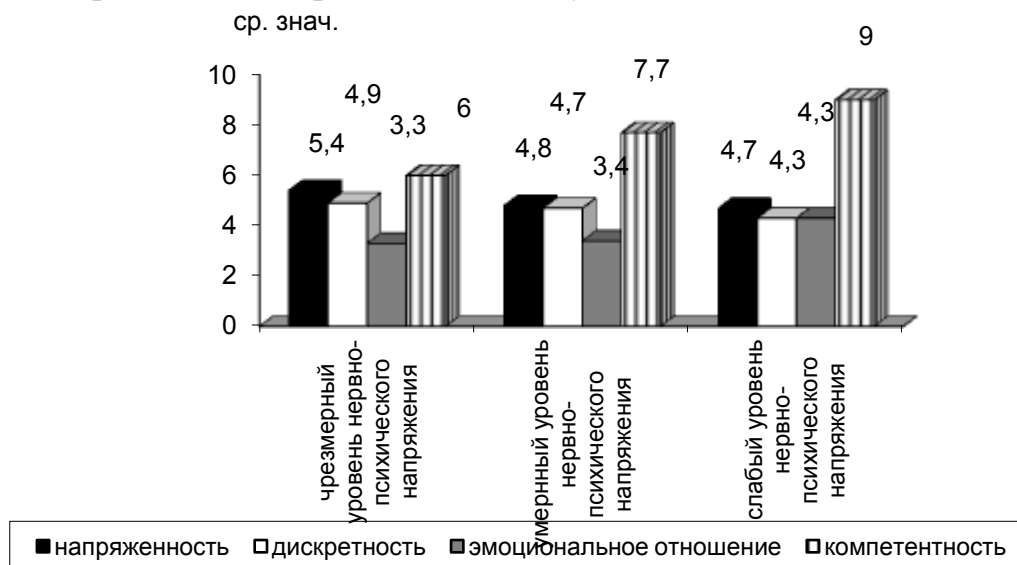


Рис.1 Показатели компонентов образа времени студентов с разным уровнем нервно-психического напряжения в период сессии

Жизненный (временной) интервал студентов представлен разнообразными, прерывающимися событиями, скачкообразно сменяющимися друг друга. Главным качеством упорядочивания жизненных событий для студентов выступает их насыщенность и быстротечность, беспредельность неприятного времени выражена минимально. Анализ способности жить настоящим и осознавать неразрывность прошлого, настоящего и будущего студентов с чрезмерным нервно-психическим напряжением в период сессии показал низкое значение компетентности во времени (6 баллов). При этом студенты ориентируются только на один из отрезков времени: прошлое, настоящее или будущее. Чаще всего – это прошлое.

10 % студентов в период сессии характеризуются умеренным уровнем напряжения. Они испытывают повышенное чувство уверенности в себе, у них приподнятое, повышенное настроение. В тоже время у них обнаружен высокий уровень ситуативной тревожности. Они склонны воспринимать угрозу своей самооценки и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженным состоянием тревожности.

Студенты с умеренным уровнем нервно-психического напряжения, также как и с чрезмерным уровнем, жизнь переживают как насыщенную быстротечными, раздробленными событиями, скачкообразно сменяющимися друг друга (рис.1). Время воспринимается ими неприятным и ограниченным. При этом, также как у студентов с чрезмерным уровнем нервно-психического напряжения, в структуре образа времени испытуемых этой группы доминирует напряженность, а отрицательное эмоциональное отношение к диапазону времени выражено минимально.

В тоже время, способность жить настоящим и осознавать неразрывность прошлого, настоящего и будущего студентов с умеренным нервно-психическим напряжением в период сессии несколько выше, чем у студентов с чрезмерным уровнем. Мы выявили низкое значение компетентности во времени (7,7 баллов). Это значит, что в период сессии студенты, чаще всего, живут прошлым или будущим, но никак не настоящим. Различия статистически достоверны ($t = 2,164$, при $p < 0,01$).

5 % студентов во время сессии характеризуются слабым уровнем нервно-психического напряжения. Или же в период сессии они уверены в своих силах, в своих способностях. Так же у таких студентов прослеживается обычное настроение, нормальный сон. У них отсутствует какие-либо изменения в сфере эмоций и чувств. Кроме того, ощущение напряжения у таких студентов не развивается практически никогда. У таких студентов обнаружен средний уровень ситуативной тревожности. Это определяет естественную и обязательную особенность активной деятельности личности. Хотя в тоже время у таких студентов менее выражен мотив достижения.

Образ времени студентов, не испытывающих стресс во время сессии, представлен через организованное, насыщенное, быстрое время (рис. 1). События сменяют друг друга скачкообразно и прерывисто. В тоже время у студентов такой образ времени не вызывает неприятия. Они позитивно оценивают такое качество упорядочивания жизненных событий. Анализ компетентности во времени (9 баллов) студентов со слабым нервно-психическим напряжением в период сессии показал их способность переживать настоящий момент своей жизни не просто как фатальное следствие прошлого или подготовку к будущей «настоящей» жизни. Именно эти студенты сдают сессию без сожалений о зря потерянном времени в течение семестра. Сессия для них – не стартовая площадка для будущей успешности в обучении, а реальное актуальное жизненное событие, переживаемое во всей его полноте. Различия статистически достоверны ($t = 2,114$, при $p < 0,01$).

Таким образом, нами установлено, что в стрессовой ситуации студенты отрицательно оценивают насыщенность жизни разнообразными, не связанными между собой, раздробленными жизненными событиями; ориентируются только на один из отрезков временного континуума.

Литература

1. Головаха, Е.И. Психологическое время личности / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. - Киев: Наукова думка, 1984. – 207 с.
2. Деревянко, Ю.П. Особенности переживания времени студентов в ходе профессионального становления / Ю.П. Деревянко // Современные направления теоретических и прикладных исследований 2010: Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. Том 22. Педагогика, психология и социология.- Одесса: Черноморье, 2010.- С. 62-66.

3. Рубинштейн, С.Л. Восприятие времени и пространства и субъективное пространство индивида [Текст] / С.Л. Рубинштейн // Мир психологии. – М., 1999. – С. 21-23.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ БОЛЬНЫХ С ИБС: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е. Н.
Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», появилось в медицине в 80-е годы прошлого века в связи с необходимостью комплексной оценки состояния больного на разных этапах лечения и реабилитации. Качество жизни (КЖ) можно понимать как сложный многокомпонентный конструкт, отражающий различные механизмы формирования сферы здоровья человека, включающие знания, понимание и отношение к здоровью и болезни, уровень общего благополучия личности, удовлетворенность теми сторонами жизни, на которые влияет болезнь; индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей. Во многих исследованиях понятия «качество жизни», «удовлетворенность жизнью», «субъективное благополучие», «счастье» имеют близкий смысл.

Цель исследования: изучить психологические проблемы больных с ишемической болезнью сердца и определить перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами было проведено изучение качества жизни 148 пациентов с диагнозами: 1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК; 2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД». Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ «BioStat» и MicrosoftExcel.

Выводы: установлено, что КЖ больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания. Показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов, с ИБС: ПИКС (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, по сравнению с теми, у кого инфаркта не было с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. Выявлены низкие значения КЖ «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК без инфаркта миокарда в анамнезе, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в высокой степени.

Было также определено, что субъективная оценка КЖ пациентов с ИБС определяется не только тяжестью соматического состояния, но и комплексом психологических факторов - личностными особенностями, актуальным эмоциональным состоянием, характером межличностных взаимодействий. Ведущими психологическими характеристиками больных ИБС, сопряженными с низким уровнем КЖ, являются недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, такие характеристики межличностных отношений как уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание; а также ситуативная и личностная тревожность, мягкость.

Тенденция к снижению КЖ у больных ИБС отмечается в случае преобладания таких личностных особенностей как доминантность, подозрительность, внутреннее напряжение, радикализм, чрезмерная чувствительность к болезни, доминирования в сфере межличностного взаимодействия конкурентности, холодности, критичности, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, пессимизма. Тенденция к повышению КЖ выявлена у пациентов с оптимистическим объяснительным стилем. С высокими значениями КЖ сопряжены эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние. Перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС: выявление психологических характеристик, связанные с уровнями удовлетворенности жизнедеятельностью, позволяет наряду с медикаментозной терапией рекомендовать психологическую коррекцию к дополнению в блок стандартных лечебных и реабилитационных мероприятий с целью повышения КЖ больных.

Литература:

1. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс // СПб.: НИИ им. Бехтерева, 2009. – С. 32.
2. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия // Медицина, 2010. –С. 160.
3. Соловьева, С.Л. Психологические особенности «психосоматической» личностной структуры / С.Л. Соловьева // Вестник клинической психологии. Т.1, № 2. –2013. –С. 199 – 204.

ВЛИЯНИЕ ОКРУЖЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ И УСПЕВАЕМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е. Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Мнение о том, что окружение формирует человека, является предметом многих дискуссий. Одни считают, что всё имеющееся в человеке заложено с детства, другие говорят, что всё зависит от окружения человека, которое

может влиять как положительно, так и отрицательно. Влияние окружения велико и очевидно. Неважно, как выглядит окружение человека, влияющее на его жизненные цели. Это могут быть родители, друзья, коллеги по работе. Главное, что влияние окружения на человека велико и наши цели, или наши намерения, формируются под влиянием среды, в которой мы живем. Мы попросту не можем позволить себе игнорировать оценки и цели окружающей нас среды. Какими бы неверными или даже дикими вначале не казались нам ее взгляды, в итоге мы соглашаемся с ними. Недаром русская пословица гласит: «С волками жить, по-волчьи выть».

Цель исследования: провести исследование и изучить проблему - влияние моего окружения на развитие личности и успеваемости в обучении.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами было проведено исследование, в котором приняли участие студенты 3 курса лечебного и педиатрического факультетов Курского государственного медицинского университета. Выборка составила 50 студентов, основное количество пришлось на лечебный факультет.

Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты «Социальные аспекты влияния окружения на процесс обучения в КГМУ». В ходе анкетирования было предложено 35 вопросов, касающихся основных аспектов влияния на студентов окружающих: был рассмотрен вопрос лидерства, степень сплоченности каждого индивида с группой, основные моменты мотивации к учёбе. Анкета содержала следующие вопросы: С какими людьми я провожу время? Среди каких людей я нахожусь? Как они поступают по отношению ко мне? Что они для меня делают? Является ли общение с ними полезным для меня? Мне это нравится? После того как ответите на эти вопросы, оцените то время, которое вы проводите с каждым из ваших знакомых, является оно положительным или наоборот? Также есть еще один, «контрольный» вопрос: «Помогают мои знакомые двигаться, и расти в том направлении, которое я выбрал, поставив перед собой цель?» После того, как Вы сделали такой мини-анализ своего окружения, возникнет следующий вопрос: «Что делать, если в моем окружении есть люди, которые действительно не способствуют моему росту и движению к цели?» Здесь решение зависит от вас, смените ли вы свое окружение или же нет.

Выводы: в результате подведения итогов анкетирования было выявлено, что 98% опрошенным нравится обучаться в КГМУ и желания получить высшее образование в другом ВУЗе у них нет. На вопрос «Какова ваша мотивация к обучению?» 84% ответили, что они желают стать опытными специалистами.

Так же важным в процессе обучения является взаимоотношение студентов с преподавателями. Кто-то может не согласиться, но зачастую от преподавателя зависит интерес студентов к тому или иному предмету. Может

быть, поэтому 50 % студентов, прошедших анкетирование, считают, что их отношение с преподавателем зависит от ситуации и самого преподавателя.

В настоящее время огромное значение уделяется научным исследованиям и открытиям в различных областях медицины. Наш университет ни в чем не уступает другим медицинским ВУЗам. Студенты КГМУ принимают участия межрегиональных олимпиадах и всегда входят тройку лидеров. Жаль только, что всего 24 % опрошенных занимаются научной деятельностью, а так хочется, чтобы таких людей было как можно больше год из года.

В нашей анкете был вопрос « Как вы считаете, необходимо наличие поощрения в процессе обучения?». На этот вопрос 86 % ответили, что поощрения нужны и неважно, на какой основе студент обучается (бюджет или коммерция). Каждый студент, который помимо учебы посвящает себя науке, творчеству, спорту в стенах университета достоин поощрения не только хорошими оценками и грамотами, но и какими - то денежными вознаграждениями, чтобы иметь стимул к дальнейшему развитию интересов.

Подводя итог, хочется сказать только одно: Окружение влияет не только на становление личности, но и на процесс обучения. Ребята, живите и рассуждайте так, как вам подсказывает ваши мысли и сердце, а если и слушайте, то только самых близких людей, которые никогда не пожелают вам зла. Ваше право не согласиться, но порой окружающие вас люди могут оказаться не теми, за кого себя выдают и своими советами толкать вас в пропасть. Так что как говорить: «Живите своей головой» и все у вас будет хорошо. Смело шагайте вперед, добиваясь поставленных целей, и тогда вам откроется весь мир.

Литература:

1. Дружинин, В.Н. Психология. Учебник для гуманитарных вузов. 2-е издание / В.Н. Дружинин. – СПб: 2009. –С. 307 – 410.
2. Климов, Е.А. Основы психологии. Учебник для вузов / Е.А. Климов.– ЮНИТИ – М. Культура и спорт. –1997. –С. 195 - 204.
3. Тугушев, Р.Х. Общая психология / Р.Х. Тугушев, Е.И. Гарбер. – ЭКСМО. 2007. С. 234 – 309.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ И БА.

*Дорофеева С. Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.,
Тертерян Л.И.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями органов дыхания, с каждым годом возрастает. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой частоте (50-60%) и значительной выраженности психических расстройств у соматических больных.

Целью исследования стало изучение того, как влияет легочная патология, в частности ХОБЛ и бронхиальная астма, на вес больных и выявить особенности психологического состояния больных, страдающих данными заболеваниями.

Материалы и методы. Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. При работе с архивными данными были изучены истории болезни 70 больных ХОБЛ и бронхиальной астмой, в возрасте от 23 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД» в 2014. В дальнейшем был посчитан индекс массы тела каждого больного и полученные результаты систематизированы на несколько групп.

Индекс массы тела (ИМТ) – это величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его ростом и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение).

ИМТ рассчитывается по формуле:
$$I = \frac{m}{h^2}$$
 где m – масса тела в килограммах, а h – рост в метрах.

В ходе исследования было выявлено, что выраженный дефицит массы у больных с легочной патологией не наблюдается; недостаточная масса у 4,3% больных; нормальный вес имеют 27,1%; избыточную массу – 20%; ожирение первой степени – 31,4%; ожирение второй степени – 12,9%, а ожирение третьей степени – 4,3%.

При данных заболеваниях у пациентов наблюдалась одышка (85%), увеличение ЧСС (77%), ЧДД (73%), ухудшение состояния после легкой физической нагрузки (80%), снижение физической активности (78%), волнение и тревожность (59%).

Заключение. При оценке результатов установлено, что наибольшее количество людей с ХОБЛ и бронхиальной астмой имеют ожирение первой степени, избыточную массу и нормальный вес.

Физический статус больных непосредственно связан с их психологическим и эмоциональным состоянием. Прослеживается зависимость, демонстрирующая отрицательное влияние негативных эмоций, возникших вследствие заболевания, на физиологию пациентов.

Литература:

1. Ахмедова, О.С. Психологические аспекты заболеваний с различной динамикой течения / О.С. Ахмедова // Психология под ред. В.Б. Чеснокова СПб.: Издательство С-Петербургского университета, 2006. – С. 53 - 55.

2. Ахмедова, О.С. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / О.С. Ахмедова // Известия российского государственного университета им. А.И. Герцена. рецензируемый научный журнал №22 (53) «Аспирантские тетради». –СПб. 2007. – С. 266 - 270.

3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Новик А. А., Ионова Т. И. – СПб., 2002.

4. Теслинов, И.В. Анализ особенностей личности и качества жизни у пациентов с ХОБЛ / И.В. Теслинов // Системный анализ и управление в биологических и медицинских системах. – Т. 4, № 5. – 2008. – С. 910–912.

5. Ширяев, О.Ю. Анализ взаимосвязей психического состояния, личностно- обусловленных форм реагирования, внутренней картины болезни и качества жизни больных с ХОБЛ / О.Ю. Ширяев // Научно- практический журнал «Прикладные информационные аспекты медицины». – Т. 11, № 9. 2008. – С. 82 – 89.

ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.,
Лесная Н.П.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Подавленность, грусть, пессимистические мысли настолько внедрились в нашу обыденную жизнь, что нам скорее странно, чем привычно видеть оптимистически настроенного человека. Это касается представителей профессий, непосредственно контактирующих с большим количеством людей (медики, социальные работники). Эти люди начинают считать нормой социальный депрессивный фон, который отмечается у большинства их клиентов, и не принимают его за проявления патологического процесса, нуждающегося в коррекции.

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и США составила 5 - 10% против 0,4 - 0,8 к началу 60-х годов. Ежегодно около 100 млн жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и, соответственно, нуждаются в адекватной медицинской помощи.

Депрессивное расстройство начинается с того, что у человека пропадает вкус к жизни, способность испытывать удовольствие; возникает чувство печали и отчаяния, невозможность действовать, иногда появляются суицидальные мысли. Человек чувствует себя раздраженным, одиноким, усталым, ничтожным, никому не нужным, в любой момент может расплакаться без всякой причины. Мир кажется серым и пустым, а собственная жизнь – несчастной. Снижается самооценка. Часто первыми признаками депрессии, еще до осознания больным своего состояния, являются нарушения сна – трудности засыпания, сопровождаемые тяжелыми мыслями, короткий чуткий сон, ранние просыпания (в 3–4 часа утра) и сонливость в дневное время. Нарушаются пищевые привычки – человек начинает либо много есть, либо, напротив, утрачивает аппетит.

Риск развития монополярной депрессии на протяжении жизни составляет 20% у женщин и 10% у мужчин; биполярная форма заболевания (маниакально-депрессивный психоз) выявляется у 1% населения, число лиц с

невротическими расстройствами, а также нарушениями поведения превышает в популяции 15%. Депрессия (депрессивное расстройство) - одна из самых распространенных форм психической патологии: по данным эпидемиологических исследований, ею страдает, по крайней мере, 5% населения нашей планеты. Депрессией обусловлено около 10% обращения к врачу общей практики. Даже в развитых странах 50% страдающих депрессией людей вообще не обращаются за медицинской помощью (ввиду непонимания болезненности своего состояния, страха психиатрического диагноза и ряда других причин). Женщины страдают депрессией в 1.5 раза чаще, чем мужчины; также четко определяется зависимость от возраста. У больных с хроническими заболеваниями депрессия проявляется чаще и в более тяжелой форме.

Достаточно интересным является сезонное аффективное расстройство, при котором приступы возникают обычно в одно и то же время года: поздней осенью развивается депрессия, которая продолжается всю зиму и ранней весной завершается ремиссией или переходит в гипотонию. У таких больных отмечаются некоторые нехарактерные для обычной депрессии симптомы - повышенная сонливость, усиление аппетита и увеличение веса, связанное с тягой к богатой углеводами пище (шоколаду, пирожным, сладостями и т.п.). Средний возраст начала - 20-30 лет; женщины болеют в 2 раза чаще. Предполагается, что данное расстройство связано с нарушениями обмена мелатонина.

Цель исследования:

- 1) выявить основные характеристики и причины возникновения депрессии;
- 2) исследовать пациентов на наличие депрессии;
- 3) выявить основные направления лечения депрессии.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами были изучены анкеты пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск ОАО «РЖД». Для выявления (скрининга) депрессии пациентам задавались четыре вопроса:

Обнаруживаете ли вы у себя:

- 1) потерю энергии, усталость, бессилие;
- 2) потерю интереса к жизни;
- 3) отсутствие чувства уверенности в себе;
- 4) чувство безнадежности?

Если был получен хотя бы один утвердительный ответ, задавались еще 5 вопросов.

Обнаруживаете ли вы у себя:

- 1) неспособность к концентрации внимания;
- 2) потерю веса вследствие плохого аппетита;
- 3) ранние утренние пробуждения;
- 4) заторможенность;

5) более тяжелое состояние по утрам?

Три и более утвердительных ответа позволяют с уверенностью говорить о депрессии.

После этого проверяли, соответствует ли состояние пациента приведенным выше диагностическим критериям депрессивного эпизода. Для этого задавались следующие вопросы:

- 1) испытываете ли вы трудности при принятии решений;
- 2) есть ли в вашей жизни какие-либо события, которые доставляют вам удовольствие;
- 3) что вы ждете от будущего;
- 4) не испытываете ли вы чувства вины;
- 5) нет ли у вас ощущения, что окружающие люди энергичнее, сообразительнее, удачливее вас;
- 6) не стало ли вам трудно справляться с работой, особенно умственной?

Если в результате расспроса обнаруживалось, что состояние пациента отвечает диагностическим критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести, проводилось исследование, которое было направлено на выявление связи между депрессией и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Выводы: установлено, что признаки депрессии встречаются у 65% пациентов с ССЗ (стенокардией, инфарктом миокарда) и у 20% пациентов без этих заболеваний.

- 1) У части пациентов признаки депрессии предшествуют развитию ССЗ;
- 2) Риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше у лиц в состоянии депрессии;
- 3) Даже умеренная депрессия является фактором риска артериальной гипертензии;
- 4) Депрессия повышает частоту госпитализации больных с сердечной недостаточностью;
- 5) Сердечно-сосудистые заболевания могут приводить к депрессивным расстройствам или усугублять их течение.
- 6) Лечение депрессии должно быть комплексным, с участием не только семейного врача, но и социального работника. Главные направления лечения - это терапия основного заболевания и терапия депрессии. Большое значение в предупреждении развития депрессии имеет профессиональный уход, осуществляемый социальными работниками.

Литература:

1. Вейн, А.М. Неврология для врачей общей практики / А.М. Вейн.– Эйдос Медиа. – М.: 2010. –С.504.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская. – М., 1998.

3. Морозова, О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача / О.Г. Морозова // Новости медицины и фармации. –2007. – С. 215.

4. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М., 2003. – С.192.

5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – С.160.

6. Оганов, Р.Г.Т. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич // Кардиология. – № 1. – 2004. – С. 48–54.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ

*Дорофеева С. Г., Шелухина А. Н., Мансимова О. В., Конопля Е.Н.,
Горетая М.О.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

На протяжении всей истории развития человечества на смену одним болезням приходили другие, становясь все более значимыми, нередко глобальными. В последние сто лет с особой остротой перед человечеством встала проблема так называемых болезней цивилизации, и в последней четверти прошлого века появились описания новой болезни цивилизации — синдрома хронической усталости (Chronic fatigue syndrome, от французского *fatigue* — слабость, усталость).

Синдром хронической усталости (СХУ) — заболевание, характеризующееся необъяснимым чувством выраженной слабости, длящейся более 6 месяцев. Слабость не проходит даже после длительного отдыха и усиливается после физических или умственных нагрузок. Заболевание, как правило, сопровождается и другими характерными симптомами, такими как снижение памяти и концентрации, нарушения сна (бессонница, реже повышенная сонливость), боли в мышцах и суставах, головные боли, уплотнение шейных и подмышечных лимфатических узлов, частые рецидивы болей в горле.

В настоящее время проблема изучения синдрома хронической усталости стала одной из самых актуальных проблем XXI века. Данная патология получила широкое распространение в цивилизованных странах всего мира.

Цель работы исследовать синдром хронической усталости. В рамках достижения цели исследования были поставлены следующие задачи: определить распространенность среди населения, а также факторы риска и группы наиболее подверженных заболеванию;

выделить особенности течения СХУ; изучить этиологию и патогенез СХУ; определить тактику лечения при СХУ.

Синдром хронической усталости (СХУ) — заболевание, характеризующее сильным утомлением, чувством слабости, которые не исчезают даже после длительного отдыха и со временем приводят к значительному снижению работоспособности — как умственной, так и физической. Постановка диагноза, синдром хронической усталости, является самой большой проблемой, так как данное заболевание имеет большое разнообразие симптомов, таких как: нарушение сна, головные боли и головокружения, потеря аппетита, трудности с запоминанием и заучивание, колебания настроения, боли различной локализации, слабость в мышцах, подергивание и покалывание в мышцах, сниженное артериальное давление, тошнота, высокая утомляемость, проблемы с пищеварением, повышенная чувствительность к привычным раздражителям (свету, запаху, шуму, прикосновениям, еде, лекарствам и др.). Немотивированная выраженная слабость, ранее не характерная для больного, может служить главным проявлением СХУ.

К данному заболеванию подвержены более эмоциональные и внушаемые женщины по своей природе; самое трудоспособное население с 30 лет, которое часто подвергается стрессам. Около 80 % больных данным синдромом — это студенты и спортсмены с высокими достижениями. Были выявлены случаи развития СХУ у детей.

В настоящее время синдром регистрируется в экологически неблагоприятных регионах, где высокий уровень загрязнения окружающей среды химическими веществами и повышен уровень радиации. Из этого можно сделать вывод, что предрасполагающими факторами появления болезни являются различные воздействия, ослабляющие общую, иммунологическую и нервнопсихологическую сопротивляемость организма: частые и длительные производственные и бытовые стрессы; неблагоприятный образ жизни в современном обществе, включая продолжительную работу с компьютером; неблагоприятные эколого-гигиенические условия проживания; недостаток аминокислот; несбалансированное питание.

Развитие и течение заболевания связано с сезонностью так, например, тяжесть проявления у больных зимой гораздо выше, чем летом. Сопутствующие патологии и вредные привычки становятся патогенетическими важными моментами, такие как: нерациональное питание, ведущее к ожирению 1-2 степени; алкоголизм; интенсивное курение, являющееся попыткой стимулировать падающую активность работы днем; хронические заболевания половой системы (хламидиоз и т.д.); гипертоническая болезнь 1-2 степени; вегето-сосудистая дистония.

Однако, среди многочисленных предположений о развитии заболевания нет точного этиологического происхождения. Ученые до сих пор спорят о природе СХУ, называя синдром «диванной чумой XXI века»

или «миалгическим энцефаломиелитом». Исследователи всего мира выдвигают свои теории о происхождении данного заболевания, в которых преобладает либо вирусная основа, либо нарушение функций иммунной, нервной, гормональной систем. Несколько лет назад из крови больного СХУ был выделен новый представитель «пенистых» вирусов, который сходен с геном «gag» ретровируса ВИЧ и рака. В настоящее время большинство врачей считает, что синдром возникает при повреждении нейроиммунных механизмов различными факторами, скорее всего инфекционными, возможно у наследственно предрасположенных людей. Способы лечения синдрома хронической усталости различны в зависимости от характера его проявлений. При тяжёлом течении болезни применяют медикаментозные препараты: противовирусные, антидепрессанты, обезболивающие. Единственный патогенетический метод лечения — это внутривенное введение препаратов IgG, но данный препарат дает осложнения в 55% случаев (флебиты). Применение различных медикаментозных средств (ноотропных, психотропных, вегетотропных, витаминов) в течение длительного периода времени вызывают привыкание, а также негативно влияют на паренхиматозные органы. Долгое время были засекречены разработки отечественных ученых о «адамантах», которые значительно увеличивают физическую и умственную деятельность, снижают сонливость, депрессию. Диетотерапия, электростимуляция, траволечение, физиотерапия являются одними из сопутствующих способов лечения СХУ.

Итак, синдром хронической усталости — патогенетически сложное заболевание, с разнообразным симптомокомплексом, возникающее в большинстве случаев в экологически неблагоприятных регионах, где высокий уровень загрязнения окружающей среды химически вредными веществами или повышен уровень радиации. Данное заболевание возникает как у молодых, так и у пожилых людей, причём у женщин наблюдается чаще. При постановке диагноза ориентируются на самый заметный симптом — это постоянная усталость, но перед этим проводят все тесты для того, чтобы определить не связана ли усталость с обычной физической. Радикальное средство еще не найдено, поэтому лечение СХУ проводят комплексно семейный врач, терапевт, аллерголог.

Литература:

1. Комаров, С.Г. Синдром хронической усталости / С.Г. Комаров // Профилактика и старение. – 2008. – №1. – С. 113.
2. Мороз И.Н., Подколзин А.А. Новое в диагностике и лечении синдрома хронической усталости / И.Н. Мороз, А.А. Подколзин // Профилактика и старение. – 2010. – №1. – С. 97.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ

Дрёмова Н.Б., Ярошенко Н.П., Афанасьева Н.И., Соломка С.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В последние десятилетия с изменением условий экономики в фармацевтическом секторе здравоохранения произошли значительные перемены, требующие новых подходов как к организации деятельности аптек по обслуживанию населения, так и коммуникативным навыкам общения с посетителями аптек. Оптимальное, профессионально грамотное общение с посетителями / пациентами относят в настоящее время к факторам конкурентоспособности, формирующим лояльный сегмент населения к определенной аптечной организации [4]. В исследованиях ряда авторов доказано, что отношение пациентов к лекарственным средствам (ЛС) зависит от многих факторов, например, параметров самого ЛС и индивидуальных характеристик больного, которому оно назначено [1]. В связи с чем представляет интерес исследование гендерных особенностей потребительского отношения к ЛС, наличие которых позволяет фармацевтическому работнику построить структуру общения с их учетом для достижения удовлетворенности пациента.

Целью настоящего исследования является изучение гендерных особенностей отношения пациентов к ЛС для формирования положительного отношения к ним и приверженности к лекарственным назначениям, а в итоге положительному лечебному эффекту и оздоровлению больного.

Объекты исследования: мнение посетителей аптек о потребительских качествах ЛС, влияющих на их потребительский выбор. Всего в опросе / анкетировании приняли участие 380 респондентов, проживающих в областях Центрального федерального округа России, причем был соблюден гендерный паритет, в частности, 190 мужчин и 190 женщин. Выборка формировалась как случайная, бесповторная; данное количество анкет обеспечивает репрезентативность результатов для доверительной вероятности $P=0,95$ и допустимой ошибке $\Delta=0,05$. Опрос проводился в 2014-2015 годах.

Методы исследования: социологический опрос; логический, структурный и сравнительный анализы; вариационная статистика; корреляционный анализ, ранжирование, группировка. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программных продуктов пакета Microsoft® Office®.

Гипотеза исследования: учитывая психофизиологические особенности мужчин и женщин, обуславливающие различия в течении заболеваний, приверженность к медикаментозной терапии, можно предположить наличие гендерных особенностей посетителей аптек, которые следует учитывать аптечным работникам первых столов и консультантам в торговых залах в процессе коммуникативного общения.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие респонденты из различных субъектов Центрального федерального округа России, преимущественно Курской, Воронежской, Белгородской и Орловской областей. Отдельные респонденты представляли Липецкую, Тамбовскую и Московскую области. В анкету были включены 95 вопросов разных блоков, в данном сообщении представлены результаты анализа отдельных блоков, имеющих отношение к цели и гипотезе исследования.

В таблице 1 приведены результаты структурного анализа социально-демографических характеристик участников опроса. Как следует из приведённых в ней результатов, в выборке респондентов представлены разные слои населения, обращающиеся в аптеки за фармацевтической помощью.

Таблица 1

Структурный анализ социально-демографических характеристик респондентов исследования

№ п/п	Показатели	Структурная доля выборки, %		
		Мужчины	Женщины	Общая
1	2	3	4	5
1.	Пол	50,0	50,0	100,0
2.	Возраст (полных лет)			
2.1	до 20	14,7	15,0	14,8
2.2	21-30	20,0	26,3	23,2
2.3	31-40	9,3	19,3	14,3
2.4	41-50	34,7	26,7	30,7
2.5	51-60	14,7	5,3	10,0
2.6	более 60	6,5	7,3	7,0
3.	Местожителство			
3.1	город	86,7	87,3	87,0
3.2	сельская местность	13,3	12,7	13,0
4.	Образование			
4.1	среднее	22,7	15,3	19,0
4.2	среднее специальное	31,3	32,0	31,7
4.3	высшее	46,0	52,7	49,3
5.	Социальное положение			
5.1	рабочие	39,4	26,0	32,6
5.2	служащие	16,7	22,7	19,7
5.3	предприниматели	7,3	7,3	7,3
5.4	студенты	10,6	16,7	13,7
5.5	пенсионеры	18,0	20,0	19,0
5.6	безработные	6,0	4,0	5,0
5.7	другое	2,0	3,3	2,7
6.	Семейное положение			
6.1	в браке	64,7	49,3	57,0
6.2	не в браке	35,3	50,7	43,0
7	Средний доход в семье на 1 чел.			
7.1	до 6 тыс. руб.	20,7	20,0	20,3
7.2	от 6 до 15 тыс. руб.	44,7	59,3	52,0

7.3	свыше 15 тыс. руб.	34,6	20,7	27,7
-----	--------------------	------	------	------

Основной сегмент посетителей в аптеках – это покупатели трудоспособного возраста от 21 до 50 лет – 68,2 % составляет их доля в общей выборке; 64 % среди мужчин и 72,3% среди женщин. Превалирование доли женщин в данном сегменте обусловлено приобретением ЛС не только для себя, но и для близких, знакомых, сослуживцев.

Среди исследуемых преобладают жители городов и городской местности – 87,0%, одной из причин такой характеристики является отсутствие возможности большего привлечения сельских жителей к анкетированию. С другой стороны, в наших ранних аналогичных исследованиях выявлено наличие более высокой компетентности городских жителей по вопросам фармацевтической осведомлённости [2, 3].

В выборке респондентов половину (49,3%) составили посетители, имеющие высшее образование; треть в структуре (31,7%) это лица со средним профессиональным образованием; примерно пятая часть опрошенных респондентов (19,0%) имеют только среднее образование.

В структуре респондентов по социальному положению примерно треть занимают рабочие – 32,6%; служащие и предприниматели – 27%; примерно 19% пенсионеры и 13,7% учащиеся и студенты. В выборке были представлены и временно безработные - 5,0%.

По семейному положению доля респондентов, состоящих в браке, составила 57%; остальная доля в 43% приходится на разведённых, вдовствующих и не бывших в браке.

По показателю величины дохода в семье на одного человека свыше половины (52%) респондентов указали от 6 до 15 тыс. руб., примерно четверть (27,7%) имеют доход свыше 15 тыс. руб. на одного члена семьи, а пятую часть (20,3%) составили малоимущие граждане с доходом до 6 тыс. руб. в месяц.

Таким образом, структурный анализ выявил характеристики социально-демографического портрета посетителей аптек 2014-2015 годов, которые примерно аналогичны результатам наших исследований прошлых лет [3]. Этот факт позволяет считать возможным проведение дальнейших исследований, а выборку респондентов можно охарактеризовать как представительную.

В качестве показателей, исследовались потребительские качества ЛС (таблица 2), причем их важность для потребителя оценивалась по трехбалльной шкале (максимум 3 балла).

Как следует из результатов таблицы 2, ранжирование гендерных оценок потребительских качеств выявило четкую тенденцию: первые пять мест в рейтинге потребительской значимости принадлежат следующим качествам: 1) эффективность; 2) низкая стоимость; 3) понятная информация на упаковке; 4) незначительные побочные эффекты; 5) удобная лекарственная форма и удобный способ приема.

Менее значимы для потребителей такие качества, как: контроль первого вскрытия (10 место), удобный способ хранения (11 место), небольшая дозировка (12 место) и привлекательная упаковка (13 место).

Таблица 2

Гендерные оценки потребительских качеств ЛС и их рейтинг по данным социологического опроса (2014-2015 гг.)

№ п/п	Потребительские качества ЛС	Мужчины		Женщины		Общая	
		\bar{X}_1	R ₁	\bar{X}_2	R ₂	\bar{X}_3	R ₃
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Эффективность	2,80	1	2,86	1	2,83	1
2	Незначительные побочные эффекты	2,19	4	2,29	4	2,24	4
3	Удобный способ приема	2,12	5	2,09	6	2,11	6
4	Возможность редкого приема	1,75	10	1,85	8	1,79	8
5	Небольшая дозировка	1,59	12	1,77	10	1,68	12
6	Привлекательная упаковка	1,46	13	1,33	13	1,39	13
7	Удобный способ хранения	1,65	11	1,73	11	1,69	11
8	Контроль первого вскрытия	1,76	9	1,67	12	1,71	10
9	Понятная информация на упаковке	2,35	3	2,51	3	2,43	3
10	Низкая стоимость	2,45	2	2,59	2	2,52	2
11	Привычное название (приверженность)	1,95	7	1,88	7	1,92	7
12	Фирма-производитель (приверженность)	1,77	8	1,81	9	1,80	9
13	Удобная лекарственная форма	2,05	6	2,19	5	2,12	5

Примечание: \bar{X} - средние арифметические значения оценки в баллах, max=3 балла; R – место в рейтинге, прямое ранжирование.

На наш взгляд, полученные результаты в целом подчеркивают общеизвестные истины о важности для потребителя результата приема ЛС, т.е. эффективности – оно должно помочь оздоровлению. Так как ЛС большей частью химическое средство, важно наличие незначительных побочных действий. У ЛС должна быть удобная комфортная лекарственная форма, чтобы способ приема не вызывал негативных реакций. Желательно, чтобы ЛС имело низкую стоимость – этот факт согласовывается с социально-демографическим портретом респондентов в ракурсе ценовой доступности. Кроме того, должна быть понятная для потребителей информация на упаковке, т.к. наличие непонятных терминов может привести к неправильному применению ЛС и негативным последствиям.

Что касается гендерных особенностей, то как свидетельствует сравнительный анализ мест в рейтингах R₁ и R₂, значительной разницы в оценках мужчин и женщин не выявлено. Для доказательства единства мнений в оценке потребительских качеств ЛС проведены расчеты ранговой

корреляции по Спирмену. Полученный коэффициент корреляции равен 0,95, что свидетельствует о тесной связи полученных значений рейтинговых мест в группах мужчин и женщин. Проверка коэффициента корреляции по t-критерию Стьюдента показала его статистическую значимость ($t_{кр} = 10,09$ при $t_{табл} = 2,16$; доверительная вероятность 0,95 и ошибка 0,05). Установленный факт не подтвердил сформулированную нами гипотезу.

Незначительные различия в местах рейтингов выявлены у 6 факторов. Так, контроль первого вскрытия оказался более важным для мужчин – 9 место против 12 места для женщин; разница в 2 места у факторов небольшая дозировка (для женщин это качество более значимо – 10 против 12 у мужчин) и возможность редкого приема (для женщин она более важна – 8 против 10 у мужчин). Для некоторых качеств (их всего три) разница в рейтинге составила всего одно место (3,12,13 качества).

Выводы.

1. В процессе социологического исследования посетителей аптек по проблеме их потребительского отношения к ЛС установлены основные качества, имеющие высокую значимость для потребителей / пациентов. В их число вошли: эффективность ЛС, наличие незначительных побочных действий, низкая стоимость, понятная информация на упаковке, удобная лекарственная форма.

2. Не установлены существенные гендерные различия в значимости потребительских качеств, что позволяет констатировать равнозначность потребительского отношения мужчин и женщин к ЛС. Работникам аптечных организаций необходимо в процессе коммуникаций с посетителями аптек относиться к ним как к людям / пациентам с заболеваниями, не выделяя гендерные особенности.

Литература:

1. Бредли, К. Больные и лекарственные средства / К. Бредли, Э. Хольме, С. Койкер / В кн. «Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства». – ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген, 2006. – С.174-190.

2. Дрёмова, Н. Б. Фармацевтическая осведомленность и предпочтения потребителей лекарственных средств / Н. Б. Дрёмова, С.В. Соломка, О.В. Хорлякова // Экономический вестник фармации. – 2003. – №2. – С. 19-26.

3. Мониторинг фармацевтической осведомленности посетителей аптек / Н.Б. Дрёмова, С.В. Соломка, О.В. Хорлякова, Н.П. Ярошенко // Жизнь без опасностей. – 2011. – №1. – С. 108-113.

4. Фармацевтический маркетинг. Принципы, среда, практика / М. Смит, Е. Коласса, Г. Перкинс, Б. Сикер – пер с англ. – М.: Изд-во «Литтерра», 2005. – 392 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ВЫСОКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ

Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная наркологическая больница», г. Курск, Россия

Расстройства настроения и невротические, связанные со стрессом расстройства являются медицинскими факторами суицидального риска. Около 70% депрессивных больных имеют суицидальные мысли и высказывания, которые в 10-15% случаев завершаются фатальным суицидом [2]. Особенности клинико-психопатологической картины этих расстройств могут являться предикторами суицидальной опасности состояния и способствовать своевременному проведению специальных психопрофилактических мероприятий.

С целью изучения клинико-психологических особенностей кризисных состояний, сопровождающихся высокой суицидальной активностью нами в 2014 г. на базе 2-го отделения ОБУЗ «Областная наркологическая больница» было проведено комплексное исследование 20 больных. У 10 человек (50%) была диагностирована аффективная патология в форме депрессивного эпизода (F 32), а в остальных случаях (10 человек - 50%) невротическое расстройство в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F 41.2). Методами исследования явились клинико-психопатологический и психологический. Клинико-психопатологическое исследование представляло собой диагностическую беседу, дополненную результатами собственного наблюдения и объективными данными из медицинской документации. Психологическое обследование проводилось с помощью специальной карты-схемы для диагностики суицидального поведения, включающей установление групповых и индивидуально-психологических факторов риска, представленной в научной литературе [1], структурированного интервью для определения степени выраженности депрессии М. Гамильтона, опросника для измерения личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

В группу больных с депрессивным эпизодом вошли 10 больных (50%) в возрасте от 26 до 56 лет (средний возраст составил 45,8 лет). Из них 4 человек (40%) являлись жителями города, остальные (6 человек – 60%) проживали в сельской местности, 6 человек (60%) имели постоянную работу, 3-ое (30%) находилось на пенсии по возрасту. В группе больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (10 человек – 50%) возрастной диапазон варьировал от 40 до 54 лет (среднее значение составило 47,0). Постоянную работу в этой группе пациентов имели 6 человек (60%), остальные являлись незарегистрированными безработными, доля сельских жителей так же составила 6 человек (60%).

В группе больных с депрессивным эпизодом (F 32) усредненные показатели общего суицидального риска составили 1,0 (максимальный балл 1,0; отмечался у всех пациентов); риска суицидальных действий – 0,4 (максимальный балл - 2,0; отмечался у 2-х больных); риск повторных суицидов – 0,6 (максимальный балл - 3,0; выявлен у 2-х больных с суицидальной попыткой в анамнезе). Клинико-психопатологическая картина депрессивного эпизода, сопровождающегося суицидальным риском, характеризовалась во всех случаях (10 человек-100%), наличием характерных диагностических признаков (по МКБ-10): сниженным настроением, утратой интересов и сужением круга общения, повышенной утомляемостью и ощущением общей слабости, сниженным аппетитом с потерей массы тела. Кроме этого, во всех случаях, пациенты жаловались на периодическое возникновение тревоги с ощущением «внутренней напряженности» или «внутренней дрожи». У подавляющего большинства больных в структуре клинической картины отмечались нарушения сна (9 человек-90%), ощущение сердцебиения (90%), отсутствие чувства радости и удовольствия от жизни (8 человек-80%), трудности концентрации внимания (8 человек-80%), чувство неуверенности в себе и своих силах (7 человек-70%). Около половины этих пациентов отмечали субъективное ощущение снижения памяти (6 человек-60%), плаксивость (60%), раздражительность (60%), сенестопатии в виде ощущений «онемения рук» и «жжения в области сердца и за грудиной», «тяжести в области сердца» (60%), «кома» в горле (5 человек-50%), желудочно-кишечные симптомы в виде «подташнивания», «тяжести в желудке» (50%). Относительно редкими являлись жалобы на головные боли, неустойчивость уровня артериального давления, одышку, ощущение «нехватки воздуха» (2 человека - 20%). Характерная суточная динамика психоэмоционального состояния с ухудшением в утренние часы отмечалась у 6 человек (60%), 4 человека (40%) отрицали суточные колебания настроения, характеризуя свое состояние как «однотонное» на протяжении дня. Степень выраженности депрессивного состояния дополнительно оценивалась по методике структурированного интервью для регистрации депрессии М. Гамильтона. Количественные показатели данной методики варьировали от 28 до 31 балла (среднее значение составило 29,4 балла), что соответствовало тяжелой степени депрессии. Объективизация нарушений тревожного регистра проводилась с помощью опросника Спилбергера-Ханина для оценки личностной и ситуативной тревожности. Показатели личностной тревожности в данной группе больных составили от 32 до 46 баллов (среднее значение 40,2 балла), в целом соответствуя умеренной степени выраженности. Ситуативная тревожность характеризовалась высокими значениями (среднее значение 47,4 балла), свидетельствуя о значительном психоэмоциональном напряжении пациентов.

У больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) средние значения общего суицидального риска соответствовали 1,0; риск суицидальных действий – 1,0 (отмечался у 5 больных); риск повторных

суицидов – 0,6 (у 2-х больных отмечались суицидальные попытки в анамнезе). На первый план в клинико-психопатологической картине смешанного тревожного и депрессивного расстройства выступала постоянная тревога (10 человек-100%), волнообразное усиление которой сопровождалось ощущением «внутренней напряженности» или «внутренней дрожи» (100%). Во всех случаях облигатными являлись жалобы на сниженное настроение (100%), сенестопатические ощущения в виде «жжения», «онемения», «покалывания» различных участков тела (особенно в верхней половине), «приливов мурашек» к голове и верхней части туловища (100%). По сравнению с депрессивным эпизодом менее частыми были жалобы на нарушение аппетита (8 случаев-80%), диссомнические расстройства (6 человек-60%), снижение чувства радости и удовольствия (60%). В большинстве случаев присутствовали жалобы соматического характера на ощущения сердцебиения (6 случаев-60%), неустойчивость уровня артериального давления (60%), неприятные ощущения в области сердца и за грудиной (60%), ощущение одышки и «нехватки воздуха» (60%), ощущения «жара» в теле, раздражительность (4 человека-40%), плаксивость (40%), общую слабость (40%), потливость (40%), тошноту, тяжесть в желудке, нарушения стула (40%), головные боли, головокружения (40%). Относительно редкими являлись жалобы на потерю массы тела (2 человека-20%), трудности концентрации внимания (20%), субъективное ощущение снижения памяти (1 человек-10%), «кома» в горле (10%). 7 человек (70%) отмечали суточную динамику психоэмоционального состояния с ухудшением в вечерние часы, 3 человека (30%) не отмечали связи тревоги со временем суток. Степень выраженности депрессивного состояния по методике структурированного интервью для регистрации депрессии М. Гамильтона, в среднем составила 28,2 балла, соответствуя тяжелой степени. Средний показатель личностной тревожности в данной группе больных составил 47,8 баллов (высокая степень), ситуативной тревожности – 46,6 балла (высокая степень).

Таким образом, важной особенностью клинико-психопатологической картины аффективных (депрессивный эпизод) и невротических, связанных со стрессом, расстройств (смешанное тревожное и депрессивное расстройство), имеющими в своей структуре элементы суицидального поведения является сочетание выраженных депрессивных и тревожных нарушений.

Литература:

1. Абдурахманов, Р.А. Военная психология. Методология, теория, практика [Текст]: Учебно-методическое пособие / Р.А. Абдурахманов, А.Я. Анцупов, Б.П. Бархаев и др. – М.: Военный университет, 1996. – 260 с.
2. Юрьева, Л.Н. Кризисные состояния [Текст] / Л.Н. Юрьева.- Арт-Пресс, Днепропетровск. – 1998. –155 с.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗА ВРЕМЕНИ У ПОДРОСТКОВ

Зеленская М.В.

г. Курск, Россия

В настоящее время, в связи с изменением социально-экономической и политической ситуации, в нашей стране наблюдается значительная переоценка ценностей человеком, следствием чего для многих является «размытый» образ будущего, неясность жизненной перспективы, «разрыв» временных зон. Наряду с этим та же самая реальность требует от человека развитой социально и личностно необходимой способности к рациональной организации деятельности во времени, что способствует повышению эффективности всякой деятельности, как профессиональной, так и коммуникативной. Отсюда изучение проблем временной организации деятельности, специфики осознания и переживания времени, его роли в организации жизнедеятельности, человеческого бытия в целом теоретически и практически актуально [4].

Актуальность данного исследования реализуется на нейропсихологическом (изучение механизмов восприятия времени, временных отношений), психологическом (изучение темпоральных характеристик психических процессов), личностном (изучение закономерностей отношений во времени, временной тождественности, субъективного восприятия времени), социально-психологическом (изучение феноменов исторической памяти, жизненных планов) уровнях.

Проблема времени обладает особым статусом в жизни человека и является одной из центральных тем психологии. Интерес психологической науки к проблеме времени неслучаен и объясняется, прежде всего, тем, что все основные объекты исследования в психологии являются динамичными, развивающимися во времени образованиями. Изучением вопросов, касающихся психологического времени, занимались такие ученые, как К. Левин, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская, Д.Б. Элькин, Б.И. Цуканов, А.С. Дмитриев и многие другие.

Анализ работ, посвященных изучению проблемы времени, позволяет выделить несколько условно независимых направлений исследований [5]. Первое направление связано с выявлением основных закономерностей психического времени, второе направление исследований связано с представлениями субъекта о времени, различении прошлого, настоящего, будущего, влиянии различных факторов, прежде всего, индивидуально-психологических, на процесс восприятия времени. В русле второго направления исследуются психологические особенности и факторы восприятия временных характеристик.

Другим важным направлением в изучении восприятия времени является изучение социальной обусловленности этого процесса. В этом

случае восприятие времени является собой социально-психологический феномен, а сам процесс восприятия времени включается в контекст социальной жизни личности. Одним из важных социокультурных факторов является возраст человека, который обуславливает многие стороны жизни индивида.

У собственно психологического времени выделяют разные масштабы. Это ситуативный масштаб, заключающийся в непосредственном восприятии и переживании коротких временных интервалов. Биографический, который основан на закономерностях, проявляющихся при возникновении и смене непосредственных форм переживания времени в различных жизненных ситуациях. В сознании человека формируется определенная система обобщенных временных представлений (концепция времени жизни в масштабе ее жизни). Исторический - когда события, происходящие до рождения индивида, и те, которые произойдут после его смерти, вовлекаются в сферу временных отношений и выступают условием формирования личностной концепции и непосредственных переживаний времени. Все эти масштабы взаимосвязаны между собой [6].

Метафора когнитивных часов предполагает, что время не воспринимается прямо, оно скорее «строится» или «выводится», а скорость «тикания» когнитивных часов зависит от переработки информации. Среди основных переменных, ускоряющих течение субъективного времени, отмечают следующие: 1) увеличение числа событий, происходящих в единицу времени; 2) возрастание сложности стимулов; 3) рост усилия, необходимого для переработки информации; 4) усиление внимания, направляемого на оценку течения времени [7].

Субъективная временная перцепция значительно отличается от объективного течения времени. В онтогенетическом плане молодые люди имеют большую направленность в будущее, а в пожилом возрасте более значимым является прошлое.

Особенности субъективного восприятия человеком своего собственного прошлого, настоящего и будущего являются одной из важнейших индивидуально-личностных характеристик. В работах, посвященных изучению субъективного времени жизни, отсутствует общепризнанный адекватный термин для наименования временного конструкта, содержащего прошлое, настоящее и будущее субъекта. Это создает ситуацию, при которой большое количество эмпирических данных получает частичную или противоречивую интерпретацию; имеющийся фактический материал при своем анализе и трактовке обедняется из-за скудости концептуального аппарата.

Впервые вопрос о существовании единиц психологического времени был поставлен К. Левином, который установил взаимосвязь между прошлым, настоящим и будущим. Такое включение будущего и прошлого жизни в контекст настоящего К. Левин назвал временной перспективой (time perspectives), отмечая, что восприятие человеком своего настоящего

положения неминуемо связано с его ожиданиями, желаниями, представлениями о прошлом и будущем [1].

К.Левиным подчеркивал, что временная перспектива - это включение будущего и прошлого жизни в контекст настоящего, психологическое прошлое и будущее являются частями психологического поля в настоящем [8].

Жизненный путь и отдельные деяния личности обладают некоторыми производными свойствами – субъектностью, активностью и гетеростатичностью. Субъектность жизненного пути подразумевает активное вмешательство личности в естественный ход жизненных событий с тем, чтобы упорядочить их так, как того требуют жизненные ценности и смыслы. Активный характер осуществления личностью жизненного пути является свойством, противостоящим реактивности. Активность обнаруживается в том, что личность самостоятельно инициирует, изменяет и прекращает реализацию определенных перемен в своей жизни. Гетеростатичность означает то, что личность по ходу жизненного пути стремится с максимальной полнотой материализовать смысл жизни и преобразить свою судьбу [9].

По мнению В. И. Ковалева, специфическим психологическим механизмом, с помощью которого личность осуществляет субъективную регуляцию времени, выступает индивидуальная временная трансспектива (ИВТ). Это понятие означает сквозное видение из настоящего в прошлое и будущее, т.е. способность обозрения индивидом течения времени собственной жизни в любом его направлении, возможность взаимосоотнесения прошлого, будущего и настоящего и связывания этих временных компонентов человеческой жизни в его сознании и подсознании. Временная трансспектива — это и субъективно данное в самосознании образование, и особый психологический механизм [10].

Точность восприятия времени зависит от ряда факторов, например, таких, как условия и содержание деятельности, эмоциональная сфера и пол воспринимающего субъекта [11].

Исследования показали, что с определенными стадиями онтогенетического развития связаны способности к определенным формам оценки времени.

Установлено, что у детей, подростков и юношей в возрасте от 7 до 19 лет переоценка временных интервалов может достигать до 175%. В полной мере способность к адекватной оценке времени формируется у детей к 15-16 годам. Снижение точности осознанной оценки происходит к глубокой старости.

На разных стадиях онтогенетического развития люди по-разному относятся к прошлому, настоящему и будущему: молодым свойственна направленность в будущее, в пожилом возрасте более значимо прошлое, имеет место ретроспективная направленность мотивов.

Проведенный анализ показал, что в психологии накоплен разнообразный материал, отражающий отдельные стороны субъективного восприятия человеком времени жизни в разные возрастные периоды, например: сравнивалась протяженность будущего у молодых и пожилых людей; содержание жизненных задач и их удаленность в будущее у подростков: длина перспективы в возрасте от 19 до 48 лет. Однако, как нам кажется, особый интерес в исследовании субъективного времени жизни представляет подростковый возраст, когда начинается сознательное формирование отношения к будущему. Основным новообразованием этого возраста является психологическая готовность к личностному самоопределению, существенная характеристика которого — ориентированность в будущее. В конце подросткового — начале юношеского периода происходит определение личностью своей жизненной позиции и на ее основе — жизненной стратегии [2]. Необходимость самоопределения служит для старшеклассника своеобразным «распутьем», на котором он «сворачивает» либо в сторону субъективности (предполагающей принятие ответственности за свою жизнь, самостоятельность жизненных выборов), либо в сторону пассивного следования жизненным обстоятельствам и отказа от попыток самому управлять течением своей жизни. В дальнейшем, в возрасте ранней юности формируется такая важнейшая структура, как мировоззрение, целостная картина мира и себя в нем, совершается профессиональное и личностное самоопределение, что связано с изменением восприятия времени, появляется жизненный план, осуществляется выбор путей его реализации по принципу «активное достижение — пассивное следование обстоятельствам», изменяется жизненная перспектива [3].

Кроме того, в процессе обучения перспектива служит значимым фактором отношения к учебе, влияет на постановку целей и мотивацию учения. Практически все исследования переживания времени жизни в подростковом возрасте посвящены, прежде всего, изучению будущего. Проблема же субъективного восприятия полной конструкции остается не изученной. Поэтому крайне актуальным представляется анализ целостной временной перспективы в подростковом возрасте.

Литература:

1. Абакумова К. Н. Изучение особенностей временной перспективы в ситуации хронического соматического заболевания // Материалы научно-практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России». Том 2, раздел «Здоровье нации и образование». М., 2008. 394 с
2. Абульханова К. А, Березина Т. Н. Время личности и время жизни М : Алетейя, 2001. 304 с
3. Белановская О. В. Временная перспектива жизненных планов в юношестве // Проблемы социальной психологии личности // Межвузовский

сборник научных статей. Саратов : Изд-во Саратов. ун-та. 2004. Вып. 1. С 78—88.

4. Болотова А. К. Психология организации времени : учебное пособие для студентов вузов. М : Аспект Пресс. 2006. 254 с
5. Букреева Н., Подьячева Т. Я., Волчек Е. Е. Изучение зависимости восприятия времени от возраста человека URL: <http://vestnik.ssusamara.ru/gum/2006web1/psych/1002.pdf> (дата обращения 22.11.2008)
6. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности — Киев: Наукова думка, 1984. - 209 с.
7. Гусев А.Н. Общая психология. В 7 томах. Том 2: Ощущение и восприятие Под ред. Б. С. Братуся. — М.: Академия, 2007. — 416 с.
8. Зейгарник Б.В. Теория личности К.Левина. М. МГУ, 1981. 118с.
9. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие / К.В. Карпинский. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.
10. Ковалев В. И. Категория времени в психологии (личностный аспект) // Категории материалистической диалектики в психологии / под ред., Л И. Анциферовой М. : Наука. 1988. С. 216—230.
11. Москвин В. А., Попович В. В. Философско-психологические аспекты исследования категории времени // Credo. 1998. ц 6 (12). URL: <http://www.orenburg.ru/culture/credo/12/5.html> (дата обращения 24.11.2008).

ОПЫТ НЕЗАВЕРШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЫКИДЫШ) КАК ФАКТОР ПЕРЕЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА ПЕРВОЙ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ*

Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

Материнство – событие, которое начинает свое развитие еще в родительской семье, но проявляется и реализуется, достраиваясь, именно в период беременности, рождения и последующего развития ребенка. Материнство является частью личностной сферы женщины и определяется ее ценностно – смысловыми ориентациями и зависит от того, какое место оно занимает в иерархии личностных ценностей, физическое и психологическое здоровье матери и ее ребенка. Беременность и материнство – явление уникальное и является частью личностной сферы женщины [1, 2, 3, 5, 7].

В своих работах Брутман В.И., Батуев А.С., Винникот Д.В., Мирюнова С.А., Хамитова И.Ю., исследующих проблему готовности к материнству, считают, что готовность к материнству формируется на протяжении всей жизни. На процесс ее формирования влияют как биологические, так и социальные факторы, поскольку готовность к материнству имеет с одной

стороны мощную инстинктивную основу, а с другой выступает как личностное образование, в котором отражается весь предыдущий опыт её взаимоотношений со своими родителями, сверстниками, мужем и другими людьми. Мещерякова С.Ю. рассматривает готовность к материнству как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъектно-субъектная ориентация в отношении к ещё не родившемуся ребёнку. Такая позиция в определении готовности к материнству объясняется предположением Мещеряковой С.Ю. о том, что субъектное отношение к будущему ребёнку проецируется в стиль материнского поведения и тем самым обеспечивает наиболее благоприятные условия для психического развития младенца [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9].

Нами было проведено лонгитюдное исследование. В нем приняли участие женщины, имеющие в прошлом опыт незавершенной беременности (выкидыш). Выборка составила 7 человек, из которых – адекватный тип готовности к материнству имеют 2 женщины, тревожный тип готовности к материнству – 2, игнорирующий тип готовности к материнству – 3.

При статистической обработке данных было выявлено, что тип готовности к материнству сохраняется до и после родов. Если на момент окончания беременности у женщины сформировался той или иной тип готовности к материнству, который является критерием принятия роли матери, и на момент родов он сохраняется, то этот тип готовности сохраняется и после родов, и проявляется при реальном взаимодействии с уже родившимся ребенком. На рисунке 13 показано, что беременные женщины, имеющие опыт незавершенной беременности (выкидыш), 42% из них имеют игнорирующий тип готовности к материнству – до родов, наличие родов не влияет на изменение типа готовности к материнству, то есть он сохраняется неизменным и после родов, по 29% - адекватный и тревожный типы. Таким образом, сохранившийся и после родов тип готовности к материнству будет являться основанием для принятия или не принятия женщиной новой социальной роли – роли матери.

В результате статистической обработки данных по смысловой сфере не было выявлено значимых различий при уровне достоверности $p < 0,01$.

В замерах до и после родов показатели по шкалам «Осмысленности жизни», «Цели», «Процесс», «Результат», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь» имеют идентичные значения. Высокий уровень осмысленности жизни, который присутствует у беременной женщины на момент окончания беременности свидетельствует о том, что женщина связывает свое будущее с еще неродившимся ребенком. Идентичные показатели осмысленности жизни и после родов свидетельствуют о наличии принятия новой социальной роли – роли матери. Показатель осмысленности жизни у женщины сохраняется на протяжении первого месяца жизни ребенка и является основанием для дальнейшего взаимодействия и обеспечение ребенку условий для его жизни. Следовательно, женщина принимает новую социальную роль – роль матери.

При статистической обработке данных по восьмицветовому тесту Люшера значимых различий выявлено не было.

Показатели отклонения от аутогенной нормы свидетельствуют о том, что беременная женщина находится в благоприятном состоянии для себя и тем самым обеспечивает комфортное рождение своему ребенку. При наличии опыта невынашивания, женщина заботится о благополучном разрешении родов и успешного появления ребенка на свет. Данное эмоциональное состояние сохраняется в период после родов и в течение первого месяца жизни ребенка. Следовательно, женщина, имевшая в прошлом опыт невынашивания, принимает новую социальную роль – роль матери.

При статистической обработке данных по методике «Линия жизни» не было выявлено значимых различий по показателям. Таким образом, можно говорить о том, что женщина включает не только прошлое, но и будущее на своей линии жизни как при замерах до родов, так и после родов. На графике видно, что в большей степени преобладают события прошлого, чем будущего, что говорит о направленности на прошлое. Тем самым данная направленность связана с типом готовности к материнству, который является критерием принятия новой социальной роли – роли матери.

При статистической обработке данных по методике «Линия жизни» показатель «Общего заряда линии жизни» имеет значимые различия. Общий заряд линии жизни после родов выше, чем общий заряд линии жизни до родов, что свидетельствует о преобладании положительных для женщины событий после родов. Такими событиями могут быть – первый месяц жизни ребенка, первая улыбка. Мы можем говорить о том, что социальная роль – роль матери женщиной принимается.

При статистической обработке данных по методике «Линия жизни» были выявлены значимые различия по показателю «Ориентация линии жизни». Так, ориентация линии жизни до родов у женщины выше, чем ориентация линии жизни после родов, что говорит о том, что количество сфер направленности женщин снижается и происходит концентрация на одной деятельности – выполнение и принятие новой социальной роли – роли матери, которая фокусируется только на ребенке, его воспитании и обеспечении благоприятного существования.

В результате статистической обработки данных по показателям индивидуально-личностных особенностей значимых различий выявлено не было, что свидетельствует о неизменности качеств личности. Мы можем говорить о том, что индивидуально-личностные особенности не влияют на принятие новой социальной роли – роли матери. Следовательно, принятие роли матери осуществляется без зависимости от индивидуально-личностных особенностей.

В результате статистической обработки данных были выявлены следующие сферы у женщин, которые влияют на принятие роли матери.

С адекватным типом готовности к материнству у женщины до родов преобладает сфера семьи собственной – 40% (замужество, беременность,

роды) и 24% сфера учебы (обучение в школе, поступление в ВУЗ, окончание ВУЗа). У женщин с адекватным типом готовности к материнству после родов 41% занимает семья собственная – замужество, беременность, роды, 1 месяц ребенку, 3 месяца ребенку, 6 месяцев ребенку. 21% экзистенциальные проблемы (рождение собственное, рождение первого ребенка, рождение второго ребенка), 21% профессиональная деятельность (поступление на работу, увольнение с работы). Таким образом, сфера собственной семьи актуализируется для женщины в послеродовом периоде, но при этом становятся значимыми сферы экзистенциальных проблем и профессиональной деятельности. Это свидетельствует о том, что женщина наряду с заботой о собственной семье ставит перед собой и другие цели самореализации и самосовершенствования.

В результате статистической обработки данных были выявлены следующие сферы у женщин с тревожным типом готовности к материнству до и после родов. До родов преобладают сферы экзистенциальных проблем (собственное рождение, рождение ребенка) – 37%, 27% - семья собственная (замужество, большая семья).

После родов – 42% экзистенциальные проблемы (рождение собственное, рождение первого ребенка, рождение второго ребенка), 25% семья собственная (замужество), 17% учеба (поступление на второе высшее). Таким образом, в послеродовом периоде к событиям, относящимся к экзистенциальным проблемам и собственной семье присоединяются события сферы учебы. Это свидетельствует о том, что женщина направлена на деятельность, которая не связана с воспитанием и уходом за ребенком. женщина ограждает себя от заботы и ухода за ребенком, тем самым роль матери не принимается в полной мере.

В результате статистической обработки данных были выявлены следующие сферы у женщин с игнорирующим типом готовности к материнству до и после родов.

У женщин до родов с игнорирующим типом готовности к материнству преобладает 41% событий, связанных с семьей собственной (знакомство с будущим мужем, замужество, роды), 27% – экзистенциальные проблемы (рождение детей), 18% учеба (поступление в ВУЗ). В послеродовом периоде преобладает сфера семьи собственной – 51% (знакомство с мужем, замужество, роды, большая семья), 23% – экзистенциальные проблемы (рождение детей), 13% учеба (поступление в школу, выпускной). Таким образом, женщина, имеющая опыт незавершенной беременности (выкидыш) в послеродовом периоде, а точнее, в первый месяц жизни ребенка, полностью направляет свою деятельность на решение проблем, связанные с собственной семьей и направленные на уход и воспитание ребенка. Сферы экзистенциальных проблем и учебы отходят на второй план и по сравнению с событиями, относящимися к собственной семье, являются второстепенными. Женщина не принимает роль матери, но при этом тип готовности к

материнству остается таким же, каким он был и до родов – игнорирующий тип готовности к материнству.

Таким образом, в ходе проведенного лонгитюдного исследования нами были выявлены следующие закономерности: при наличии уже сформировавшегося типа готовности к материнству он остается неизменным и в послеродовом периоде, при наличии высокого уровня осмысленности жизни в дородовом периоде он имеет тенденцию к неизменчивости, индивидуально-личностные особенности остаются неизменными как до родов так и после родов, контекст жизненного пути женщины изменяется в зависимости от типа готовности к материнству, то есть роль матери принимается женщиной, которая направлена на обеспечение адекватных условий существования ребенка и успешного его воспитания.

Результаты нашего исследования показали, что принятие новой социальной роли – роли матери, критерием которой является готовность к материнству, формируется на протяжении всей жизни женщины, начиная с периода детско-родительских отношений, продолжается в период настоящей беременности и проявляется во взаимодействии с рожденным ребенком. Происходит так называемый процесс смыслообразования (Д.А. Леонтьев). Происходит не только расширение сети смысловых связей за счет включения новых элементов состояния беременности, но и периода после родов.

Так нашли подтверждение наши предположения о влиянии опыта незавершенной беременности (выкидыша) на принятие роли матери. Факт потери ребенка будет существенно влиять на осмысленность и переживания при повторной беременности, на готовность к материнству как критерия принятия новой социальной роли – роли матери. Наличие негативного опыта беременности (выкидыша), при повторной беременности формирует у женщины иные представления об исходе беременности и о возможных осложнениях беременности, что приводит к приобретению наиболее значимых смыслах, формирует наивысшие приоритеты и ценности.

Лонгитюдное исследование показывает нам, что тип готовности к материнству остается неизменным на протяжении одного месяца после родов. Принятие или не принятие роли матери зависит полностью от такого критерия, как готовность к материнству.

Литература:

1. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. –2002. –№ 1. – С. 59-68.
2. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения материнства / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. –1997. – №6. – С. 38 - 48.
3. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности / В.И. Брутман, М.С. Радионова, // Вопросы психологии. –1997. –№ 6. – С. 38 – 47.
4. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного

пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: дис...канд. психол. наук. – Курск, 2009. – 152 с.

5. Копыл, О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.А. Копыл, Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Синапс. – 1993. – №4. – С. 35-42.

6. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл. – 2003. – 487с.

7. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. – №5. – С. 18-28.

8. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В. Овчарова. – М.: Изд-во института психотерапии, 2003. – 318 с.

9. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М., 2002.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТРАТЕГИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ

Зуев И.А.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков,
Украина

Введенное в психологический обиход С. Мадди понятие «жизнестойкость» [3], отражает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, являясь показателем психического здоровья.

Жизнестойкость с одной стороны связана – со способностью к адаптации, с устойчивостью личности, а с другой стороны - с определенным стилем жизни человека, направленным на поиск смысла жизни и своего взаимодействия с окружающим миром [1].

Жизнестойкость обусловлена субъективным отношением к реализации своей жизни, а также способностью осуществлять это отношение. В самой жизнестойкости как способности личности противостоять негативным обстоятельствам жизни выделяют содержание (ценности, значения, смыслы, жизненная позиция) и форму (развитие в себе оптимальных способов действия в жизненных ситуациях, желание развивать свои личностные ресурсы) [1].

Жизнестойкость личности связана с определенными индивидуальными и личностными особенностями человека. Вместе с тем при рассмотрении этого явления нельзя не учитывать взаимодействие человека с культурным и социальным окружением.

Согласно С. Мадди жизнестойкость – характеристика личности, являющаяся ключом к стрессоустойчивости, а копинг – поведение, которое позволяет противостоять стрессам.

Жизнестойкие установки включают в себя: 1) вовлеченность (убежденность в том, что даже в неприятных и тяжелых ситуациях нужно

оставаться вовлеченным: быть в контакте с окружающими людьми, в курсе событий, посвящать максимум времени, своих усилий, внимания тому, что происходит, участвовать в этом); 2) контроль (убежденность, что всегда возможно повлиять на происходящие события или же изменить к ним свое отношение); 3) принятие риска (уверенность в том, что стрессы и другие испытания – нормальная и естественная часть жизни, позволяющая развить себя и расширить свое понимание жизни) [3].

Конфликты можно отнести к неприятным и нередко тяжелым для личности ситуациям, понуждающим человека к определенным действиям. Стратегия поведения в конфликте - это ориентация личности в конфликте, создающая установку на определенные формы поведения в конфликтной ситуации. Традиционно конфликтологи выделяют пять основных стратегий поведения в конфликтных ситуациях, описанных К. Томасом. Они могут иметь несколько разные названия, но по сути сходятся [2]: соперничество, сотрудничество, избегание, приспособление, компромисс.

От того, какую стратегию выбирают участники конфликта, часто зависит его ход и конечный результат. Стратегии уклонения и приспособления являются пассивными, они фактически направлены на то, чтобы не допустить развития конфликта. Поэтому психологов интересуют, прежде всего, стратегии сотрудничества и соперничества. Для тех, кто выбирает сотрудничество, присуща кооперативная личностная ориентация, а для тех, кто выбирает соперничество – конкурентная. Однако в реальной конфликтной ситуации возможно проявление одновременно двух таких на первый взгляд противоречивых стратегий.

Известно, что в подростковом возрасте, по сравнению с младшим школьным, меняются характеристики стресса и поведения в конфликтной ситуации. С одной стороны, повышается тревожность, связанная с межличностными отношениями, а с другой – усиливается стремление к риску (желание показать свои возможности). Можно ожидать, что у подростков с различными стратегиями поведения будут различия и в их жизнестойкости.

Негативное воздействие стресса, вызванного конфликтом на человека, в частности на подростков, проявляется в следующем: энергии может быть много, а организм «подсказывает» в основном примитивные реакции, противоречащие сознательному выбору, при этом иммунная система подростка истощается, нервная и сердечно-сосудистая системы перенапрягаются.

Очевидно, что умение преодолеть стрессы в подростковом возрасте - имеет существенное значение для взрослой жизни индивидуума. Известно, что пережившие многочисленные стрессы в подростковом возрасте, имеют ослабленный иммунитет и чаще серьезно болеют в зрелом возрасте. Кроме того, если не преодолевать подростковый стресс, то в более старшем возрасте он может перерасти в депрессию [4,5].

Изучалась распространенная форма стресса – фрустрация, которая может проявляться в агрессии, регрессии, апатии, стереотипии и т.п.

Особенностью фрустрации в эмоциональном аспекте кроме напряжения выступает разочарование, в поведенческом – несостоявшийся поступок, который требует воплощения в реальность. Конфликт может фрустрировать подростка, усиливая переживание состояния бессилия, либо побуждать его на активную борьбу за поставленную цель.

Исследование проведено с учащимися 9-10 классов г. Харькова. Объем выборки 58 старшеклассников (из которых 32 – парня и 26 – девушек). Средний возраст – 15,5 лет (возраст старшие подростки).

Изучены показатели жизнестойкости и фрустрации испытуемых, а также предпочитаемые ими стратегии поведения в конфликтах. Выборка была разделена на группы в зависимости от преобладающего типа поведения в конфликтах. Далее сравнивалась жизнестойкость и фрустрация испытуемых с разным конфликтным поведением, изучались связи между показателями жизнестойкости и стратегий поведения в конфликтах.

Распределение испытуемых по преобладающим типам поведения в конфликтах представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количество испытуемых с преобладающим типом поведения в конфликте (в%).

Типы поведения	соперничество	сотрудничество	компромисс	приспособление	избегание
Доля испытуемых	39,6%;	14,6%	10,4%	14,6%	20,8%

Как в процентном соотношении, так и в средних баллах среди старшеклассников преобладают соперничество и избегание. Менее других способов они склонны выбирать компромисс.

Результаты выявления жизнестойкости содержатся в таблице 2.

Таблица 2

Результаты выявления показателей жизнестойкости

показатели	Жизнестойкость	Вовлечение	Контроль	Принятие риска
Среднее значение	74	31,4	27	15,6
Уровень	ниже среднего	ниже среднего	ниже среднего	выше среднего

Как общая жизнестойкость, так и показатели вовлеченность и контроль имеют показатели ниже среднего. И только показатель принятие риска оказался на уровне выше среднего. Жизнестойкость у испытуемых в целом не слишком высока, они недостаточно чувствуют себя вовлеченными в жизнь и ее события, а также недостаточно чувствуют, что они контролируют свою жизнь. Зато принимают возможность рискнуть для достижения определенной жизненной цели.

Выявлена невысокая тенденция к фрустрации в данной группе: только у 1 ученика (около 2%) выявлен высокий уровень фрустрации, умеренный у 23 (48%), а отсутствует фрустрация у 24 учащихся (50%).

Далее проверялся уровень значимых различий в показателях жизнестойкости и фрустрации между испытуемыми с различными преобладающими стратегиями поведения - по критерию Крускала-Уоллиса – результаты в таблице 3.

Таблица 3

Различия в жизнестойкости у разных стратегий конфликтного поведения

N	Диагностические показатели	Показатель <i>H_{емп}</i>	Значение
1	Общая жизнестойкость	-2,45	не знач.
2	Вовлеченность	9,49	значимо
3	Контроль	-9,1	не знач.
4	Принятие риска	-8,57	не знач.
5	Фрустрация	8,7	не знач.

Выявлены различия по показателю Вовлеченность, что показывает отличие между предпочитающими компромисс и сотрудничество с одной стороны и предпочитающими избегание – с другой. Тем самым подростки с наиболее конструктивными стратегиями поведения – сотрудничество и компромисс значительно больше стремятся быть в курсе происходящих вокруг событий, постоянно пребывать в тесном контакте с людьми, посвящать максимум своих усилий, времени, внимания тому, что происходит вокруг них в социуме, проявлять активность и участвовать в различных мероприятиях, то есть – чувствовать, что они вовлечены в жизнь. Это отличает данных подростков от их сверстников, выбирающих стратегию избегание.

Степень взаимосвязи между жизнестойкостью и стратегиями поведения подростков отражены в таблице 4.

Таблица 4

Корреляции между стратегиями поведения в конфликте и жизнестойкостью подростков

Стратегии поведения	Показатели жизнестойкости		
	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Соперничество	0,18	0,156	0,03
Сотрудничество	0,09	0,047	-0,02
Компромисс	-0,127	0,047	-0,022
Приспособление	-0,17	-0,19	-0,03
Избегание	0,077	0,08	-0,022

Значимых различий между показателями жизнестойкости и стратегиями поведения в конфликтной ситуации у старшеклассников не выявлено. Однако выявлена слабая, но интересная тенденция. Наиболее выражена тенденция к положительной взаимосвязи с жизнестойкостью – у

соперничества, а к отрицательной – у приспособления. Возможно у, по крайней мере, части учащихся, жизнестойкость связывается в сознании с соперничающими, соревновательными действиями, а нестойкость связывается с приспособительным поведением. Избегание наиболее нейтрально по отношению к жизнестойкости, что, в общем, ожидаемо.

Таким образом, среди показателей жизнестойкости выявлена более высокая вовлеченность в жизнь тех подростков, которые предпочитают сотрудничество и компромисс как стратегии поведения в конфликте – в отличие от предпочитающих избегание сверстников. Возможно, для некоторых подростков их жизнестойкость связана с соперничеством.

Литература:

1. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / Л.А. Александрова / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – С. 82-90.
2. Гришина, Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина.– СПб: Питер, 2003. – 464 с.
3. Леонтьев, Д.А. Моделирование «экзистенциальной дилеммы»: эмпирическое исследование личностного выбора / Д.А. Леонтьев, Е.Ю. Мандрикова // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2005. – № 4. – С. 37-42.
4. Варій А.Й. Загальна психологія / Навчальний посібник / 2-е видан., випр. і доп. – К.: Центр учбової літератури, 2007.– 968 с.
5. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 272 с.

РЕСУРСЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ

Идобаева О.А.

ФГБНУ «Центр исследования проблем воспитания, формирования здорового образа жизни, профилактики наркомании, социально-педагогической поддержки детей и молодежи», г. Москва, Россия

Современный этап развития российского общества характеризуется сложной, неоднозначной ситуацией, сложившейся во всех сферах жизни: экономике, промышленности, сельском хозяйстве, науке, культуре, здравоохранении и образовании, что не может не отразиться на здоровье, моральных принципах и психологическом благополучии людей. Жизнь требует от человека, а тем более молодого, входящего в жизнь, адекватной ориентировки, умений совладать с негативными жизненными обстоятельствами, находить конструктивное решение проблемных ситуаций, что влечет за собой значительное напряжение адаптационных ресурсов.

Студенты вузов – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки, резкие изменения привычного образа жизни и

необходимость адаптации к новым условиям учебы, проживания и питания позволяет отнести их к группе значительного риска развития заболеваний [2].

Как показывают исследования, учебная и профессиональная адаптация студентов представляет собой многоуровневый социально-психофизиологический процесс и сопровождается значительным напряжением адаптационных возможностей человека, появлением эмоционального неблагополучия, тревожности, изменению функционального состояния человека [1,4,5]. Степень развития хронического утомления является важным опосредующим фактором, обуславливающим особенности актуального функционального состояния. Истощение адаптационных ресурсов существенно ограничивает возможности человека адекватно реагировать на профессиональные нагрузки и приводит, в конечном итоге, к истощению и развитию психосоматических заболеваний. В ответ на чувство тревоги, возникающее вследствие нарушения равновесия личности и среды, активизируются защитные реакции (как проявление психологической защиты).

Учебная нагрузка студентов-медиков в среднем в 2 раза выше, чем студентов технического вуза, следовательно, специфика обучения в медицинском вузе и профессиональная деятельность после окончания учебного заведения, предъявляет высокие требования к состоянию психического и физического здоровья обучающихся и личностным особенностям будущих врачей [3].

В своем исследовании мы поставили цель выявить психологические условия адаптации студентов-медиков младших курсов к образовательной среде. Акцент был сделан на изучении связей: тревожности и хронического утомления с механизмами психологической защиты; тревожности и хронического утомления с индивидуально-типологическими свойствами студентов-медиков младших курсов. Исследование проводилось в 1-м семестре учебного года через 1,5 месяца после начала занятий. Выборку составили студенты 1–2-го курсов очной формы обучения в возрасте от 17 до 20 лет. Всего в исследовании приняли участие 81 человек, из них юношей – 30, девушек – 51. Как показало наше исследование, психическое состояние студентов-медиков младших курсов характеризуется достаточно высоким уровнем тревожности и напряжением адаптационных ресурсов (хроническое утомление). Наиболее выраженными психологическими защитами, приводящими к невротическим нарушениям и социальной дезадаптации личности девушек, являются механизмы регрессии, компенсации, замещения, реактивное образование, а у юношей – отрицание, подавление, интеллектуализация и реактивное образование. Наиболее акцентуированными индивидуально-типологическими свойствами у девушек являются сензитивность, тревожность, эмотивность, у юношей – спонтанность, агрессивность, сензитивность, эмотивность. У девушек снижение ситуативной тревожности и хронического утомления связано с повышением интенсивности психологической защиты по механизмам

регрессии и проекции. У юношей повышение интенсивности защиты по механизму отрицания ведет к снижению уровня хронического утомления, а повышение интенсивности по механизму подавления сопровождается повышением уровня хронического утомления. Чем более выражены у девушек такие индивидуально-типологические свойства, как экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, тревожность, эмотивность, тем более высокие показатели имеет механизм замещения, приводя к неадекватности защиты, невротическим нарушениям и, возможно, социальной дезадаптации личности. Чем более выражены спонтанность, агрессивность и ригидность у юношей, тем интенсивнее формируется механизм подавления. Недостаточная выраженность спонтанности, агрессивности, ригидности способствует формированию психологической защиты по механизму реактивного образования. Выявленные неблагоприятные тенденции в психологическом благополучии студентов-медиков младших курсов делают особо актуальным вопрос совершенствования психолого-педагогического сопровождения вузовского обучения и нахождения путей и методов преодоления выявленных трудностей. Одним из возможных путей решения этой проблемы может стать включение в учебный процесс разработанного нами курса «Психология здоровья».

За основу теоретической базы курса было взято учение об ориентировочной деятельности как сущностной характеристике психики, выдвинутое П.Я. Гальпериным, а также основные положения теории планомерно-поэтапного формирования умственных действий и понятий [6]. Важнейшей задачей курса «Психология здоровья» мы считаем формирование у студентов такой ориентировки в собственной социальной ситуации развития и в социуме в целом, которая бы привела к адекватному действию, ведущему к состоянию физического, психического и социального благополучия. Иными словами – формирование мировоззрения человека, способствующего реализации здорового образа жизни.

Учебный курс «Психология здоровья» строится следующим образом. На первом занятии студенты заполняют разработанный нами тест-опросник, позволяющий преподавателю составить представление об исходной ориентировке студента в проблемах психологии здоровья; об умениях оценивать состояние своего физического и психического благополучия; умениях находить негативно воздействующие на состояние здоровья факторы в своей жизни и в социуме; о том, какое место здоровье как ценность занимает в собственной иерархии ценностей и почему; какими знаниями, умениями, навыками обладает студент для поддержания оптимального уровня своего здоровья и др. Как правило, результаты тестирования показывают недостаточное развитие рефлексии, неумение видеть негативные факторы (психологические механизмы) как в социуме, так и в собственной личности, способствующие развитию физического и психического неблагополучия. Ценность здоровья и его место в иерархии

ценностей выражается ими в форме социально-ожидаемых, декларативных ответов: «Здоровье – самая важная ценность», «Здоровье надо беречь», «Здоровье – это главное в жизни». На вопросы, касающиеся понимания того, какие человеку необходимы знания, умения и навыки, чтобы иметь физическое, социальное и психологическое благополучие, студенты давали ответы, касающиеся в основном вредных привычек и стресса, например: «Правильно питаться, заниматься спортом, вовремя посещать врачей».

Последующие занятия курса посвящены формированию мотивации и построению адекватной ориентировки в проблеме. На практическом занятии студенты выполняют работу по построению логических схем-взаимосвязей основных понятий и проблем, относящихся к психологии здоровья (этапы формирования мотивационной основы и схемы ориентировочной основы действия по П.Я. Гальперину). Прохождение последующих этапов шкалы поэтапного формирования осуществляется на семинарских занятиях. Дополнительным средством формирования адекватной ориентировки является проведение студентами самодиагностики личности и своего психофизиологического состояния, что способствует лучшему пониманию человеком самого себя. Первая часть курса завершается написанием отчета по психодиагностике собственной личности, включающего анализ имеющихся факторов риска развития психологического неблагополучия и их учет в дальнейшем личностном развитии. Затем в рамках индивидуальных консультаций по изучаемому курсу преподаватель обсуждает отчет с каждым студентом.

Вторая часть курса посвящена обучению студентов проведению исследовательской работы (проектная форма работы), в ходе которой студенты учатся находить причинно-следственные связи в развитии физического и психологического неблагополучия. На практических занятиях каждая подгруппа студентов защищает свои проекты, а преподаватель совместно со студентами оценивает выполненную работу.

Третья часть курса направлена на овладение системой психофизического саморегулирования, на обучение решению проблемы и развитие креативности. В процессе данной работы студенты ведут дневник, в котором отмечают свои ощущения, переживания, психическое и физическое состояние, изменение этих состояний, взглядов, убеждений.

Курс завершается проведением теста выходного контроля, аналогичного входному тесту. Сравнение результатов входного и выходного контроля, анализ диагностических отчетов студентов и дневниковых записей показывают, что в результате изучения курса формируется принципиально новая ориентировка в предмете психологии здоровья, приводящая к построению студентами индивидуальных схем ориентировки для решения вопросов собственного психологического и физического благополучия.

Литература:

1. Агаджанян, Н.А. Студенчество как самостоятельная социальная группа населения / Н.А. Агаджанян // Здоровье населения. – М., 1997. – С. 7-23.

2. Добромыслова, О.П. Физиолого-гигиенические проблемы здоровья студентов / О.П. Добромыслова, В.Г. Маймулов // Гигиена и санитария. – 1991. – №3. – С.42-46.
3. Латышевская, Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов /Н.И. Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2004. – №1. – С. 51-53.
4. Маркина, Л.Д. Новые принципы оценки состояния здоровья с позиции теории неспецифических адаптационных реакций организма / Л.Д. Маркина, В.В. Маркин // Тихоокеанский мед. журнал. – 2002. – №1. – С. 29-31.
5. Маркина, Л.Д. Современные подходы к оценке и коррекции уровня индивидуального здоровья студентов /Л.Д. Маркина, В.В. Маркин // Тихоокеанский мед. журнал. – 2003. – №2. – С. 39-42.
6. Подольский, А.И. Нет ничего практичней... (Еще раз об объяснительных и прикладных возможностях психологической концепции П.Я. Гальперина) // Национальный психологический журнал. – Ноябрь. – 2006. – С. 54-57.

ПОЛОРОВЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТЕРЕОТИПЫ ДЕВУШЕК С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ КРИМИНАЛЬНЫХ ДЕЯНИЙ

Ковалева О.Л.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Здоровое общество стремится и создает предпосылки формирования физического, психического, социального благополучия каждой личности, более широкий подход к здоровью общества заключается в оценке уровня социальных девиаций. Анализ научной литературы показывает, что динамика признаваемых в обществе ценностей, разрушение традиций и обычаев приводят к формированию новых образцов поведения [2, 3,]. Стереотипы, в том числе и поведенческие, создаются обществом, а в обществе зачастую наблюдается поощрение противозаконных действий, что так же оказывает влияние на формирование полоровых стереотипов. При этом криминальное воздействие оказывается как на мужскую, так и на женскую часть населения. Женская преступность наиболее актуальна в настоящее время, так как по данным статистики наблюдается неуклонный рост преступлений среди женщин в нашей стране [5, 6]. Для женщин сегодня все более характерно стремление к власти, лидерству и независимости; проявление активности, целеустремленности, настойчивости, то есть тех качеств, которые всегда было принято отождествлять с мужскими [1, 4].

Таким образом, рассмотрение отклоняющегося поведения среди женщин, и как следствие рост женской преступности – с одной стороны, и изменений стереотипного представления о женщине, как зависимой, пассивной и слабой - с другой, позволяет нам сформулировать проблему: каковы полоровые стереотипы у осужденных девушек с различным типом криминальных деяний?

В соответствии с проблемой исследования были использованы методики, информативные при изучении полоролевых стереотипов и применявшихся в судебной психологии и сексологии.

Для выявления связи полоролевых поведенческих стереотипов, качеств характера и отклоняющегося поведения у несовершеннолетних осужденных женского пола в качестве основных диагностических методик использовались: методика «МиФ» (Бессонова Т.Л., Дворянчиков Н.В., Герасимов А.В., Ткаченко А.А.), методика «Кодирование» (З. Старович), модифицированный метод «20 позиций Кто Я?» (М. Кун), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) (А.Е. Личко).

В исследовании приняли участие 75 человек. Исследования проводились на базе Новооскольской воспитательной колонии и общеобразовательных школ Белгородского района Белгородской области. Были сформированы две группы: 1 группа - 30 несовершеннолетних девочек из воспитательной колонии. 2 группа - 45 девочек, учащиеся общеобразовательных школ.

В результате исследования участники основной и контрольной групп были разделены на три типа: маскулинный, фемининный и андрогинный.

В соответствии с полученными данными мы можем констатировать, что в основной группе количество несовершеннолетних преступниц с маскулинной идентификацией значительно превышает число преступниц с фемининной и андрогинной идентификацией. В контрольной группе, напротив, количество учащихся с фемининной идентификацией преобладает над числом учащихся с маскулинной и андрогинной идентификацией.

Обнаруженная особенность позволяет сделать вывод, что превалирование маскулинных качеств у женщин (решительности, независимости, слабой эмоциональности, доминантности и др.) соответствующих поведению, типичному для мужского пола, наиболее характерно для осужденных девушек.

Выделение трех групп девушек в соответствии с выраженностью типов полоролевой идентификации, позволило, используя методику ПДО, более углубленно проанализировать личностные особенности осужденных девушек.

В группе несовершеннолетних преступниц (маскулинного типа) преобладающими типами акцентуации у осужденных с маскулинной идентификацией являются эпилептоидный (37%), шизоидный (22%) и циклоидный (15%), лабильный (7%), гипертимный (7%), сенситивный (4%), конформный (4%) и истероидный (4%) типы. Остановимся подробнее на преобладающих типах акцентуаций. Характерными для эпилептоидного типа чертами являются стремление к лидерству и властвованию, неуступчивость, гневливость. Подростков шизоидного типа отличают замкнутость, неспособность и нежелание устанавливать контакты, сдержанность в проявлении чувств и эмоциональная холодность. Для подростков-циклоидов характерна склонность к апатии и раздражительности, периодами отмечается проявление гнева и грубости.

В группе несовершеннолетних правонарушительниц с фемининной идентификацией преобладающими являются: лабильный, гипертимный и истероидный типы. Лабильные подростки отмечаются крайней изменчивостью

настроения, они весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, похвалам и поощрениям – все это доставляет им искреннюю радость. Порицания, осуждения, выговоры глубоко переживаются и способны ввести в беспросветное уныние. Лабильные подростки способны на глубокие чувства, искреннюю привязанность и преданную дружбу. Подростки с гипертимным типом акцентуации отличаются большой подвижностью, общительностью, даже болтливостью, у них почти всегда приподнятое настроение и высокий жизненный тонус. Главной чертой истероидных подростков является беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания и сочувствия. Также им характерна лживость и фантазирование, которые целиком направлены на приукрашение своей персоны.

У воспитанниц колонии с андрогинной идентификацией в 40% отмечается гипертимный тип, в 20% – лабильный, в 20% – сенситивный, в 10% – неустойчивый и в 10% – циклоидный тип. Как и осужденным фемининного типа, преступницам андрогинного типа присущи лабильный и гипертимный типы акцентуации характера. Третьим ведущим типом является сенситивным, характеризующий подростка как человека «чрезвычайно впечатлительного с выраженным чувством собственной недостаточности». У таких подростков рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования и к окружающим, и к самому себе.

Исходя из типов акцентуации, зафиксированных у осужденных с разной полоролевой идентификацией очевидно, что ведущими типами акцентуации у воспитанниц колонии с маскулинным типом идентификации (54%) являются типы, характеризующие подростков как властолюбивых, стремящихся к лидерству, сдержанных в проявлении чувств, неспособных к эмоциональному сопереживанию, склонных к грубости и гневливости.

Анализ результатов исследования особенностей «Я-концепции» показал, что и в 1 и во 2 группах ведущей является сфера «Я-образ» – самооценка. У школьников при положительной самооценке часто упоминаются такие характеристики как: красивая, веселая, заводная, стильная, привлекательная, обаятельная, ласковая, нежная, умная; при отрицательной самооценке – эгоистичная, ленивая, непослушная, троечница. Причем, число характеристик позитивной самооценки значительно превалирует над негативной.

Осужденные девушки среди положительных качеств отмечают такие как: любимая, любящая, отзывчивая, понимающая, старательная, заботливая, мягкосердечная, красивая, привлекательная, ласковая, нежная. К негативной самооценке относят такие черты характера и качества личности как: злая, трусливая, агрессивная, глупая, некрасивая, наглая, вспыльчивая. Число характеристик позитивной самооценки также преобладает над негативной. Второй по значимости сферой для осужденных является сфера общения – референтные группы, которая может быть представлена различными группами, с которыми подросток себя соотносит. Распределение рефлексивной продукции по трем уровням сферы общения у осужденных девушек представлено следующим образом: практически отсутствует уровень макро-групп, то есть групп высшей смысловой направленности,

среди имеющихся можно отметить только – активист, сказочница, личность. Референтные предъявления групп корпоративных сообществ также незначительны по своему количеству (человек, гражданка, русская, девушка, девочка). Самыми распространенными и рефлексивными являются группы непосредственного контакта, отражающие существующую ситуацию социального окружения (дочь, сестра, племянница, внучка, ученица, воспитанница, швея, староста, осужденная). Необходимо отметить, что набор референтных групп у подростков не отличается широким спектром и вариабельностью, а носит характер узко обозначаемых. И на последнем месте у несовершеннолетних воспитанниц колонии находится сфера личностных смыслов. Во второй группе второе место занимает Сфера личностных смыслов. При этом у школьниц отмечаются только продуктивные смыслы: будущая мать, жена, люблю детей, люблю большие компании, люблю свою семью, ценю дружбу, не люблю, когда врут, не люблю, когда меня придают, у меня будет муж и много детей, я многого хочу добиться в жизни. Таким образом, мы можем говорить о достаточности развития сферы личностных смыслов школьниц и адекватно сформировавшейся у них самооценки. И последнее место школьницы отдают сфере референтных групп. При этом у них преобладают рефлексивные продукты группы макроуровня – оптимист, фантазер, энтузиаст, романтик, альтруист, инициатор, личность, индивид. Среди рефлексивных предъявлений групп непосредственного контакта можно отметить следующие: ученица, школьница, дочь, сестра, племянница.

По результатам изучения восприятия полоролевых стереотипов и эмоционального отношения к ним (методика «Кодирование») получили следующие данные: 66% основной группы идентифицируют себя с женщиной, 24% - с ребенком и лишь 10% идентифицируют себя с мужчиной.

То есть можно констатировать, что преобладающее количество несовершеннолетних осужденных на неосознаваемом, глубинном уровне воспринимают себя как женственную натуру, со свойственными ей привлекательностью, нежностью и хрупкостью. А на поведенческом уровне девушки предпочитают демонстрировать свою независимую, доминирующую мужскую позицию. То есть глубинное переживание своего «Я» как слабого женского или детского порождает психологический защитный механизм, с помощью которого осужденные девушки компенсируют или гиперкомпенсируют подобные переживания. И таким образом этот механизм способствует выбору маскулинной идентификации и тем самым приводит к ее стабилизации у несовершеннолетних осужденных. Во второй группе наблюдается преобладание идентификации себя с женщиной - 70%, 25% идентифицируют себя с ребенком и только 5% - с мужчиной.

Располагая информацией о статьях УК РФ, по которым отбывают наказание несовершеннолетние преступницы нашей выборки, мы провели анализ и выяснили, что 68% преступлений совершено в сфере экономики и 32% - против личности. После разделения осужденных на типы с преобладающей маскулинностью, фемининностью и андрогинностью число преступлений распределилось следующим образом. Из 16 испытуемых маскулинного типа 10 человек (63%)

совершили преступления в сфере экономики и 3 человека (18%) – преступления против личности. Фемининному типу, представленному 8 испытуемыми, соответствует 3 преступления (24%) в сфере экономики и 1 преступление (8%) против личности, и в выборке андрогинного типа, представленной 6 испытуемыми 3 преступления (18%) совершено в сфере экономики и 1 (6%) - против личности.

Таким образом, в результате проведения исследования можно сформулировать следующие выводы:

Сравнительный анализ данных 1 и 2 групп исследования показал, что как группа несовершеннолетних осужденных, так и группа школьниц демонстрируют все три типа поло-ролевой идентификации. Это не позволяет квалифицировать феномены маскулинной ориентации у девушек основной группы как специфическую особенность, но дает возможность говорить о типических проявлениях и усилении имеющихся возрастных и популяционных тенденций. В результате проведенного исследования в группе несовершеннолетних осужденных женского пола выявлено преобладание маскулинной идентификации. Выявлен и описан психологический механизм, связанный с предпочтительным выбором маскулинной идентификации, и способствующий ее стабилизации у несовершеннолетних осужденных. Квалификация этого механизма как защитного психологического (по типу компенсации или гиперкомпенсации) обуславливается глубинным переживанием своего «Я» как слабого женского.

В настоящем исследовании была установлена связь между преобладанием маскулинной идентификации, а также маскулинных черт характера и выбором типа криминальных деяний. Установлено, что для несовершеннолетних осужденных женского пола с маскулинным типом идентификации более типичны преступления против личности агрессивного характера, фемининным и андрогинным типом идентификации - преступления в сфере экономики. Преступления против личности агрессивного характера совершенные самостоятельно несовершеннолетними осужденными с фемининным и андрогинным типом идентификации являются крайне редкими.

Литература:

1. Алешина, Ю.Е. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины / Ю.Е. Алешина, А.С. Волович // Вопросы психологии. – 1991. – №4. – С. 294-307.

2. Бем, С. *Линзы гендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов* / С. Бем / Пер. с англ. — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. — с. 308 — 330.

3. Берн, Ш. Гендерная психология /Ш. Берн. – СПб., – 2001.– 450с.

4. Ениколопов, С.Н. Перспективы исследования пола в клинической психологии / С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков // Психологический журнал. – №3.– т. 22. – 2001.– С.100-115.

5. Ильин, Е.П. Психология индивидуальных различий /Е.П. Ильин. СПб.: Питер, 2004. – 400с.

6. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида / В.Е. Каган // Психогенные и психосоматические расстройства: Тезисы научной конференции 24-25. XI. 1998. Тарту, 1988. – Т. 1. – С. 201-204.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ КГМУ

Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Мансимова О.В., Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Отношения с другими людьми важны и актуальны для человека любого возраста. Именно поэтому становление и развитие межличностных отношений студентов может стать одной из актуальнейших тем не только современной психологии.

Переход от старшего школьного возраста к студенческому сопровождается противоречиями и ломкой привычных жизненных представлений. Особенно в период студенчества, когда меняются приоритеты и происходит переоценка ценностей, а также меняются свойства и качества личности.

Нашей задачей является установить, в какой именно мере данный период становления человека влияет на его отношения с окружающими, и, как отношения с окружающими влияют на него и на то, чем он занимается, т.е. на учебу. Психологами получены данные о том, что на характер учебной мотивации влияет групповая сплоченность учебной группы. В частности, при работе с малыми группами сплоченность способствует повышению интереса к учебному предмету, а ее отсутствие, наоборот, отрицательно влияет на познавательный интерес. В данном конкретном случае мы будем разбирать проблему взаимопонимания в относительно малых студенческих группах до 15 человек.

Объектом нашего исследования являются межличностные отношения в целом, а предметом, подробно рассматриваемом в контексте объекта – межличностные отношения в студенческом коллективе.

Целью нашего исследования является изучение особенностей учебной мотивации студента и влияние ее на развитие окружающих, к которым относятся в нашем случае одноклассники и преподавательский состав.

Практическая значимость исследовательской работы заключается в том, что она раскрывает содержание психологических особенностей учебной мотивации студента медицинского ВУЗа и выявляет ее значимые составляющие. Мы полагаем, что проведенное исследование будет способствовать саморазвитию студента, овладению учебным материалом, развитию учебно-познавательных мотивов сравнительно высокого уровня, что в свою очередь, может привести к формированию других социальных мотивов.

Психология общения в подростковом возрасте строится на основе противоречивого сплетения двух потребностей: обособления (приватизации) и аффиляции, то есть потребности в принадлежности, включенности в какую

– либо группу, общность. Результатом данного противоречия является формирование совершенно специфичных подростковых групп. Типичной их чертой является чрезвычайно высокая конформность. Яростно отстаивая свою независимость от старших, подростки зачастую абсолютно некритично относятся к мнениям собственной и ее лидеров.

Проблема групп, в которые объединены люди в процессе своей жизнедеятельности, - важнейший вопрос социальной психологии.

Реальность общественных отношений всегда дана как реальность отношений между социальными группами, поэтому для социологического анализа крайне важным и принципиальным вопросом является вопрос о том, по какому критерию следует вычленять группы из того многообразия различного рода объединений, которые возникают в человеческом обществе.

Социальная коллективность заключается в том, что, объединяя людей общими социальными и производственными интересами, она ставит высшей своей целью создание условий для раскрытия индивидуальности каждого члена общества и отвечает за реализацию полноценного развития личности.

Под малой группой понимается немногочисленная по составу группа, члены которой объединены общей социальной деятельностью и находятся в непосредственном личном общении, что является основой для возникновения эмоциональных отношений, групповых норм и процессов.

Межличностные взаимоотношения людей связаны с общественными отношениями и определяются ими. Особенности поведения человека в коллективе, результаты его работы вызывают определенные реакции со стороны других членов группы, формируют у каждого из них отношение к этому человеку, и таким образом в группе развивается система взаимоотношений. Удовлетворенность взаимоотношениями по горизонтали (с товарищами) и по вертикали (с руководителями, преподавателями) рассматривается как важный показатель социально – психологического климата в студенческом коллективе. Показатели удовлетворенности взаимоотношениями по горизонтали тесно связаны с частотой обсуждения в группе вопросов, непосредственно связанных с учебной, а также с частотой контактов членов группы в свободное от работы время. В самой официальной обстановке между людьми так или иначе складываются личные отношения и они не могут не влиять на общую атмосферу в коллективе, на общий характер, стиль, тон взаимоотношений в группе.

Влияние эмоциональной атмосферы коллектива на личность может быть двоякое: стимулирующее или тормозящее, то есть подавляющее творческую инициативу, активность и энергию человека.

Сложившиеся в коллективе отношения, выступая в качестве объективных условий трудового взаимодействия и общения, требуют от человека не любого, а вполне определенного стиля поведения. Эмоции одного члена группы определенным образом мотивируют поведение других членов, направляя их не только на осуществление целей деятельности, но и на устранение фрустрирующих воздействий. В ситуации контакта могут

возникать социально – психологические феномены: социальное влияние (поведение одного человека подобно поведению другого); суггестия – подверженность влиянию, критерием суггестии является степень сходства поведения человека и установок, внушаемых ему.

Выделяют следующие социально – психологические феномены влияния.

1. Фацилитация – усиление энергии человека в присутствии других людей.
2. Конформность – подверженность групповому давлению и изменение своего поведения под влиянием других лиц, группы.

Рассмотрим указанные феномены несколько подробнее. Исследования показали, что внушаемость и конформизм в той или иной степени присущи каждому человеку с детства и до конца жизни, но на степень их выраженности влияет ряд факторов. Прежде всего, влияют характеристики самого человека: в подростковом, юношеском возрастах конформизм самый высокий, потом снижается. Влияют характеристики самой проблемы, характеристики стимульного материала: чем сложнее, амбивалентнее стимульный материал, тем чаще проявляется конформность. Категориальные, качественные стимулы (а не количественные характеристики стимулов) увеличивают способность к сопротивлению групповому давлению. Также значительное влияние оказывает размер группы.

В проведенном исследовании принимали участие студенты всех курсов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Было отобрано 50 студентов. Особенностью выборки явилось, то что ее составили лица, проживающие в общежитие №2. Исследование проводилось в конце учебного семестра.

Адекватно логике исследования были использованы следующие методы работы: наблюдение, беседы, анкеты, методика диагностики самооценки мотивации одобрения (шкала лживости) Д. Марлоу и Д. Крауна.

В ходе анкетирования было предложено 35 вопросов, касающихся основных аспектов влияния на студентов окружающих: рассмотрен вопрос лидерства, степень сплоченности каждого индивида с группой, основные моменты мотивации к учебе.

В ходе беседы было выявлено, кто является лидером, какой тип взаимоотношений у студентов данной группы, как влияет лидерство на учебную деятельность. Также нам удалось выявить, что необходимо для успешного обучения, с точки зрения студента. Какое место занимает преподаватель в жизни студента. Для максимально возможного сбора информации нами была использована анкета.

На вопрос «Есть ли у Вас в группе лидер?» 44% опрошенных ответили «да» и 46% «нет», при этом большинство из ответивших положительно считают, что лидер в группе не один, а несколько. Все опрошенные имеют хорошие отношения с лидерами и практически все считают, что это

положительно отмечается на динамике обучения, остальные уверены, что это не влияет на процесс учебы.

Для того чтобы проверить сплочённость студента с группой были заданы вопросы следующего плана: «Приходилось ли вам вместе с группой гулять всю ночь напролет?» (52% ответили положительно, из них 24% - «да» и 30% «до 2-х часов ночи»), «Участвует ли Ваша группа в защите своей территории?» (62% ответили «да» и 38% - «нет») а также вопрос «Что бы предприняла группа, если бы Вы заявили о своем уходе из нее (преимущественно большинство ответило «сожалела бы» - 80% и только 20% ответило «ничего»). Из этого следует сделать вывод, что в основном студенты считают свою группу вполне сплоченным и дружным коллективом и готовы даже встать на защиту общественных прав и групповой территории.

В разделе определения специфики учебной мотивации практически все студенты согласились во мнении, что обучаются они для получения высшего образования и из-за желания стать опытным специалистом и выразили мнение, что интенсивность обучения исходить из собственного желания и только 15% из чувства обязанности. При этом в ситуации вероятного выбора между учебой и личными проблемами 80% постараются добиться полезного совмещения и только 20% - выбрали личные проблемы (заметим, что учебу не выбрал ни один опрошенный). Эти данные говорят нам о первостепенной роли собственного желания и тяги к обучению и присутствия на данном этапе развития личности приоритета близкого окружения и собственных переживаний над долгом.

Практически 80% опрошенных занимаются какой – либо научной деятельностью (в основном написанием курсовых работ) или же творческой деятельностью (занимаются музыкой, рисованием, играют в КВН)

По окончании анкетирования был предложен опросник по диагностике мотивации одобрения Д. Марлоу и Д. Крауна, и были получены следующие данные: 50% опрошенных показали высокие показатели (от 10 до 20) и 50% низкие (от 1 до 10). Это говорит о том, что потребность в одобрении в половине случаев довольно высокая, а в половине низкая. Также это подтверждает вывод об относительном доверии окружающим при всем внешнем благополучии, как о внутреннем защитном механизме.

Подытожив все вышеперечисленные данные, можно сказать, что студентам нравится обучаться в КГМУ (это подтверждено опросом) и большинство их них желает обучаться только в данном ВУЗе и ни в каком другом. По мнению опрошенных, сдача экзаменов проходит вполне адекватно и в большинстве случаев влияет на дальнейшее обучение (в основном, положительно).

Отношения с окружающими и с группой в преимуществе у всех положительные, но степень доверия остается зависимой от обстоятельств. Практически все опрошенные считают, что им легко входить в контакты со сверстниками и что общение в компании зависит не только от самого оппонента.

Проанализировав все полученные от студентов данные можно сделать следующие выводы:

1. Окружение влияет на процесс обучения.
2. Люди, имеющие негативные отношения с группой имеют плохую успеваемость, а студенты, сплоченные с группой и находящиеся с ней в хороших отношениях, наоборот, хорошо учатся.
3. На процесс обучения влияет степень адаптации к окружающей среде: в данном случае это количество вербальных контактов с другими студентами и преподавателями.

Сделанные выводы подтвердили исходное предположение о зависимости личности окружающих. В дальнейшем необходимо выяснить, в какой именно степени окружение влияет на человека и на его поступки и посредством каких процессов это выражается.

РЕФЛЕКСИВНО-СМЫСЛОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВЫГОРАНИЯ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Реформы в сфере образования, проводимые в последние годы, внедрение Программы перспективного развития 2000 – 2020 гг., предполагающими изменения не только в сфере общего образования, но также затрагивающими высшее профессиональное образование ориентируют на усиление значимости субъекта профессиональной деятельности, качества его жизни. А следовательно социальная значимость субъекта педагогической деятельности, его психические состояния приобретают статус категорий макросоциального уровня. А никто не сомневается в том, что в профессиональной деятельности преподавателя существует большое количество объективных и субъективных факторов, которые могут оказывать негативное воздействие как на профессиональную деятельность преподавателя (снижая ее эффективность), так и на субъекта деятельности, активируя психическое выгорание, эмоциональное напряжение и стресс [5].

Целью нашего исследования является выявление способа преодоления состояния выгорания у преподавателей высшей школы через оптимизацию рефлексивно-смысловой регуляции. Тем более, что, несмотря на сорокалетний период изучения проблемы выгорания (начиная с 70-х годов XX в. (Freudenberger H.J., 1974; Maslach C., 1976) динамика исследовательских изысканий в области выгорания неуклонно растет, затрагивая его различные аспекты) остается очень много противоречивых неоднозначных данных о способах профилактики и преодоления вышеуказанной профессиональной деструкции [1]. На данный момент в исследовательском пространстве феномена выгорания сложилось три направления в его изучении:

структурное (A. Pines, E. Aronson, 1981; R.L. Brill, 1984; C. Maslach, 1976, 1982, 1993, 1998; C. Maslach, S.E. Jackson, 1984; C.J. Cherniss, 1992, 1993; A.M. Pines, 1993; D.V. Dierendonck, W.B. Shaufeli, H.J. Sixma, 1994), процессуальное (J. Edelwich, R. Brodsky, 1980; B. Perlman, E.A. Hartman, 1982; A. Shirom, 1989; L. Hallsten, 1993; M. Burish, 1993; R.J. Burke, E.A. Greengalass, 1995; В.В. Бойко, 1999) и интегративное (А.А. Рукавишников, 2001; В.Е. Орел, 2005; Т.А. Ушакова, 2009; В.Б. Никишина, 2010; Л.Н. Молчанова, 2012) [2].

В рамках данного исследования в соответствии с точкой зрения В.Е. Орла (2006) выгорание понимаем как профессиональный феномен, элемент подсистемы профессиональных деструкций, который формируется и проявляется в профессиональной деятельности, оказывая отрицательное влияние на ее протекание и результаты.

В качестве содержания системы психологической регуляции психических состояний в нашем исследовании выступают три группы механизмов: система саморегуляции поведения как базовый компонент, рефлексивный механизм, представленный уровнем рефлексивности и смысловой механизм, представленный смысло-жизненными ориентациями. Профессиональная деятельность (в данном случае педагогическая) выступает условием реализации регуляторных механизмов психических состояний [3].

В соответствии с целью исследования разработаны задачи: провести эмпирическое исследование по определению уровня и структуры состояния выгорания у представителей педагогической деятельности; провести эмпирическое исследование по выявлению уровня саморегуляции, рефлексивности и смысло-жизненных ориентаций; с использованием методов факторного и регрессионного анализов выявить возможность влияния вышеуказанных механизмов регуляции на состояние выгорания; разработать программу рефлексивно-смысловой регуляции в преодолении состояния выгорания; провести формирующий эксперимент с целью выявления эффективности предлагаемой программы.

Исходя из представленных задач был подобран психодиагностический инструментарий (методика «Определение психического «выгорания» (А.А.Рукавишников)»; опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой; тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) Д.А.Леонтьева; методика определения уровня рефлексивности А.В.Карпова) и методы статистической обработки результатов (сравнительной (непараметрический критерий Манна-Уитни (U)) и многомерной статистики (многомерный корреляционный анализ (по Спирмену (R)), факторный анализ с varimax-вращением, кластерный анализ, регрессионный анализ). Для обработки результатов применялись стандартные пакеты программ статистического анализа «Statistica 8.0».

В соответствии с первой задачей в результате интегральной диагностики состояния выгорания у преподавателей высшей школы без учета профессионально-должностной дифференциации выявлен высокий уровень

психического выгорания ($X_{cp.}=101,47\pm 20,25$), характеризующийся психоэмоциональным истощением ($X_{cp.}=28,36\pm 10,49$), личностным отдалением ($X_{cp.}=29,62\pm 9,00$) и снижением профессиональной мотивации ($X_{cp.}=43,47\pm 9,46$)[6]. Исследование структурной организации элементов состояния психического выгорания преподавателей высшей школы осуществлялось с использованием метода структурного анализа А.В. Карпова (1998). Используемый нами структурный анализ А.В. Карпова предусматривал нахождение матриц интеркорреляций элементов состояния выгорания, а также последующих исследований полученных на их основе структур с помощью системы структурных индексов (индекса когерентности (ИКС)=8, дивергентности (ИДС)=0 и общей организованности (ИОС) (или меры интегрированности структуры)=8, предусматривающей подсчет весовых коэффициентов каждого элемента в структуре. Структура состояния выгорания преподавателей высшей школы характеризуется выраженной устойчивостью, что обеспечивается высокой степенью интегрированности и качественным своеобразием структуры.

В соответствии со второй задачей у преподавателей высшей школы выявлен средний уровень рефлексивности ($X_{cp.}=129,5\pm 8,71$), Недостаточно развитые рефлексивные способности, связанные с обращением к анализу своей деятельности и общения, могут способствовать развитию редукации профессиональных обязанностей [4], возникновению психического выгорания. В результате исследования системы саморегуляции поведения выявлен низкий общий уровень саморегуляции ($X_{cp.}=19,53\pm 5,15$), Также выявлен средний уровень осмысленности жизни ($X_{cp.}=101,03\pm 7,21$).

В соответствии с третьей задачей определена система взаимосвязей структурных компонентов состояния выгорания, параметров саморегуляции и смысложизненных ориентаций преподавателей высшей школы характеризуется низкой интегрированностью и положительной направленностью. При этом низкая профессиональная мотивация в структуре состояния выгорания характеризуется положительными статистически значимыми взаимосвязями с целенаправленностью, локусом контроля Я, локусом контроля Жизнь и общей осмысленностью жизни.

В результате факторного анализа структурных компонентов состояния выгорания и механизмов его регуляции в условиях педагогической деятельности было выделено три основных фактора. Основная факторная нагрузка приходится на структурные компоненты психического выгорания, однако второй и третий факторы характеризуются регулируемыми функциями, проявляющимися в параметрах саморегуляции, рефлексивности и смысложизненных ориентациях [3].

В результате кластерного анализа взаимосвязи структурных параметров состояния психического выгорания: эмоциональное истощение, личностное отдаление, профессиональная мотивация и параметров системы регуляции выявлено три основных кластера. В первый кластер с высокой степенью близости вошли показатели рефлексивности, осмысленности жизни

и индекс психического выгорания, что может свидетельствовать о том, что указанные параметры системы регуляции могут редуцировать психическое выгорание; второй кластер включает в себя параметры саморегуляции; в третий кластер вошли показатели смысловых ориентаций и структурные компоненты состояния психического выгорания. Предположение о наличии влияния подкрепляется и результатами регрессионного анализа, который установил, что на величину индекса психического выгорания оказывает значимое влияние общий уровень саморегуляции ($p\text{-value} = 0,050$, $b = -0,2180$). Развитие и повышение уровня саморегуляции может способствовать снижению психического выгорания. На личностное отдаление оказывает значимое влияние осмысленность жизни ($p\text{-value} = 0,043$, $b = -0,125$), также выявлена обратная зависимость, т.е. для снижения личностного отдаления необходимо развивать осмысленность жизни и ее составляющие. На профессиональную мотивацию с одинаковой степенью, но разной направленностью влияние оказывают общий уровень саморегуляции и рефлексия ($p\text{-value} = 0,0560$, $b = -0,323$; $p\text{-value} = 0,059$, $b = -0,115$), саморегуляция повышает профессиональную мотивацию, а рефлексивность может стимулировать развитие профессиональной демотивации.

Выявленные закономерности положены в основу разработки программы психологической профилактики в форме тренинга преодоления состояния выгорания преподавателей высшей школы. Продолжительность программы 24 часа (8 занятий по 3 часа). В тренинговые группы (две экспериментальные – Э1, Э2 и одна контрольная – К) вошли преподаватели с высоким и средним (с тенденции к высокому уровню) уровнем состояния выгорания. В группах Э1, Э2 были проведены тренинговые мероприятия. В Э1, Э2 после воздействия, в К без воздействия было проведено повторное тестирование на измерение уровня выгорания. Анализ значимости различий (U-критерий Манна - Уитни) между показателями состояния выгорания после воздействия между группами Э1 и К, а также между Э2 и К, для верификации качества тренинга показал эффективность мероприятий.

В группах Э1 и Э2 после воздействия произведено повторное тестирование параметров системы саморегуляции, осмысленности жизни и рефлексивности. Определена значимость различий между данными показателями до и после работы, что тоже позволило констатировать значимость различий, а соответственно адекватность проведенного воздействия.

Таким образом, рефлексивно-смысловая регуляция может выступать в качестве способа и механизма преодоления состояния выгорания у преподавателей высшей школы.

Литература:

1. Кузнецова, А.А. Параметры системы саморегуляции и рефлексивные механизмы регуляции состояния выгорания в условиях педагогической

- деятельности / А.А. Кузнецова // Образование и общество. – 2012. – № 4. – С. 54-59.
2. Кузнецова, А.А. Рефлексивные механизмы регуляции состояния выгорания у преподавателей высшей школы / А.А. Кузнецова // Известия Юго-Западного государственного университета. – 2012. – № 4-3 (43). – С. 214-218.
 3. Кузнецова, А.А. Факторный анализ рефлексивно-смысловых механизмов регуляции состояния выгорания в условиях педагогической деятельности / А.А. Кузнецова // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. – 2012. – Т. 3. – № 155. – С. 56-61.
 4. Марадзе, Л.М. Удовлетворенность профессиональной деятельностью: критериально-феноменологический анализ / Л.М. Марадзе, А.А. Кузнецова // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2012. – № 2. – С. 308-313.
 5. Никишина, В.Б. Концептуальное обоснование метода субъективной оценки редукции достижений в условиях педагогической деятельности (СОПД) / В.Б. Никишина, А.А. Кузнецова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 8-1. – С. 145-146.
 6. Кузнецова, А.А. Особенности состояния выгорания у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса / А.А. Кузнецова // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 7. С. 17-18.

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Кульсеева Т.Г.

Курский государственный медицинский университет г. Курск,
Россия

Научно-технический прогресс, экологические, социальные и демографические изменения, привели к возрастающей роли здоровья в системе социальных ценностей человека. Это в свою очередь, порождает ряд новых общетеоретических, социально-гигиенических, социально-психологических и гуманитарных проблем. Решение данных проблем возможно при широком творческом содружестве медиков, психологов, социологов, философов и других представителей науки.

В развитии современной науки наряду с дифференциацией и узкой специализацией происходит и процесс синтеза интеграции научных знаний в единую теоретическую концепцию о нормальной и патологической жизнедеятельности организма человека.

Именно сегодня возрастает роль осознанных мировоззренческих, общеметодологических и теоретических принципов в решении проблем здоровья и болезни человека. В своей брошюре «Размышления о прогрессе, мирном сосуществовании и интеллектуальной свободе» (1968) А.Д.Сахаров писал: «... озабоченность питается сознанием того, что ещё не стал реальностью научный метод руководства политикой, экономикой, искусством, образованием и военным делом. ... Вместе с тем, сложность и многоплановость всех явлений современной жизни, огромные возможности и опасности, связанные с НТР и с рядом общественно-социальных тенденций, настоятельно требуют именно такого подхода... [1].

Комплексные исследования на основе передовых научных технологий позволяют углублённо изучать механизм социальной детерминации здоровья населения, выявлять роль и значение социальных, биологических и психологических факторов в поддержании здоровья людей и в возникновении заболеваний.

Среди методологических проблем медицины главную роль играет социально-биологическая проблема. Известно, что социальные факторы играют решающую роль в формировании здоровья населения. Но в определённых ситуациях в возникновении болезни могут выдвигаться различные биологические факторы (наследственность, возраст, иммунитет).

Широкое распространение сегодня получили заболевания, в возникновении которых огромную роль играют психоэмоциональные факторы, профессия, отношение человека к труду, психологический климат в коллективе, оказывают существенное влияние на состояние его соматического и психического здоровья.

Здоровье человека во многом связано с эволюционно-экологическими основами его психофизической деятельности.

Ритмы жизни, урбанизация, миграция, современные биосферно-ноосферные экологические изменения предъявляют к людям новые требования. Формируются генофенотипические свойства, которые наиболее адекватно отвечают современным психофизиологическим, социальным потребностям жизни. Если в прошлом характер патологии определялся, прежде всего, патогенными природными воздействиями, то в настоящее время он обуславливается воздействиями, идущими от преобразованной самим же человеком природы («искусственной среды» обитания). Поэтому «научное изучение всех взаимосвязей в природе и последствий нашего вмешательства явно от темпов происходящих изменений. Рано или поздно это примет опасные масштабы. Но мы не знаем когда» [1].

Можно в связи с этим напомнить и известные слова К.Маркса: «Труд – есть, прежде всего, процесс, совершающийся между человеком и природой, в котором человек своей собственной деятельностью опосредствует, регулирует и контролирует обмен веществ между собой и природой» [2]. На разных ступенях развития общества требования, предъявляемые к уровню нервно-психических и мышечных, физических затрат, неодинаковы. На

протяжении веков человек испытывал воздействие таких факторов, как гипердинамика, общее и специфическое недоедание. То во второй половине XX – начала XXI века главную роль в детерминации многих болезней играют соответственно гиподинамия, огромный поток информации и психоэмоциональный стресс.

Названные выше факторы, в конечном счете, определяют эволюцию болезней, изменение их характера, симптомов; ведут к исчезновению старых и возникновению новых болезней.

В век Internet, робототехники, освоения космоса возросла роль психического фактора во всех сферах жизни. Происходит интеллектуализация труда, который всё больше включает элементы умственной деятельности, что в свою очередь повышает требования к органам и системам человека. Что же такое человек?

Современное естествознание рассматривает человека как целостный природный и социокультурный феномен. И вновь обратимся к К.Марксу. В «Экономико-философских рукописях 1844г.», он писал: «Человек является непосредственно природным существом... человек есть телесное, обладающее природными силами, живое, действительное, чувственное, предметное существо» [3]. Тем самым определение К.Маркса схоже с естественно-научным пониманием человека.

В своё время французский биолог К.Бернар выдвинул идею единства здоровья и болезни, то есть по существу обосновал учение о гомеостазе. К этой мысли он пришёл на основе опыта медицины и собственных экспериментальных наблюдений. Он обобщил этот свод данных. В лекциях о жизни растений и животных он писал: «Физиология болезней, конечно, включает в себе процессы, которые могут быть присущи им специально, но их законы абсолютно тождественны с законами, управляющими функциями жизни в здоровом состоянии» (1878).

Таким образом, учение о гомеостазе основано на убеждении в единстве здоровья и болезни. Идеи такого рода присутствуют в работах А.А.Богданова, Н.П.Бехтеревой, С.П.Боткина, И.В.Давыдовского и других учёных. Можно сказать, что были предприняты попытки обосновать понимание здоровья и болезни как диалектическое единство и борьба противоположностей.

В условиях форсированных экологических преобразований и их возрастающего воздействия на здоровье населения особое значение имеет проблема соотношения социального и экологического в развитии человека.

Сегодня можно говорить об «экологизации» этиологии многих заболеваний. Так, применение ядохимикатов в сельском хозяйстве для борьбы с вредителями, проникают в тело человека и животных как непосредственно, так и в виде ряда видоизменённых, ещё более опасных соединений, оказывают очень вредное влияние на мозг, нервную систему, печень, кроветворные органы и другие. Применение антибиотиков в птицеводстве способствует выработке новых форм болезнетворных

микробов, устойчивых к антибиотикам. Отсюда появление в гигантских масштабах всевозможных БАДов (биологически активных добавок).

Нельзя не упомянуть и о проблеме сброса моющих веществ и радиоактивных отходах, об эрозии и засолонении почвы, о вырубке лесов (особенно в Карелии и Сибири), о гибели птиц и таких полезных животных, как жабы и лягушки, и многих других примерах «неразумного хищничества, вызванных приматом местных, временных, ведомственных и эгоистических интересов» [1]. Изучение проблем гигиены (термин А.Д.Сахарова) с методологических, общебиологических, социально-гигиенических и клинических позиций – одна из актуальных задач. Они тесно переплетаются с экономическими и социальными проблемами. Нельзя также не учитывать, что к воздействию новых факторов среды человек эволюционно не подготовлен (новые химические вещества и виды энергий), ибо в ходе эволюции он с ними не сталкивался.

Научно-технический прогресс оказал унифицирующее влияние на производственную деятельность, бытовую и природную среду или по-другому, происходят процессы глобализации. А это, в свою очередь, придаёт некоторое сходство структуре распространённости заболеваний, их нозологическим характеристикам в различных странах. Это является основой для объединения усилий учёных стран мира в изучении наиболее опасных и широко распространённых заболеваний (СПИД, рак). Данный процесс имеет место, но явно недостаточен, особенно в непростых современных условиях.

Несколько слов о проблеме соотношения нормы и патологии.

Наука рассматривает норму как выражение объективного состояния организма. Норма – это особая форма приспособления организма к условиям окружающей среды. В силу этого особенности и проявления нормы у различных видов обширного филогенетического ряда животных существ, в конечном счете, обусловлены спецификой их взаимоотношений с условиями окружающей среды.

Особая функция живого организма – это выравнивание отношений между вечно изменяющимися условиями среды и постоянной потребностью организма сохранить одни и те же необходимые внутренние условия для обеспечения отправления тканей, органов и всего организма в целом.

Выделяют социальные нормы и естественные.

Социальная норма определяет исторически сложившийся в данном конкретном обществе предел, меру, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения деятельности людей, социальных групп, социальных организаций. Но в том же обществе существуют и социальные отклонения двоякого характера – негативные (социальная патология) и позитивные (социальное творчество).

Вообще отклонение, будучи необходимым элементом механизма изменения, присуще любой системе. Спонтанные отклонения в неживой природе принято называть флуктуациями. Они могут привести как к гибели системы, так и к её развитию.

В механизме биологической эволюции существенная роль также принадлежит отклонениям – мутациям. Мутации, с одной стороны, нарушают организованность живых систем, приводят их к гибели. С другой стороны, именно они служат первичным фактором эволюции, её «сырьём» движущей силой отбора. Таким образом, речь идёт опять-таки о двойственном характере отклонений относительно сохранения и прогрессивного развития живых систем. Так И.П. Павлов рассматривал болезнь не только как нарушение адаптационного механизма, но и как «физиологическую норму» приспособительной реакции.

Неоднозначна роль психических отклонений (патологий). Так, среди больных с активным течением психоза реже, чем в популяции встречаются психосоматические заболевания – за счёт высокой, хотя и неправильно ориентированной поисковой активности. В нашем случае – социальные отклонения (болезни) – это патология. Так по поводу преступности Э.Дюркгейм писал: «Нет никакого другого феномена, который обладал бы бесспорно всеми признаками нормального явления, ибо преступность тесно связана с условиями жизни любого коллектива... Преступность – нормальное явление потому, что общество без преступников невозможно» [4]. Это всё равно, что биологические организмы могут обходиться без заболеваний. Таким образом, здоровый человек – это норма, больной человек – патология.

Проблемы здоровья и болезни человека очень важны потому, что здоровый человек свободен в своих поступках, творчестве, удовлетворении материальных и духовных потребностей. Болезнь же ограничивает его свободу и творчество. Поэтому проблемы здоровья человека и его сохранение очень важны, как для отдельного человека, так и для всего общества.

Литература:

1. Сахаров, А.Д. Размышления о прогрессе, мирном сосуществовании и интеллектуальной свободе / А.Д. Сахаров // Вопросы философии. – 1990. – № 2. – С.4,10.
2. Маркс К., Энгельс Ф. Соч.2-е изд., Т.23. С.188.
3. Маркс К., Энгельс Ф. Соч.2-е изд., Т.42. С.162–163.
4. Дюркгейм, Э. Норма и патология / Э. Дюркгейм // Социология преступности. – М., 1966. С.39–40.
5. Естествознание: Энциклопедический словарь / Сост. В.Д. Шолле. – М., 2002.
6. Миронов, В.В. Образы науки в современной культуре и философии / В.В. Миронов. – М., 1997.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В АСПЕКТЕ ПРОГНОЗА КАЧЕСТВА И ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ

По данным Федеральной службы государственной статистики, за первое полугодие 2015 г. смертность населения в нашей стране, и так весьма высокая, после периода снижения вновь выросла на 5,2%. В июне 2015 г., по сравнению с аналогичным периодом 2014 г., рост смертности превысил 8%. При этом следует отметить: смертность преобладает среди наиболее важной в социально-демографическом плане группы 30-45 лет, имеются перспективы возрастания смертности в ближайшие годы, озвученные министром В.И. Скворцовой [6].

Феномен преждевременной смертности и инвалидизации населения [2, 7] отмечается в России на протяжении последних десятилетий. По прогнозу Института демографии, миграции и регионального развития, рост уровня смертности населения из-за алкоголизма и суицидов, при снижающемся уровне рождаемости, может привести к сокращению населения России к 2050 г. со 143 до 80 млн человек. По данным ОБСЕ, алкоголь является причиной смерти примерно у трети мужчин в РФ [5]. Среди негативных последствий пьянства и алкоголизма – учащение суицидов, уровень которых, например, в ряде регионов Сибири, в 3 раза выше критического; сохраняется лидерство РФ по уровню самоубийств среди подростков в Европе [4].

Наряду с многими управленческими и медицинскими аспектами данной проблемы, большое значение приобретает выявление социальных, психологических и поведенческих факторов, которые могут образовать основу для формирования различных токсических и сосудистых заболеваний у молодого человека. Устранение их могло бы способствовать повышению качества здоровья молодежи [1, 3].

Проблема профессионального здоровья особенно важна для медицинских работников, призванных обеспечивать охрану здоровья населения. В указанном плане актуальна оценка факторов риска развития заболеваний будущих врачей - студентов медицинского вуза в аспекте прогноза их качества и ожидаемой продолжительности жизни.

Цель работы – оценка социально-психологических и поведенческих факторов риска развития социально значимых заболеваний в аспекте прогноза качества и ожидаемой продолжительности жизни у студентов медицинского университета.

Материал исследования: 330 студентов первого и шестого курсов медицинского вуза. Методы исследования: оригинальные анонимные опросники и визуальные аналоговые шкалы для самооценки тревожности и астении, связанных с образовательным процессом [3]. Для оценки депрессивных проявлений использовали русскоязычную версию шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований. Для статистической обработки материала применяли программные пакеты STATISTICA 6.0 и EXCEL-2007 с определением t-критерия Стьюдента.

Результаты обследования показали, что значительная доля студентов имеет ложные представления о допустимости и последствиях курения, алкоголизации и наркотизации. Так, доля студентов, считающих похмелье обычным состоянием для здорового человека, колеблется от 20 до 30%. Среди опрошенных первокурсников алкоголь употребляли ежедневно 6%, один раз в неделю - 16%, в месяц - 44%.

Не менее 20% наших студентов первого и шестого курсов считают пиво полезным напитком, а более 80% респондентов предлагали употребить алкогольные напитки другим людям. Около 50% студентов считает умеренные дозы алкоголя полезными. Примерно 8% студентов считают, что можно употреблять наркотики и не стать наркоманом, поэтому можно употреблять наркотики. Это создает питательную среду для формирования вредных привычек, ведущих к развитию алкоголизма, наркомании и курения – факторов риска и причин артериальной гипертензии, атеросклероза, инсульта, онкологических заболеваний.

Среди первокурсников регулярно курили до поступления в вуз 13%, пристрастились к курению во время обучения еще 17%, планируют научиться курить еще 10%. Около 60% студентов уверены, что всегда смогут прекратить прием алкоголя по собственному желанию; 70% студентов полагают, что смогут решить проблему с помощью врача.

Среди студентов шестого, выпускного курса вредные привычки в виде курения табака и/или алкоголизации выявлены в 63% случаев; при этом 39% выпускников не считали курение вредной привычкой.

Для интерпретации столь высоких цифр распространенности вредных привычек, являющихся факторами риска и причинами развития инсульта, инфаркта миокарда, алкоголизма и наркомании следует учитывать не только пропаганду алкоголизма и табакокурения в России в последние 20 лет.

Результаты оценки визуально-аналоговых шкал и опросников указывают на высокую долю лиц с тревожно-депрессивными переживаниями среди выпускников - 43%. При этом указания на наличие тяжелой степени тревожно-депрессивных проявлений имеют около 9% выпускников - почти каждый десятый. Причины депрессии нуждаются в дальнейшем изучении; вероятно роль как эндогенных факторов, так и неуверенности в будущем, невостребованности профессионализма, сложностей трудоустройства, малой заработной платы.

Депрессивные симптомы – не только следствие курения и алкоголизма, но и питательная среда для развития пьянства, алкоголизма и наркомании.

Примерная оценка последствий вредных привычек среди студентов вуза указывает на пятидесятипроцентный уровень смертности среди них к возрасту 60 лет.

Обсуждение. Таким образом, на выходе из вуза вместо «проводников здорового образа жизни» - значительная доля «зависимых» специалистов, которые сами являются отрицательным примером для населения. В сознании наших студентов, как и населения в целом, не ассоциируются вредные

привычки, наркотическая зависимость, с одной стороны, и инсульты и инфаркты миокарда, эпилепсия и деменция, с другой стороны. Соответственно они не обращают внимания на потенциальную опасность сокращения жизни и инвалидизацию.

Очевидно, что психологической диагностике и коррекции тревожно-депрессивных симптомов следует уделять значительное внимание во время обучения в вузе. Формирование зависимости от алкоголя, наркотиков не может не накладывать негативный отпечаток на профессиональные качества, вероятность заболеваний нервной и сосудистой систем, продолжительность жизни будущих врачей.

В этой связи целесообразно ранее информирование о причинах преждевременной смертности и инвалидизации населения в России – инсульте, токсической энцефалопатии, связи из развития с вредными привычками (курением, алкоголизацией, наркотизацией). Нами разработана дополнительная образовательная программа предоставления информации о последствиях вредных привычек и причинах развития инсульта и токсико-сосудистой энцефалопатии. Программа знакомит школьников и студентов с причинами и факторами риска преждевременной смерти и инвалидизации; причинами и механизмами развития инсульта и энцефалопатий; с последствиями вредных привычек и нездорового образа жизни.

Программа «Школа неврологического здоровья» для студентов-первокурсников (образовательная программа профилактики вредных привычек – факторов риска инсульта и других социально значимых неврологических заболеваний, способствующих ранней смертности и инвалидизации населения) был поддержан и реализуется в рамках концепции университета по пропаганде здорового образа жизни. Подобные образовательные программы могли бы стать эффективным дополнением к деятельности «Центров здоровья».

Реализация подобной программы могла бы улучшить социально-психологическую адаптацию молодежи, ее приверженность здоровому образу жизни и упрочить таким образом профессиональное здоровье.

Выводы. Значительная часть студентов вуза входит в группу риска по преждевременной смертности и инвалидности, являясь носителями вредных привычек. Указанные студенты при самостоятельной работе не смогут выступить реальными пропагандистами здорового образа жизни среди населения. Профессиональное здоровье студентов вуза – носителей вредных привычек подвергается негативным влияниям токсических факторов.

Целесообразна реализация дополнительной образовательной программы для студентов, направленной на информирование о реальных последствиях нездорового образа жизни, коррекцию неверных представлений о допустимости вредных привычек и на создание осознанной приверженности здоровому образу жизни.

Литература:

1. Ласков, В.Б. Профилактика и коррекция вредных привычек и

когнитивной дисфункции у учащихся вузов и школ //Иновационные парадигмы в медицине и педагогике. Материалы межрегиональной научно-практической конференции / В.Б. Ласков, И.В. Ласкова. – Курск: КГУ, 2009. – С. 67-68.

2. Ласков, В.Б. Воспитание здорового мозга: инициативная образовательная программа неврологического сопровождения учащихся средней общеобразовательной школы... и первичной профилактики у них вредных привычек, облегчающих развитие инсульта, сосудистой деменции и других социально значимых неврологических заболеваний: Учебное пособие /В.Б. Ласков, И.В. Ласкова, Н.В. Воронина. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. - 43 с.

3. Ласкова, И.В. Программа комплексного неврологического сопровождения учащихся средней школы на этапах их обучения: обоснование, цели и методика: Монография /И.В. Ласкова, В.Б. Ласков. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. – 83 с.

4. Намжилон Э.Г., Халтагарова О.Д. Профилактика суицидального поведения в молодежной среде / Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. [Электронный ресурс] URL: http://esstu.ru/library/free/Konf/SocialRab/146_%D0%9D%D0%B0%D0%BC%D0%B6%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%BD_%D0%A5%D0%B0%D0%BB%D1%82%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf (Дата обращения 27.08.2015).

5. Плющенко А. Население России может сократиться вдвое за одно поколение из-за алкоголизма / Московский комсомолец. - [Электронный ресурс] URL: <http://www.mk.ru/social/2015/08/26/naselenie-rossii-mozhet-sokratitsya-vdvoe-za-odno-pokolenie-izza-alkogolizma.html> (Дата обращения 27.08.2015).

6. Скворцова В.И. Скворцова отметила рост смертности в России среди сравнительно молодых людей / Интерфакс: [Электронный ресурс] URL: <http://www.interfax.ru/russia/457771> (Дата обращения 27.08.2015).

7. Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс] URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/> (Дата обращения 27.08.2015).

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЧЕЛОВЕКА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Лосенок С.А., Коломоец И.И., Кобзарева Е.В., Котельникова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Опыт исторического развития ярко свидетельствует о периодическом образовании кризисных явлений в различных аспектах жизни человеческого общества. Согласно современной научной терминологии такие явления носят

наименование форс-мажорных обстоятельств, а возникающая при этом обстановка называется чрезвычайной ситуацией. Особо высокую важность проблематика чрезвычайных ситуаций традиционно имела и имеет для России, которая, как никакая другая страна, отличается сложными природно-климатическими условиями, низкой плотностью населения, высокой степенью старения основных фондов, невысокой эффективностью экономических механизмов и другими причинами, обуславливающими возникновение разнообразных катаклизмов.

В течение последнего десятилетия наблюдается увеличение различных чрезвычайных ситуаций и в особенности так называемых антропогенных, которые включают экологические, техногенные и социальные чрезвычайные ситуации.

Современного человека подстерегает огромное количество чрезвычайных ситуаций. Это пожары, взрывы, аварии в системе ЖКХ, транспортные аварии, обрушения зданий, радиационные и химические аварии и многие другие [2].

При переживании чрезвычайной ситуации чаще всего встречаются такие психосоматические реакции, как плач, истерика, нервная дрожь, страх, двигательное возбуждение, агрессия, ступор, апатия. Проблема их своевременного предотвращения также немаловажна.

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду погиб. В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Ступор - одна из самых сильных защитных реакций организма. Происходит после сильнейших нервных потрясений (землетрясение, взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил столько энергии на выживание, что сил на контакт с окружающим миром уже нет. Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь, и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Двигательное возбуждение. Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Агрессивное поведение - один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Страх - это эмоциональная реакция на опасность, которая может сопровождаться такими физическими ощущениями, как дрожь, учащенное дыхание, сильное сердцебиение. Это естественная реакция, и она свойственна каждому нормальному человеку. Именно страх за свою жизнь вызывает желания действовать во имя собственного спасения. Если человек знает, как должен действовать, страх обостряет реакцию, активизирует мышление. Но если он не представляет, что нужно предпринять, испытывает боль или слабость от потери крови, тогда страх может привести к стрессу - чрезмерно сильному напряжению, торможению мыслей и действия. Эти ощущения могут быть столь интенсивными, что внезапный сильный страх может привести к смерти.

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др. [3, 4].

В приведенной ниже таблице отражены основные признаки различных психических реакций и приемы выведения пострадавших из этих состояний [1].

Виды психических реакций	Признаки	Помощь
Апатия	безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спокойное общение с пострадавшим. 2. Помочь удобно устроиться на месте отдыха. 3. Дать пострадавшему возможность поспать или просто полежать. 4. Вовлечь пострадавшего в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).
Ступор	резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи; отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки); «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Согнуть пострадавшему пальцы на обеих руках и прижать их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу. 2. Ладонь свободной руки положить на грудь пострадавшего. Подстроить свое дыхание под ритм его дыхания. 3. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть: говорить ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции. Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из

	возможно напряжение отдельных групп мышц	оцепенения.
Двигательное возбуждение	резкие движения, часто бессмысленные и бессмысленные действия, ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленно), часто отсутствует реакция на окружающих. Пострадавший может причинить вред себе и другим.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Изолировать пострадавшего от окружающих. 2. Массировать пострадавшему «позитивные» точки. 3. Говорить спокойным голосом. Не спорить с пострадавшим, не задавать вопросов, в разговоре избегать фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям («Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»). <p>Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением</p>
Агрессивное поведение	раздражение, недовольство, гнев по любому, даже незначительному поводу; нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; словесное оскорбление, брань; мышечное напряжение; повышение кровяного давления.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Свести к минимуму количество окружающих. 2. Дать пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку). 3. Поручить ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой. 4. Демонстрировать благожелательность. Стараться разрядить обстановку смешными комментариями или действиями. Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.
Страх	напряжение мышц (особенно лицевых), сильное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный контроль собственного поведения. Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот,	<p>Положить руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил Ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один».</p> <p>Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с Вами ритме.</p> <p>Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела</p>

	возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.	
Нервная дрожь	дрожь начинается внезапно - сразу после инцидента или спустя какое-то время возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей; человек не может удержать в руках мелкие предметы. Реакция продолжается достаточно долгое время до нескольких часов. Потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.	Нужно усилить дрожь. 1. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10-15 секунд. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять Ваши действия как нападение. 2. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Каждая из минут в чрезвычайной ситуации - решающая. И если знать, как правильно действовать и не позволять заставить случаю себя врасплох, за эти минуты ситуацию можно разрешить в свою пользу.

Кроме того, крайне важны поведение и деятельность человека в период изоляции, т.е. непосредственно в первые часы после того, как произошла чрезвычайная ситуация.

Стратегия нахождения правильного решения в конкретной сложившейся чрезвычайной ситуации является одной из актуальных проблем современной науки.

Литература:

1. Воробьев, Ю.Л. Безопасность жизнедеятельности [Текст] / Ю.Л. Воробьев. – М.: Деловой экспресс, 2005.–363 с.
2. Гончаров, С.Ф. Актуальные теоретические и практические аспекты проблемы посттравматических стрессовых расстройств и пути ее решения с учетом опыта медицины катастроф [Текст] / С.Ф. Гончаров, В.П. Коханов // Медицина катастроф. – 2013.– № 3 (83). – С. 39-43.
3. Удовенко, В.В. Общие вопросы медицины катастроф [Текст] / В.В. Удовенко, И.А. Тумасов, В.Н. Дмитрук.-Самара, 2003. – 223 с.

4. Шкарин, В.В. Опыт работы специализированных психолого-психиатрических бригад территориального центра медицины катастроф волгоградской области по ликвидации последствий террористических актов в Волгограде 29-30 декабря 2013 г. [Текст] / В.В. Шкарин, В.А. Ярмолич, А.А. Раевский, С.М. Баканов // Медицина катастроф. – 2014.– № 2 (86).– С. 26-28.

КОМОРБИДНОСТЬ СИНДРОМОВ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И АСТЕНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Малашенко О.И., Ласков В.Б., Погосов А.В.
Филиал № 1 ФГКУ «416 Военный Госпиталь» МО РФ,
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В последние десятилетия участниками боевых действий в различных регионах становятся значительные контингенты военнослужащих; служащие силовых структур выполняют обязанности в длительных командировках в Северо-Кавказском регионе. Сотрудники МЧС ежегодно борются с пожарами в условиях реального риска для жизни. Напряжение адаптационных механизмов в такой ситуации нередко запускает формирование посттравматического стрессового расстройства – ПТСР [1, 9]. Частота ПТСР у военнослужащих - участников боевых действий (комбатантов) достигает 15-54% [3,8]. Наличие ПТСР негативно сказывается на качестве жизни, эффективности служебной деятельности [2, 6].

Частым проявлением ПТСР служат астенический синдром и синдром вегетативной дисфункции (СВД) [4, 5]. Их наличие, наряду с другими клиническими проявлениями ПТСР, негативно сказывается на психических и нейросоматических функциях, эффективности выполнения профессиональных обязанностей.

Цель работы – оценка частоты и коморбидности синдрома астении и СВД при ПТСР.

Материал и методы исследования. В обследование включены 165 военнослужащих Министерства обороны по контракту Курского военного гарнизона (отобраны методом случайной выборки). Из их числа 135 человек – комбатанты; 30 военнослужащих в боях не участвовали (контрольная группа).

У 78% комбатантов нами выявлено ПТСР в хронической стадии (основная группа), у 22% ПТСР не обнаружено (группа сравнения).

Критерии исключения: наличие черепно-мозговых травм, серьезных соматических заболеваний, которые заставляли бы ранее обращаться за медицинской помощью или находиться под врачебным наблюдением.

Все военнослужащие – мужчины, средний возраст в основной подгруппе - 33 ± 1 год, в группе сравнения - 32 ± 2 года ($P > 0,05$), в контрольной группе - 32 ± 2 года ($P > 0,05$).

Методы обследования: неврологическое и парциальное нейропсихологическое исследование. О вегетативной дисфункции судили по Вопросникам Российского центра вегетативной патологии [4]. Для диагностики ПТСР использован «Вопросник для выявления симптомов посттравматического стрессогенного синдрома (PTSD)» и критерии МКБ-10 и DSM-IV [1, 7]. Применялись также Методика определения нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе «Прогноз», «Методика диагностики самооценки» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, опросник Леонгарда-Шмишека [9]. Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA 6.0, MS-EXCEL. В качестве доверительной принята вероятность $P \leq 0,95$ ($\alpha \leq 0,05$).

Результаты. С учетом объема выборки и диагностированного нами ПТСР у 78% комбатантов, можно утверждать с вероятностью $\alpha = 5\%$, что распространенность ПТСР среди участников боевых действий не менее 71%.

Наличие ПТСР достоверно повышало риск наличия жалоб на самочувствие: при ПТСР их имели 100% военнослужащих, без ПТСР – лишь 43% ($\alpha = 5\%$), что соответствовало показателю контрольной группы. Таким образом, пребывание в «горячих точках» существенно изменило качество жизни обследованных комбатантов.

Среди жалоб во всех группах преобладали головные боли после физической и психоэмоциональной нагрузки (соответственно 62% и 30%). Сердцебиение, учащенный пульс при эмоциях и физической нагрузке отмечали 50% комбатантов и 13% лиц контрольной группы. Это указывает на фиксацию военнослужащих на своих ощущениях, что в служебной и тем более экстремальной обстановке не может не отвлекать от выполнения задачи.

Периодическое повышение артериального давления отметили 44% комбатантов (контроль - 10%), затрудненное засыпание, прерывистый сон, повышение раздражительности, гипергидроз после занятий боевой подготовкой, суточных нарядов - 36% (контроль - 13%). Ухудшение работоспособности, повышение утомляемости к концу дня беспокоили 32% комбатантов (контроль - 10%).

Периоды ощущения нехватки воздуха, одышки, ощущение головокружения и неустойчивости имели место у 26% комбатантов (контроль - 7%).

У комбатантов с ПТСР выявлены следующие синдромы: 1) СВД со значительными колебаниями АД и самочувствия, цефалгиями, тахи- или брадикардией, гипергидрозом или сухостью кожи, изменениями дермографизма, эмоционально-волевыми нарушениями; 2) астенический; 3) рассеянной очаговой мозговой микросимптоматики; 4) вестибулопатии.

При этом у комбатантов с ПТСР в 94% случаев имелись комбинации двух и более неврологических синдромов, и только в 6% случаев синдромы были изолированы (доля комбатантов с изолированным астеническим синдромом или СВД не превышала 2-3%).

Наиболее часто у комбатантов с ПТСР встречались СВД (у 81%, в том числе комбинированный с другими синдромами – у 79%) и астенический синдром (80%, в том числе комбинированный у 77%). СВД был коморбиден астеническому синдрому в 61% случаев; в 38% случаев ему сопутствовала рассеянная очаговая микросимптоматика, в 24% - вестибулопатия. Астенический синдром, кроме СВД, был коморбиден рассеянной очаговой микросимптоматике (в 36% случаев) и вестибулопатии (в 24%).

Как возможные причины присутствия микроорганического фона у лиц, не подвергавшихся черепно-мозговой травме, могут рассматриваться индивидуальные конституционально-генетические особенности, дизонтогенез, последствия нейроинфекций, интоксикаций (в том числе алкогольных, хотя никто не состоял на наркологическом учете).

В группах сравнения и контрольной неврологические синдромы выявлялись соответственно в 17% и 13% случаев.

С учетом распространенности синдромов вегетативной дисфункции и астении именно среди лиц с ПТСР и их коморбидности исключительно у этого же контингента, логично было высказать предположение о преморбидном характере особенностей неврологического статуса, способствующих формированию ПТСР. Действительно, проведенный нами анализ медицинской документации военнослужащих подтвердил данное предположение.

У комбатантов с ПТСР нами достоверно чаще отмечена низкая нервно-психическая устойчивость – в 45% случаев против 13% в группе сравнения и 17% в контрольной группе ($\alpha < 0,01$). Высокая степень реактивной и личностной тревожности определена при ПТСР в 50% случаев, в группе сравнения – в 10% и в контрольной – в 7% случаев. Различные акцентуации характера установлены нами у 81% комбатантов с ПТСР, что в 1,7-1,9 раза выше, чем в других группах. Преобладали смешанные и эмотивные акцентуации, причем для основной группы были характерны комбинации 3-х и более типов акцентуаций, для других групп - не более 2-х акцентуаций.

Эмоционально-личностные особенности комбатантов с ПТСР - впечатлительность, мягкосердечие, глубина реакций в области тонких эмоций - сочетались в одних случаях с взрывчатостью, конфликтностью и импульсивностью; в других случаях - с нерешительностью и неуверенностью в себе; в третьих - с демонстративностью и эгоцентризмом. Подобная дисгармония вполне могла облегчить развитие ПТСР.

Проведенное лечение (антидепрессанты, вегетостабилизаторы, психопрофилактические мероприятия, физиотерапия) проводены с учетом выявленных индивидуальных особенностей неврологической и

эмоционально-личностной сферы. Доля лиц с выздоровлением и значительным улучшением составила 83%; после лечения в основной группе в 2,6 раза увеличилось число военнослужащих с отсутствием акцентуаций характера, в 1,6 раза возрос удельный вес лиц с высокой нервно-психической устойчивостью и в 2,2 раза понизилась доля лиц с низкой устойчивостью. С 52% по 17% сократилось число лиц с высокой реактивной тревожностью, с 45 до 28% – со средней степенью реактивной тревожности.

Заключение. Результаты обследования военнослужащих по контракту свидетельствуют о значительной доле лиц с ПТСР среди участников боевых действий (не менее 71%). Очевидно, обследование всех военнослужащих после их возвращения из «горячих точек» должно быть направлено и на диагностику ПТСР.

Высокая распространенность среди комбатантов вегетативной дисфункции и ее выраженность позволяют рассматривать СВД как один из факторов риска развития ПТСР. Риск формирования ПТСР усугубляется также при наличии комбинированных неврологических синдромов.

Полученные данные дают основания для исключения из числа направляемых в районы локальных вооруженных конфликтов военнослужащих с резидуальными или иными формами поражения нервной системы и вегетативной дисфункцией, в том числе и компенсированной на момент обследования. Очевидна необходимость повышения требований к профессиональному отбору военнослужащих для направления в районы боевых действий

Литература:

1. Волошин, В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство и клинически идентичные расстройства адаптации (вопросы феноменологии и дифференциации) / В.М. Волошин // XIII съезд психиатров России, 10 - 13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С. 100.
2. Глушко, А.Н. Психофизиологические подходы к повышению работо- и боеспособности военнослужащих / А.Н. Глушко // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 66-68.
3. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма: Руководство / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: Медицина, 2006. – 432 с.
4. Малашенко, О.И. Неврологические изменения у военнослужащих с посттравматическими расстройствами [Текст] / О.И. Малашенко, В.Б. Ласков, А.В. Погосов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 5. – С. 57-59.
5. Малашенко, О.И. Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / О.И. Малашенко, В.А. Новиков, В.Б. Ласков, А.В. Погосов // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330, № 3. – С. 48-53.
6. Семке, В.Я. Здоровье человека в кризисных ситуациях / В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 4. – С. 4-8.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of

mental disorders (4th ed.) Washington, DC. – 1994.

8. Rosner R., Powell S., Butollo W. Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo // J. Clin. Psychol. – 2003, 59(1). – P.41-55.

9. Watson, G.G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. // J. Clin. Psychol. – 1991, №47. – P. 186-188.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ, ИМЕЮЩИХ ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Мальцева В.В.

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №10 имени Е. И. Зеленко»,
г. Курск, Россия

*Природа человека состоит в том,
чтобы всё время идти вперед.*

Блез Паскаль

Первое сентября. Первый класс. Сколько волнений и тревог и со стороны учителя и со стороны ученика. Каждый из них ожидает больших успехов в обучении, в межличностных отношениях с учениками, с учителями. Главная роль в процессе обучения и воспитания, конечно же, принадлежит учителю. Но деятельность учителя никогда не будет успешной без поддержки администрации школы, педагога-психолога, учителя-логопеда, социального педагога, врача. Особенно важным условием в успехе учителя является обучаемость учащихся. К сожалению, в каждом классе встречаются дети, у которых в процессе обучения возникают особенные специфические трудности, обусловленные теми или иными отклонениями в развитии. Поэтому администрации школы, учителю, родителям необходимо знать характер имеющихся отклонений в развитии детей, пути и средства предупреждения и преодоления этих отклонений. Правильное и своевременное распознавание причин затруднений ученика в процессе обучения позволит и учителю, и педагогу-психологу, и родителям компенсировать пробелы ребёнка в знаниях, наметить пути индивидуального подхода к ученику в школе и в семье, осуществить коррекцию познавательной сферы, обеспечить доступность содержания учебного материала при составлении адаптированной образовательной программы.

Неуспеваемость может быть обусловлена разными причинами. Это и неорганизованность самого ученика, и отсутствие надлежащего надзора за ребёнком в семье, и недисциплинированность, и педагогическая запущенность и, конечно же, ограниченные возможности здоровья. Зачастую трудности в обучении свидетельствуют о временной задержке психического развития. К этой категории, в первую очередь, относятся дети с психическим инфантилизмом. Например, в МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №10 имени Е. И. Зеленко» города Курска в

первом классе оказался мальчик, который предпочитал игру другим видам деятельности, был крайне неумел в самообслуживании, плохо включался в учебную деятельность, не воспринимал и не выполнял школьных заданий. Ребенок нуждался в сугубо индивидуальном подходе и психолого-педагогическом сопровождении уже в самом начале обучения.

У некоторых детей инфантилизм сочетается с некоторой задержкой в развитии познавательных процессов. Так, например, в той же школе в первом классе обучалась девочка из наследственно отягощенной семьи, в которой по линии отца были умственно отсталые родственники. Девочка не подчинялась школьным требованиям, в занятия не включалась, недостаточно ориентировалась в окружающем, занималась игрушками на уроках, в течение первой четверти не усвоила ни букв, ни порядкового счета.

Встречаются дети с повышенной утомляемостью, возбудимостью, плаксивостью, нервным истощением, которые с трудом включаются в учебный процесс. Затруднения в обучении у таких детей возникают на основе резидуального поражения ЦНС, которые приводят к снижению работоспособности.

В одних случаях задержка психического развития оказывается более легкой и касается главным образом незрелости эмоционально-волевой сферы – детская непосредственность в поведении, несформированность школьных интересов, неумение сосредоточиться при выполнении заданий; в других – к этому присоединяется некоторая задержка в развитии мышления. Все эти особенности часто усугубляются педагогической запущенностью.

Раннее психолого-медико-педагогическое вмешательство позволяет преодолеть значительные пробелы в знаниях и помочь детям обучаться по адаптированной программе. С этой целью в МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №10 имени Е. И. Зеленко» города Курска была разработана комплексная программа психолого-педагогического сопровождения для проведения коррекционно-развивающих занятий с детьми младшего школьного возраста с задержкой психического развития, интегрируемых в условия общеобразовательного учреждения.

При реализации данной программы учитывались следующие общие принципы и правила коррекционно-развивающей работы:

- осуществление индивидуально-дифференцированного подхода к каждому ребенку на занятиях;
- предотвращение утомления во время занятий, используя для этого разнообразные средства (чередование умственной и практической деятельности, преподнесение материала небольшими дозами, использование интересного и красочного дидактического материала и средства наглядности);
- использование методик и технологий, с помощью которых можно максимально активизировать познавательную деятельность детей, развивать их речь и формировать необходимые навыки учебной деятельности;
- постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей;

- проявление во время работы с детьми особого педагогического такта.

Очень важно постоянно подмечать и поощрять малейшие успехи детей, своевременно и тактично помогать каждому ребенку, развивать в нем веру в собственные силы и возможности.

Все эти требования сочетаются с индивидуальным подходом к ребенку, учитывающим уровень его подготовленности, особенности личности, работоспособность, внимание, целенаправленность при выполнении заданий.

Основными условиями организации коррекционно-образовательного процесса являются:

- коррекционно-развивающие занятия, продолжительностью 30 минут;
- комплексный подход и тесная взаимосвязь в работе команды специалистов: учителя, педагога-психолога, учителя-логопеда, социального педагога, врача;

- взаимодействие с семьей ребенка, интегрируемого в общеобразовательное учреждение;

- оснащение необходимым оборудованием и наглядными пособиями.

Таким образом, почти все дети с неосложненной формой временной задержки психического развития могут быть успевающими учениками массовой школы, но их необходимо заметить в классе и осуществить по отношению к ним строго индивидуальный подход, составить адаптированную программу. Адаптированная образовательная программа проектируется и реализуется для нуждающегося в ней ребенка с согласия родителей (законных представителей), что также закреплено в нормативных документах в сфере образования. При этом каждая адаптированная образовательная программа нацелена на «преодоление несоответствия между процессом обучения ребёнка с ОВЗ по образовательным программам начального, основного, среднего общего образования и реальными возможностями ребенка, исходя из структуры его нарушения, познавательных потребностей и возможностей.

Понимание характера отклонений у ребенка само по себе дает учителю возможность найти наиболее правильные пути педагогического воздействия. Очень важно, чтобы учитель и родители знали, что трудности в обучении не являются результатом нерадивости или лени, а имеют объективные причины, которые, однако, могут быть успешно преодолены.

Когда у ребенка появляются те или иные затруднения при овладении одним или несколькими учебными предметами, а так же нарушения в поведении, то педагог-психолог должен, прежде всего, проанализировать и вскрыть, что лежит в основе этих затруднений и нарушений, как возникло то или иное затруднение в обучении, на каком этапе оно возникло и как оно отразилось на общем развитии ребенка.

Такой динамический анализ любых видов отклонений в поведении и деятельности ребенка поможет и педагогу-психологу, и учителю понять

характер имеющихся у детей отклонений в развитии и выработать правильные приемы коррекционно-воспитательной работы.

Каждому, кто воспитывает и обучает детей, всегда нужно помнить слова великого русского учёного И.П. Павлова: «...ничто не остаётся неподвижным, неподатливым, а всё всегда может быть достигнуто, изменяться к лучшему, лишь бы были осуществлены соответствующие условия».

Литература:

1. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский.– М., Изд-во АПН РФ, 1996.
2. Дубровина, И.В. Рабочая книга школьного психолога / И.В. Дубровина. – М., Просвещение, 1991.
3. Лореман, Т. Инклюзивное образование. Практическое пособие по поддержке разнообразия в общеобразовательном классе / Т. Лореман, Д. Деппелер, Д. Харви / Пер. с англ. Н.В. Борисовой – М., РООИ «Перспектива», 2008.
4. Никифорова, Н.Н. Содержательные аспекты разработки и реализации индивидуальных образовательных программ для детей с ограниченными возможностями здоровья / Н.Н. Никифорова. – [Электронный ресурс]. Режим доступа <http://www.tzrruo.ru>.
5. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: Методические рекомендации / Отв. ред. С.В. Алехина. — М.: МГППУ, 2012.
6. Певзнер, М.С. Дети с отклонениями в развитии / М.С. Певзнер. – М., Просвещение, 2005.
7. Семаго, Н.Я. Инклюзивное образование. Выпуск 2. «Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья» / Н.Я. Семаго– М, «МИРОС», 2010.

СМЫСЛОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблема смысловой регуляции жизнестойкости представителей экстремальных профессий интересна и значима. Это связано с тем, что деятельность этих специалистов протекает в особых условиях – экстремальных, с одной стороны стимулирующих деструктивные личностные проявления в виде негативных психических состояний [8], а с другой – предъявляющих повышенные требования к способности личности им противостоять [1, 6, 7, 9]. Так, психологический конструкт, отражающий способность личности противостоять влиянию различных стрессогенных

факторов, получил название “hardiness” [5]. Так, в отечественной литературе это слово переводилось как “стойкость”, “крепость” и пр., однако наиболее удачным и признанным стал перевод “жизнестойкость”. По мнению Д.А. Леонтьева жизнестойкость человека является интегральной характеристикой, обеспечивающей преобразование стрессовых событий в новые возможности и включающее в себя также три элемента: вовлеченность (участие в социальном взаимодействии, постоянный контакт с окружающими, что задает позиция сотрудничества), контроль (стремление влиять на жизненные события в противовес ощущению беспомощности, что задает ценность надежности) и принятие риска или “вызов” (принятие жизненного риска в противовес безопасности и снижению напряжений, что порождает ценность творчества) [3]. Вместе с тем поиск новых подходов в исследовании деятельности представителей экстремальных профессий установил взаимосвязь жизнестойкости спасателей МЧС с показателями смысловой регуляции деятельности [10]. В этой связи особенно важной в исследовательском и практическом плане является смысловая регуляция жизнестойкости спасателей МЧС, специфика деятельности которых характеризуется постоянным или эпизодическим воздействием различных стрессогенных факторов.

В нашем исследовании смысловую регуляцию жизнестойкости рассматриваем через взаимообусловленность осмысленности жизни и жизнестойкости при их крайне низких и высоких уровневых значениях.

Цель исследования состоит в выявлении особенностей взаимообусловленности жизнестойкости и осмысленности жизни у спасателей МЧС.

Жизнестойкость спасателей МЧС выступает в качестве объекта исследования.

Смысловая регуляция жизнестойкости спасателей МЧС является предметом исследования.

Гипотеза исследования состоит в существовании значимой взаимообусловленности жизнестойкости как личностного качества и осмысленности жизни спасателей МЧС.

Частные гипотезы исследования:

1. Существуют статистически значимые взаимосвязи жизнестойкости и осмысленности жизни.
2. Существуют различия в уровнях выраженности структурных элементов осмысленности жизни при различных уровнях жизнестойкости.
3. Существуют различия в уровнях выраженности структурных элементов жизнестойкости при различных уровнях осмысленности жизни.
4. Существуют различия в структурной организации элементов осмысленности жизни и жизнестойкости при крайне высоких и

крайне низких показателях уровня развития данных психологических конструкторов.

Эмпирическое исследование проводилось на базах подразделений МЧС г. Курска. В нем приняли участие спасатели МЧС в количестве 60 человек мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет. Стаж профессиональной деятельности составил 0,5-25 лет. В эмпирическом исследовании использовались следующие тестовые методики: опросник жизнестойкости (С. Мадди) в адаптации Д.А. Леонтьева [3], тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев) [4]. В группу методов количественной и качественной оценки данных вошли методы описательной, сравнительной и многомерной статистики. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения (“Statistica 6.0”).

Анализ средних значений показателей жизнестойкости и отдельных ее элементов, полученных с помощью опросника жизнестойкости (С. Мадди) в адаптации Д.А. Леонтьева [3], свидетельствует о высоком уровне выраженности: уровня жизнестойкости: $X_{cp.}=97,54\pm 16,95$; и её элементов: вовлеченности: $X_{cp.}=43,71\pm 8,57$; контроля: $X_{cp.}=35,00\pm 6,71$; принятия риска: $X_{cp.}=18,82\pm 4,40$. Средние значения показателей всех смысложизненных ориентаций, измеренных с использованием теста смысложизненных ориентаций (Д. А. Леонтьев) [4], попадают в зону высоких значений: «цели» ($X_{cp.}=35,71\pm 5,49$), «процесс» ($X_{cp.}=33,47\pm 5,44$), «результат» ($X_{cp.}=28,75\pm 4,08$), «локус контроля-Я» ($X_{cp.}=24,10\pm 3,01$), «локус контроля-Жизнь» ($X_{cp.}=33,75\pm 5,57$), общий показатель ($X_{cp.}=155,00\pm 19,33$) соответственно. Таким образом, жизнестойких спасателей МЧС характеризует направленность на взаимопомощь, защиту благополучия всех людей, безопасность других людей, личный успех через проявление социальной компетентности, а также целеустремленность, восприятие процесса как интересного и наполненного смыслом, убежденность в том, что все достигнутое в жизни – есть результат собственных усилий.

Проведенный корреляционный анализ взаимосвязей между показателями жизнестойкости и её элементов с показателями осмысленности жизни подтвердил гипотезу об их наличии (см. таблицу 1).

Таблица 1

Значимые корреляции жизнестойкости и её элементов и показателей состояния психического выгорания спасателей МЧС

Наименование показателя	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Цели	0,34 ^{**}	0,44 ^{**}	0,32 ^{**}	0,43 ^{**}
Процесс	0,19	0,43 ^{**}	0,34 ^{**}	0,35 ^{**}
Результат	0,33 ^{**}	0,50 ^{**}	0,54 ^{**}	0,51 ^{**}
Локус-контроля Я	0,49 ^{**}	0,50 ^{**}	0,40 ^{**}	0,55 ^{**}
Локус-контроля жизнь	0,22 [*]	0,42 ^{**}	0,38 ^{**}	0,38 ^{**}
Общий показатель	0,36 ^{**}	0,56 ^{**}	0,46 ^{**}	0,52 ^{**}

*– статистическая значимость при $p\leq 0,05$

**– статистическая значимость при $p\leq 0,001$

Значимые и высоко значимые корреляционные взаимосвязи положительной направленности умеренной и средней степени выраженности выявлены преимущественно между всеми показателями осмысленности жизни и жизнестойкости, что позволяет прогнозировать высокий уровень жизнестойкости при высокой осмысленности жизни спасателей МЧС в условиях экстремальной деятельности и наоборот.

Гипотезы о статистически достоверных различиях в уровнях выраженности структурных элементов осмысленности жизни и жизнестойкости при их различных уровнях выраженности нашла свое подтверждение. Проверка достоверности различий осуществлялась с помощью критерия U-Манна-Уитни (см. таблицы 2,3).

Таблица 2

Значимость различий в уровнях выраженности показателей структурных элементов осмысленности жизни спасателей МЧС в зависимости от уровня выраженности жизнестойкости (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U_{эмп.}^* \leq U_{кр.}$)

Наименование показателя	Критическое значение											
	“Цели”		“Процесс”		“Результат”		“Локус-контроля Я”		“Локус-контроль жизнь”		Общий показатель	
	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$
Жизнестойкость	185,50*	0,001	225,00*	0,006	153,50*	0,000	158,50*	0,000	243,50*	0,015	152,00*	0,000

* - статистическая значимость

Таблица 3

Значимость различий в уровнях выраженности показателей структурных элементов жизнестойкости у спасателей МЧС в зависимости от уровня выраженности осмысленности жизни (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U_{эмп.}^* \leq U_{кр.}$)

Наименование показателя	Критическое значение							
	“Вовлеченность”		“Контроль”		“Принятие риска”		“Жизнестойкость”	
	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$	$U_{эмп.}$	$p \leq 0,05$
Осмысленность жизни	181,50*	0,001	164,00*	0,000	249,00*	0,019	174,00*	0,000

* - статистическая значимость

Исследование структурной организации элементов осмысленности жизни и жизнестойкости спасателей МЧС при крайне высоких и крайне низких показателях уровня развития данных психологических конструктов осуществлялось с использованием структурного анализа А.В. Карпова [2]. Используемый нами структурный анализ А.В. Карпова предусматривал

нахождение матриц интеркорреляций элементов осмысленности жизни и жизнестойкости, а также последующих исследований полученных на их основе структур с помощью системы структурных индексов (индекса когерентности (ИКС), дивергентности (ИДС) и общей организованности (ИОС) (или меры интегрированности структуры), предусматривающей подсчет весовых коэффициентов каждого элемента в структуре. Индекс когерентности структуры определялся как функция положительных значимых связей в структуре, а также меры их значимости; индекс дивергентности (дифференцированности) структуры (ИДС) – как функция числа и значимости отрицательных связей в структуре; индекс организованности структуры (ИОС) как разница «весов» положительных и отрицательных связей. При этом учитывались связи, значимые на уровне 0,99 и 0,95. Первым приписывался весовой коэффициент в 2 балла, вторым – 1 балл. Полученные по всей структуре «веса» связей суммировались, и это давало значения указанных индексов [2]. Матрицы интеркорреляций и, соответственно, структурная организация жизнестойкости и состояния психического выгорания определялись дифференцированно для разных групп испытуемых, характеризующихся значимо различающимся уровнем жизнестойкости (низким/средним/высоким) и психического выгорания (низким/высоким) и сформированных на основе метода полярных (контрастных) групп (Д. Фланаган).

Мера интегрированности структуры жизнестойкости спасателей МЧС в зависимости от степени выраженности осмысленности жизни различна и является самой высокой при ее высоком уровне (см. таблицу 4).

Таблица 4

Мера интегрированности структуры жизнестойкости у спасателей МЧС с различным уровнем осмысленности жизни

Мера интегрированности жизнестойкости	Уровень осмысленности жизни		
	низкий	средний	высокий
ИКС	20	16	48
ИДС	0	0	0
ИОС	20	16	48

Таким образом, наивысшая включенность спасателей МЧС в профессиональную деятельность, готовность брать ответственность за все происходящее и идти на риск даже при отсутствии надежных гарантий успеха обеспечивается высоким уровнем осмысленности жизни.

Изучение гомогенности-гетерогенности структур жизнестойкости в зависимости от степени выраженности осмысленности жизни (низкая/средняя/высокая) у спасателей МЧС с использованием метода χ^2 засвидетельствовало их разнородность в связи с отсутствием статистической достоверности в корреляционных взаимосвязях между рангами структур: $R=0,87$ при $p=0,33$. Таким образом, осмысленность жизни оказывает влияние на жизнестойкость спасателей МЧС.

Мера интегрированности структуры осмысленности жизни в зависимости от степени выраженности жизнестойкости различна и является самой высокой при высоком уровне жизнестойкости у спасателей МЧС (см. таблицу 5).

Таблица 5

Мера интегрированности структуры осмысленности жизни у спасателей МЧС с различным уровнем жизнестойкости

Мера интегрированности осмысленности жизни	Уровень жизнестойкости		
	низкий	средний	высокий
ИКС	54	56	58
ИДС	0	0	0
ИОС	54	56	58

Изучение гомогенности-гетерогенности структур осмысленности жизни в зависимости от степени выраженности жизнестойкости (низкая/средняя/высокая) у спасателей МЧС с использованием метода χ^2 засвидетельствовало их разнородность в связи с отсутствием статистической достоверности в корреляционных взаимосвязях между рангами структур: $R=0,87$ при $p=0,33$. Таким образом, жизнестойкость спасателей МЧС выступает детерминантой осмысленности жизни.

Итак, общая гипотеза исследования о существовании значимой взаимообусловленности жизнестойкости как личностного качества и осмысленности жизни нашла свое подтверждение в стратегии и тактике проведенного нами исследования.

Литература:

1. Агапитова, Е.С. Психологические ресурсы жизнестойкости и проблема предупреждения эмоционального выгорания у сотрудников МЧС / Е.С. Агапитова, Н.А. Левина // Социально-экономические явления и процессы. – №7-8 (041-042), 2012. – С. 238-243.
2. Карпов, А.В. Психология принятия управленческих решений / А.В. Карпов. – М.: Юристъ, 1998. – 440 с.
3. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 33 с.
4. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2006. – 18 с.
5. Мадди, С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди // Пер. с англ. И. Авидона, А. Батустина, П. Румянцевой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 539 с.
6. Молчанова, Л.Н. Жизнестойкость как детерминанта состояния психического выгорания у спасателей МЧС /Л.Н. Молчанова, А.И. Редькин // Перспективы науки и образования. – №1. – 2014.- С.216-223.
7. Молчанова, Л.Н. Жизнестойкость как психологический ресурс в регуляции состояния психического выгорания в условиях

- экстремальной деятельности / Л.Н. Молчанова, Т.В. Недуруева, А.А. Кузнецова // Международный журнал экспериментального образования. – № 2-1.– 2015. – С.88-89.
8. Молчанова, Л.Н. Закономерности трансформации состояния психического выгорания у представителей экстремальных профессий / Л.Н. Молчанова // Перспективы науки и образования. – №4. – 2013. – С.161-169.
9. Фомина, А.Н. Феномен жизнестойкости с точки зрения уровневого подхода к психике человека / А.Н. Фомина.– [Электронный ресурс]. Режим доступа
http://www.lomonosovmsu.ru/archive/Lomonosov_2011/1453/27960_607b.pdf.
10. Шевченко, Т.И. Жизнестойкость специалистов опасных профессий в концепции смысловой регуляции деятельности / Т.И. Шевченко, Н.В. Макарова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – №1. – С.71-75.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ СОВРЕМЕННОГО ПРОВИЗОРА

Олейникова Т.А., Сиделёва И.В., Дрёмова Н.Б.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Глобальные изменения, произошедшие за последние десятилетия на фармацевтическом рынке России, сопровождавшиеся ростом числа субъектов и увеличением ассортимента реализуемых товаров и услуг, привели к необходимости приобретения новых знаний, ведь качество лекарственного обеспечения населения в значительной степени зависит от профессиональной подготовки специалистов с фармацевтическим образованием. Недостаточная подготовка высококвалифицированных кадров может нанести значительный ущерб здоровью граждан, поэтому уровень их профессиональной компетенции находится под контролем государства [4].

В современных условиях происходят серьезные изменения в функциональных обязанностях провизора, который является связующим звеном в диалоге между производителем лекарств и пациентом. Необходимо, чтобы аптечные работники грамотно предоставляли потребителям информацию о препаратах, в связи с чем возрастает значимость консультативно-информационной работы провизора [1]. Таким образом, в настоящее время актуальным является постоянное совершенствование не только профессиональных знаний, но и коммуникативных способностей работников и применение их при информационной работе для регулирования отдельных ситуаций, возникающих во время купли - продажи лекарственных препаратов.

Каждый человек отличается от других своими личными качествами, формирующимися предшествующими годами жизни, средой общения, генетически заложенными особенностями. Понимание общественной значимости профессии происходит в процессе обучения в вузе, где главным должно быть формирование профессиональных ценностных приоритетов [2, 6]. Профессиональные качества – это сочетание навыков, качеств и форм поведения, непосредственно связанных с успешным выполнением должностных обязанностей. Другими словами, профессионально важные качества – это личные качества человека, влияющие на эффективность его труда. Роль профессионально важных признаков различна по мере перехода от уровня непригодности к профессии до уровня мастерства [3].

В соответствии с требованиями профессионального стандарта специалиста в области фармацевтической деятельности основной трудовой функцией провизора является оказание квалифицированной фармацевтической помощи населению, пациентам медицинских организаций, выполнение работ, услуг по доведению лекарственных препаратов, медицинских изделий, других товаров, разрешенных к отпуску в аптечных организациях, до конечного потребителя. На формирование данной функции направлены профессиональные компетенции в области реализации фармацевтических товаров и информационно-просветительской деятельности, представленные в действующем Федеральном государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по направлению подготовки (специальности) «Фармация» [5]. В современных условиях для успешного выполнения данных функций провизор должен обладать профессиональными характеристиками, определяющими алгоритм его поведения с потребителями. В связи с этим, в настоящее время представляет интерес изучение профессионально важных качеств, являющихся основой модели «идеального» провизора.

Цель исследования: определение перечня профессионально важных качеств современного провизора наиболее важных для потребителя.

Методы исследования: социологический опрос, группировка, вариационная статистика, системный и логический анализ.

На первом этапе исследования была разработана специальная анкета, в которую включен перечень профессионально важных качеств провизора для оказания квалифицированной фармацевтической помощи населению. Данный перечень, включающий 31 качество, был сформирован с учетом компетенций, представленных в ФГОС ВПО. Так, например, профессиональная компетенция ПК-44 (способность и готовность оказывать консультативную помощь населению по вопросам применения и совместимости лекарственных средств и других фармацевтических товаров) формирует такие профессионально важные качества как высокий уровень теоретических знаний, культура обслуживания, уважение, готовность к общению и др.

В анкете предложенные характеристики провизора необходимо было оценить по пятибалльной шкале, где 5 баллов – очень важная характеристика (высокая степень значимости для потребителя), 1 балл – совсем не важная характеристика (низкая степень значимости для потребителя). В качестве респондентов были привлечены 292 человека, из них 50 провизоров, 50 покупателей аптечных организации и 192 студента (150 студентов очной формы обучения и 42 - заочной).

На втором этапе исследования в каждой группе опрошенных по всем профессионально важным качествам были рассчитаны средние оценки, характеризующие значимость оцениваемых характеристик для покупателей и коэффициенты вариации, свидетельствующие о согласованности мнений респондентов.

В ходе обработки полученных результатов из перечня профессионально важных качеств были исключены характеристики, коэффициент вариации которых составил более 20%. Таких характеристик было 4 – оптимизм, чуткость, жизнерадостность, уверенность в себе.

С целью дальнейшей систематизации полученных данных была проведена группировка средних оценок опрошенных по формуле Стерджесса. В результате сформировано 3 группы профессионально важных качеств провизора:

1 группа (3,8 – 4,2 балла) – с низкой степенью значимости для покупателя;

2 группа (4,2 – 4,6 балла) – со средней степенью значимости для покупателя;

3 группа (4,6 – 5,0 баллов) – с высокой степенью значимости для покупателя.

По оценке провизоров 18 качеств было отнесено к группе с высокой степенью значимости, 8 качеств - к группе со средней значимостью и 1 качество – к группе с низкой значимостью. По оценке покупателей и студентов: 15 качеств имели высокую значимость, 11 качеств - среднюю и 1 - низкую.

По мнению всех респондентов в группу профессионально важных качеств с высоким уровнем значимости для потребителей вошли 8 характеристик: профессионализм, высокий уровень теоретических знаний, дисциплинированность, внешний вид, уважение, готовность к общению, доброжелательность, умение контролировать эмоции.

По мнению провизоров и покупателей в группу с высоким уровнем значимости вошли также эрудированность и желание сотрудничать/общаться с посетителями.

По мнению провизоров и студентов в группу с высоким уровнем значимости вошли вежливость, внимательность и культура обслуживания.

В группу со средним уровнем значимости по единому мнению респондентов были отнесены три характеристики: ровное настроение, спокойствие, сила воли.

Наименьшую значимость все опрошенные отметили у такого качества как сопереживание.

В итоге с учетом согласованности мнений всех респондентов в группу с высоким уровнем значимости вошли 13 профессионально важных качества, которые путем логического анализа были разделены на 3 подгруппы: профессиональные (профессионализм, высокий уровень теоретических знаний, эрудированность, культура обслуживания), коммуникативные (желание сотрудничать/общаться с посетителями, уважение, доброжелательность, готовность к общению), сущностные (внешний вид, дисциплинированность, внимательность, вежливость, умение контролировать эмоции).

Таким образом, по результатам проведенного исследования с использованием системного подхода разработана модель и сформирован перечень профессионально важных качеств, которыми наряду с профессиональными компетенциями должен обладать современный провизор при оказании квалифицированной фармацевтической помощи населению.

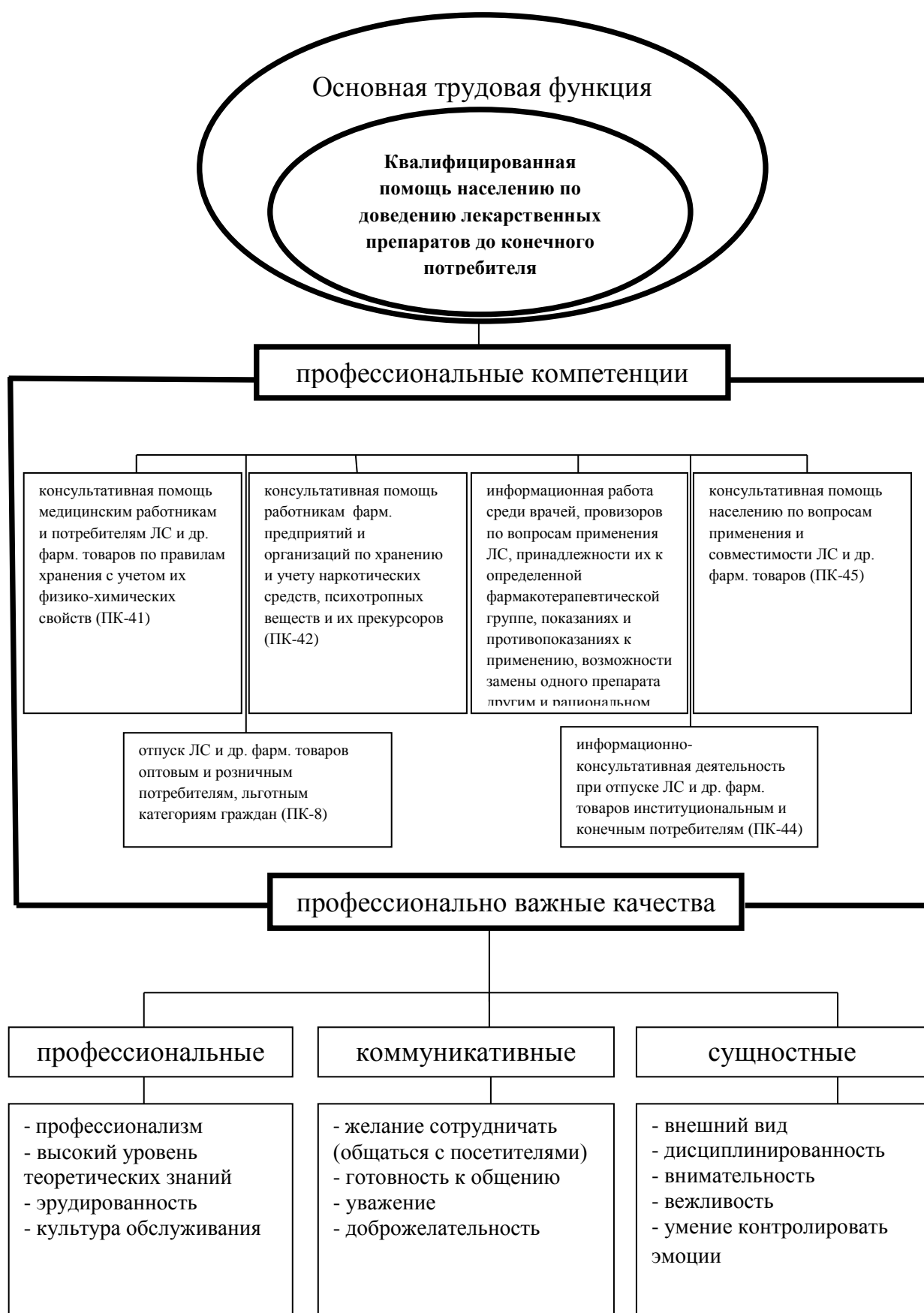


Рисунок 1 – Модель формирования профессионально важных качеств провизора

Литература:

1. Глушевская, Е.В. Анализ барьеров общения в системе «фармацевт-потребитель» / Е.В. Глушевская // Всероссийский съезд фармацевтических работников: сб. мат. – М.: ООО «Бионика Медиа», 2014. – С. 48-49.
2. Буданова, Н.А. Проблемы выявления фальсифицированных лекарственных средств и фармацевтическое образование / Н.А. Буданова, Н.А. Платонова, Г.Ю. Чекулаева // Всероссийский съезд фармацевтических работников: сб. мат. – М.: ООО «Бионика Медиа», 2014. – С. 32-33.
3. Демидова, Г.В. Управленческая психология / Г.В. Демидова. – М.: Академия, 2009. – 17 с.
4. Рыжова, О.А. Анализ реализации основных профессиональных компетентностей фармацевтических специалистов / О.А. Рыжова, Т.Л. Мороз // Всероссийский съезд фармацевтических работников: сб. мат. – М.: ООО «Бионика Медиа», 2014. – С. 225-228.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 060301 Фармация (квалификация (степень) "специалист") (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 17 января 2011 г. N 38). – Режим доступа: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgos/59/20110505143154.pdf>.
6. Шадриков, В.Д. Профессиональные способности / В.Д. Шадриков. – М.: Университетская книга, 2010.– 320 с.

ПОЛЕВОЙ СТАТУС ДУШЕВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. БЕЗУМИЕ КАК КОНЦЕПЦИЯ

Погодин И.А.

Институт Гештальта, г. Минск, Беларусь

Вот уже какое-то более или менее продолжительное время в своих работах, включая и эту, я рефреном повторяю один и тот же тезис – безумие не существует и никогда не существовало, это некий культурный миф, который вот уже в течение более двух столетий воплощен в социальных институциях. Однако здравый смысл и опыт социальной жизни говорит нам совершенно отчетливо, что психическая болезнь существует. Ведь это очевидно! Ведь есть психиатрические больницы, где лечат душевно больных людей, есть психоневрологические диспансеры, где они стоят на учете, есть, наконец, улицы городов и сел, где мы время от времени встречаем людей, чье поведение однозначно маркируется нами как сумасшествие.

Тут я хотел бы переформулировать и уточнить свой тезис. Психическое расстройство как явление реальности существует на правах концепции. Да, безумие – не что иное, как концепция. Концепция, воплощенная в реальности

посредством усилий многочисленных наблюдателей. Чтобы пояснить этот тезис, напомним читателю суть диалогово-феноменологического подхода к структурированию и динамике феноменологического поля.

Источником любой реальной ситуации поля, равно как и трансформации его к новой ситуации, служит не что иное как первичный опыт. Это некая безграничная совокупность возможностей любого состояния поля. Каким образом феноменологически будет складываться каждая текущая ситуация зависит от того, как ведут себя субъекты этой ситуации, выступающие по совместительству наблюдателями. А самое главное – каким способом они будут регулировать осознание – главный инструмент добычи феноменов – строительного материала поля. Альтернатива, стоящая перед ними – переживание либо концепция. Другими словами, ситуация, т.е. текущее состояние реальности, может быть построена либо из феноменов потока переживания, либо из фактов сознания, транслируемых теми или иными концепциями и/или их совокупностью.

В первом случае динамика поля от ситуации – к ситуации непредсказуема, в ней появляется значительное количество неожиданных феноменов, которые ранее я обозначил как феномены-инновации. И эти феномены в порядке их возникновения в свободном потоке формируют спонтанную динамику поля, чреватую постоянными изменениями, открытиями и психологической трансформацией для ее участников. Принципиально любой феномен, появившийся в поле, в режиме переживания может быть психически ассимилирован. Если предположить, что процесс переживания был бы единственным фактором, структурирующим поле и определяющим его динамику, то изменения как отдельного человека, так и всей человеческой цивилизации, включая процессы рождения, развития и умирания, а также обучения, расширения сознания и пр. были бы безграничными. Мир не был бы таким, каким мы его знаем. Такое гипотетическое положение вещей воодушевляет и пугает одновременно, не правда ли?

Однако, к сожалению или к счастью, это не так. Вместе с безграничными возможностями приходят такие же безграничные тревога и страх. Они появляются в результате трансформации витальности, используя ее энергию при изымании инвестиций из переживания. Иначе говоря, если мы не отдаемся в полной мере переживанию, витальность, блокированная в этом процессе, осознается нами как тревога, страх, стыд, вина и пр. Если мир утрачивает фактор стабильности, и мы не знаем, каким он будет в следующее мгновение, это не может не пугать. Что для представителя нашей цивилизации представляется вполне естественным.

Мы нуждаемся в некоем, большем или меньшем, фундаменте. По крайней мере, пока нуждаемся. Возможно, когда-то наш страх глобальных инноваций не будет таким токсическим, и у нас появится выбор не блокировать их. Тогда это определит качественный эволюционный скачок человечества. Пока же, повторю, нам нужен твердый полевой фундамент.

Разумеется, каждый из нас, нуждается в нем в разной степени. Обыватель больше привязан к этой потребности, творческий человек, более или менее открытый полю, – в меньшей степени. Вместе с тем все мы фиксируем часть реальности и делаем ее неподвижной в важнейших и фундаментальных ее аспектах – устройстве мира, космологии, физических законах, природе человека в его рождении-жизни-старении-смерти, времени-пространстве-личности, представлениях о болезнях, наконец, в том числе – психических.

Каким же образом происходит эта фиксация? Мы просто договариваемся! В процессе разговора или невербального общения, в процессе обучения или интуитивных догадок, сознательно или неосознаваемо. Мы договариваемся о том, что мы будем видеть и слышать, как и что осознавать и интерпретировать осознанное. Феномены при этом впрямь выстраиваются в более или менее жесткой последовательности, формируя некую устойчивую структуру поля и текущую его ситуацию. Вот этот принцип в диалогово-феноменологическом подходе и назван концепцией, или точнее – концептуализацией. Так мы приобретаем стабильность. Мир теперь предсказуем и ясен. Тревога и страх отступают, по крайней мере, частично. Но платим мы за это формированием жестких границ и ограничением своего развития.

Концепции как устойчивые феноменологические конгломераты, формирующие реальность конечно же отличаются количеством людей, их разделяющих. Некоторые из них, такие как концепции времени-пространства-личности или космологические концепции являются глобальными – их разделяют и ими руководствуются в процессе осознания и тем самым формирования реальности практически все население Земли. Другие же концепции также имеют огромное количество носителей, но несводимое ко всему человечеству. Примером могут служить глобальные религиозные концепции – христианство, ислам, буддизм, индуизм и пр. Некоторые концепции имеют еще более узкую юрисдикцию и формируют нацию, культуру. Другие определяют лишь реальность некоей субкультуры. Ну и наконец, семейные концепции и концепции узкой группы или организации определяют небольшой сегмент реальности.

При этом чем глобальнее концепция, тем меньше шансов у каждого из нас заметить, т.е. сформировать реальность, отличную от ее положений. Причина – количество живущих на нашей планете наблюдателей, одновременно и ежесекундно формирующих реальность в виде феноменологического поля. Иначе говоря, если вы хотите не стареть или путешествовать во времени, точнее переживать поле вне границ времени или пространства, вам потребуется увидеть то, чего не позволяет концепция и чего, разумеется, не видят практически все 7 миллиардов наблюдателей. Как, вы думаете, к вам отнесутся, если вы всерьез смогли бы предпринять такую попытку? Или если вы будете иметь счастье или, возможно, скорее несчастье увидеть нечто, что противоречит наиболее фундаментальным концепциям? Что вы сейчас чувствуете? Не удивлюсь, если вдохновение и страх

одновременно. Не безумны ли вы, если думаете об этом? И уж тем более – не безумны ли вы, если видите нечто, что не вписывается в привычные глобальные концепции? «Жуть!», – скажут большинство из нас и вернутся в русло «правильного восприятия», тем самым сохранив свою «душевную целостность».

Если концепции – это результат договоренностей в культуре в целом, либо в том или ином его сегменте, то возникает вопрос – как мы могли договориться с людьми, которых никогда не видели и даже не слышали?! Во-первых, я бы не стал преувеличивать наше отдаление друг от друга. Наверняка, вы слышали о теории 6 рукопожатий¹, согласно которой любые два человека на нашей планете отделены друг от друга в среднем всего лишь пятью уровнями общих знакомых и, следовательно, шестью уровнями связей. Иначе говоря, если мы хотим что-то адресно сообщить жителю Папуа – Новой Гвинеи, мы вполне могли бы найти знакомого, который это послание мог бы передать своему знакомому и т.д. – шестым человеком в этой цепочке знакомств оказался бы искомый нами папуас.

Во-вторых, и это гораздо более важно, любая концепция представляет собой тот или иной штамм ментального вируса. Нам не нужен язык и порой даже непосредственное общение друг с другом, чтобы стать его носителем. Плюс ко всему мы живем в мире, где информационные границы открыты, и эта тенденция не только не блокируется, но и развивается. Один Интернет чего стоит! Как правило, наиболее фундаментальные концепции об устройстве мира поставляются нам пакетом в течение короткого времени, когда мы появляемся на свет. У нас просто нет ни малейшего шанса не заразиться базовыми идеями мироустройства. Поскольку именно концепции, имеющие в своей сущности вирусную природу, формируют устойчивую «объективную реальность» нашего мира, то можно утверждать, что окружающая нас реальность – эффект действия вируса.

Одним из таких вирусов-концепций и является «безумие». Поэтому вопрос о его реальности представляется мне дискуссионным. Особенно учитывая тот факт, что концепция «безумия» не является столь важной для стабилизации мира, как другие глобальные концепции, описанные мною выше. Она несет, как я уже отмечал ранее, частную функцию избавления мира от напряжения, связанного с необходимостью ассимилировать наиболее странные и необычные феномены-инновации. Она создает некий культурный буфер – отстойник для всяких феноменологических революционных инноваций, которые могли бы усложнить жизнь. Институт психиатрии, вооруженный этой концепцией со множеством существующих на сегодняшний день штаммов, стоит как бы на страже стабильности мира,

¹ Теория была предложена американскими психологами Стэнли Милгрэмом и Джеффри Трэверсом в 1969 году. Выдвинутая ими гипотеза заключалась в предположении, что каждый из нас опосредованно знаком с любым другим жителем планеты через цепочку общих знакомых, в среднем состоящую из пяти человек [1].

основой которой является миф о стабильности психического, о котором я писал несколько ранее [2].

Вместе с тем я хотел бы подвергнуть сомнению функциональную обоснованность концепции «безумия». По крайней мере, я скептичен в отношении ее актуальности. Возможно, действительно, она была нужна обществу 17-19-го и даже, возможно, 20-го столетия, напуганному радикальными изменениями, происходящими по всем фронтам – в науке, искусстве, политике, общественном устройстве и пр. Но сегодняшнее общество изменилось. И хоть феноменологический поток, насыщенный инновациями и не стал меньше, сознание людей в целом стало гибче и шире. Появились большие возможности для переживания инноваций. Более того, увеличилось количество развитых социальных институтов, которые взяли на себя функцию их ассимиляции. Например, наука сегодняшнего дня, несмотря на все ограничения, способна ассимилировать радикально больше инноваций, чем наука 18 века, когда появилось «безумие». Философия и искусство также увеличили свою ассимилирующую способность. Может, пришла пора засомневаться в необходимости социального явления «безумия»? Вместе с тем, чтобы ответить на этот вопрос и сформировать свою позицию относительно рассматриваемой проблемы, стоит окунуться в мир «душевной болезни». Поэтому сейчас поговорим подробнее о том, как это явление формируется и как феноменологически функционирует в процессе своего развития.

Литература:

1. Теория шести рукопожатий: – Режим доступа: http://ru.wikipedia.org/wiki/Теория_шести_рукопожатий
2. Погодин, И.А. Жизнь как непрерывный акт рождения // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: в 5 томах. – Т.1: Философские и естественно-научные основания психотерапии, фокусированной на первичном опыте: Сб. статей / И.А. Погодин. – К.: Издательский дом Дмитрия Бурого, 2012. – С.42-59.

БЕЗУМИЕ КАК «МУСОРНАЯ КОРЗИНА» СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ

Погодин И.А.

Институт Гештальта, г. Минск, Беларусь

В этой работе я хотел бы начать разговор, имеющий большое значение не только для психотерапии, но и для общественного сознания. Речь идет о подходе к пониманию природы «безумия». Это большая и непростая тема. Здесь мы попробуем лишь прикоснуться к ней. Однако прикоснуться по новому, используя оригинальный психотерапевтический подход. Речь пойдет

о том, как в рамках психотерапии переживанием понимается природа психической болезни. Возможно, многое, из того, что я скажу, покажется вам, уважаемый читатель, странным и необычным, не соответствующим принятым в обыденном и профессиональном сознании положениям. Некоторые тезисы, вероятно, могут показаться вам перспективными, а от других вы просто захотите отмахнуться.

С учетом неконвенционального содержания этой работы, я попрошу вас, уважаемый читатель, быть терпимым. Дайте себе время прислушаться к тому, как откликаются вам внутри вашего сердца и сознания прочитанные здесь тезисы и положения. По всей видимости, у вас по поводу обсуждаемого в этой работе предмета есть своя более или менее устойчивая позиция, если не профессионального свойства, то уж точно на уровне здравого смысла. Соответствующие ей фундаментальные концепции, скорее всего, при столкновении с содержанием тезисов этой работы, вызовут более или менее выраженную эмоциональную реакцию недоумения или протеста. Пусть она поживет в вас. Но не спешите выталкивать содержание тезисов за пределы своего сознания. И ваша возможная реакция протеста, и содержание предлагаемых тезисов имеют право на существование хотя бы какое-то время в вашем сердце и сознании. Формирование такого концептуального конфликта и есть основное условие трансформации мировоззрения и восстановления чувствительности к полю, необходимое для гибкости переживания.

А что если безумия никогда не существовало? Не спешите отмахиваться от этой мысли! Что, если безумие – это некий культурный миф, появившийся чуть более двух столетий назад? Миф, который благодаря психологической трусости человечества, столкнувшегося с интенсивным и все нарастающим потоком феноменологических инноваций в виде новых мнений, знаний, прозрений и позиций, и по сей день определяет общественное мнение, профессиональное сознание психологов, врачей и психотерапевтов, а также «здравый смысл» обывателя. Задумайтесь на минутку, что если мы с вами сами день ото дня формируем реальность психической болезни, «договариваясь» как друг с другом, так и с делегированными нами на эту роль «психически больными» людьми!

Разумеется, опасность переживания феноменов-инноваций, ставшая такой актуальной в конце 18 столетия, не только не утратила свою актуальность, но и усиливается со все возрастающей скоростью. Переживать их все так же затратно, рискованно и непросто. Проще снова, как и раньше, выбросить их за пределы осознания, тем самым лишив их статуса феноменов. Мусорная корзина «безумия» и сегодня, казалось бы, годится для этого как нельзя лучше. Все странности мира складываются, по-прежнему в одном месте, которое год от года становится все более объемным. Предел его велик, но не безграничен. Уже сегодня эпидемиологические данные явственно говорят о том, что некоторыми психическими расстройствами большой и малой психиатрии страдает значительная часть человечества.

Безумие в широком смысле выходит за пределы психиатрических клиник и становится распространенным в обычной жизни явлением. И это результат не столько гуманизации института психиатрии, сколько чрезвычайной распространенности этого явления.

Однако у меня есть и хорошая новость. Человечество, эволюция которого по морфогенетическому признаку завершилась несколько тысячелетий назад, продолжает эволюционировать, используя полевое пространство. По крайней мере, так в свое время утверждали Т.Шарден [1] и В.И.Вернадский [2, 3], которым сегодня вторят биофилософы [4] и представители квантовой физики. Применительно к теме нашего разговора это означает, что ресурсы сегодняшнего человека для переживания феноменологических инноваций значительно возросли по сравнению с соответствующими способностями человека, еще недавно покинувшего средневековье.

Современного человека трудно шокировать и даже удивить новыми феноменами, которые чудовищным потоком испускает современная культура в лице науки, искусства, философии, промышленности, религиозных течений, Интернета, наконец. Следовательно, тревога перед перспективой переживания феноменологических инноваций представляется уже не такой острой. Более того, значительный объем этих инноваций ассимилируется сегодня не только концепциями «безумия», но и сферами культуры, не испытывающим сегрегации – наукой, искусством, технологией и пр. огромное количество необычных фактов больше не может служить целям диагностики психической патологии, а вполне непротиворечиво и основательно объясняется современными естественно-научными и гуманитарными концепциями.

Так, может быть, необходимость в «безумии» для современной культуры уже не так остра, а живет лишь в качестве некоего атавизма, своего рода культурной привычке. Мы же привыкли, что есть безумцы. Как от них-то отказаться?! Чем в конце концов в этом случае придется заниматься раздутому институту психиатров? Что делать с концепциями «психических болезней», созданными за прошедшие столетия? Куда деть целую отрасль медицинской науки? Я уж не говорю о гигантской монстрообразной машине фармбизнеса, которую просто так не остановить по очевидным причинам, коих довольно много.

Однако для того, чтобы сформировать какую-то более или менее ясную позицию на этот счет, полагаю, следует для начала остановиться на подходе к пониманию «психической болезни», который предлагает диалогово-феноменологическая психотерапия. Если безумия в реальности не существовало никогда, то с чем же тогда мы имели дело все время? В чем заключаются механизмы функционирования той иллюзии, которую в течение двух столетий мы принимали за заболевание?

Описание природы «безумия» с позиции какого бы то ни было подхода – очень объемная задача. Эта работа – лишь набросок диалогово-

феноменологического подхода к проблеме природы «душевных заболеваний». Попробую наметить некую структуру последующего очерка. Вначале поговорим о том, какой статус диалогово-феноменологическая теория поля усматривает за «безумием». Затем я опишу те механизмы, которыми формируется изучаемое нами явление под названием «психическое заболевание». И завершу этот раздел обсуждением тех полевых механизмов, которыми поддерживается и ретранслируется «психопатология» и которые типически структурируют феноменологическое поле. Именно последняя проблема представляется мне особенно интересной постольку, поскольку именно эти механизмы определяют «клиническую феноменологию», соответствующую тому или иному типу психического нарушения и лежат в основе клинической дифференциальной диагностики. Кроме того, именно на основании функционирования этих механизмов глубинно базируется современная клиническая теория и психиатрическая практика.

Литература:

1. Шарден, П.Т. Феномен человека / П.Т. Шарден / Пер. и примечания Н.А. Садовского. – М.: Прогресс, 1965.
2. Вернадский, В.И. Биосфера и ноосфера / В.И. Вернадский. – М., 2002.
3. Вернадский, В.И. Научная мысль как планетное явление / В.И. Вернадский. – М., 1989.
4. Биофилософия: Сб. науч. тр. / Отв. ред. А.Т. Шаталов. – М., 1997. – 264 с.

ПОЛЕВЫЕ МЕХАНИЗМЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ЭТИОЛОГИИ «СУМАСШЕСТВИЯ»

Погодин И.А.

Институт Гештальта, г. Минск, Беларусь

Продолжим наше обсуждение феноменологии явления «психической болезни». С учетом всего сказанного мною выше, очевидно, что последовательным было бы выделить 2 типа «безумцев». Первые – это ложно интерпретированные как безумцы гении. Они сами по себе не являются носителями концепции «психической болезни» и способны переживать происходящее в поле. Иначе говоря, вектор переживания соответствующих их «безумию» инноваций является для них ведущим в процессе жизни. Вторые – люди, концептуально сломленные в процессе переживания и феноменологически редуцирующие поле до пределов типовой концепции того или иного душевного расстройства.

Если первые не вступают в сговор с обществом на предмет их «психической болезни», то вторые функционируют в рамках типовых психопатологических концепций. И не стоит обманываться так называемой

анозогнозией² у последних – тенденцией к неприятию факта «душевного расстройства». Этот второй тип людей все равно феноменологически редуцирует свою активность до содержания того или иного штамма «безумия». Однако спутать первых со вторыми не представляется делом хитрым. Что довольно часто происходило в истории психиатрии и происходит и по сей день. Стоит только вспомнить скандальные эксперименты, проведенные в разных странах представителями движения «антипсихиатрия» сравнительно недавно.

Сделаем шаг назад в нашем обсуждении, еще до того, как мы получили основания для выделения этих двух категорий людей. Поговорим немного о природе поля и тех механизмах, которые приводят к формированию «душевно больных» людей первого и второго типов.

Полевой источник «безумия». Общая ситуация, описанная в рамках диалогово-феноменологической теории поля, остается прежней. Феноменологическая динамика поля регулируется двумя силовыми векторами – переживанием и концепцией. Удельный вес обоих динамических сил в жизни каждого из нас разнится от ситуации – к ситуации, от человека – к человеку и может со временем меняться. Разумеется, что по большей части поле структурируется концепциями, но переживание может играть значительную роль в жизни человека. Поскольку именно переживание лежит в основе появления в поле феноменов-инноваций, то только оно ведет к любым трансформациям в жизни каждого из нас. Если бы поле регулировалось лишь концепциями, то наша жизнь была бы предсказуема с вероятностью 100%, и никакие изменения в ней не были бы возможны.

Далее. В зависимости от того, насколько человек позволяет себе роскошь переживать и в какой степени он это делает, он сталкивается с тем или иным объемом феноменов-инноваций в своей жизни. Иногда поток инноваций становится очень интенсивным. Выраженность удельного веса переживания в жизни человека чревата совершенно очевидными рисками. Исходит этот риск из еще одного положения теории поля, комплементарного предыдущему. Переживание и концепция являются не только источниками феноменологической динамики поля, но и средствами ассимиляции этой динамики.

Другими словами, феномены, которые появляются в результате активности концепций и переживания должны быть оприходованы ими же – либо концепцией, либо переживанием. Чаще всего наблюдается такая закономерность – феномен, появившийся в результате действия концепции, ассимилируется ей же. Однако возможна и другая динамика – феномен, появившийся в результате концептуального наблюдения, может стать

² **Анозогнозия** (новолат. *anosognosia*; греч. ἀ- — не- + νόσος — болезнь + γνῶσις — знание, познание), синонимы: **Антон** симптом, **Антон** — **Бабинского синдром** — отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания (**паралича**, снижения зрения, слуха и т.д.) [1]. Впервые это явление было описано и изучено Жозефом Бабинским в 1914 году [2].

материалом для переживания, и наоборот – феномен переживания может быть концептуализирован.

Как бы то ни было, любой феномен, появившийся в поле, требует отношения к нему. Мы можем отнестись к нему одним из трех способов – сделать материалом переживания, встроить в одну из существующих концепций, либо проигнорировать. Первый может в свою очередь способствовать революционной трансформации «правлящих» концепций, которые в методологии описываемой модели в своей совокупности называются self-парадигмой. Второй способ является средством оправдания и подкрепления базовых концепций. Третий, в случае если окажется доступным, что происходит не всегда, избавит человека от излишних усилий, необходимых для психической революции или реакции.

Так работает вся система в штатном режиме. Что же происходит, если в ней происходит сбой. Что если появившийся феномен-инновация настолько радикален, что категорически не может вписаться ни в одну из существующих концепций. Ресурсов человека может не хватить и для переживания, или они могут находиться на пределе возможностей для этого. И в довершении ко всему феномен-инновация произвел настолько сильное впечатление на человека, что проигнорировать его уже не представляется возможным, хотя это и было бы спасением. А теперь представьте, что таких феноменов может быть множество! Это колоссальная нагрузка на человека и его психику!

Еще один дополнительный комментарий методологического свойства – своего рода штрих для завершения всей картины. Любого рода полевая динамика разворачивается как процесс смыслообразования. Это базовое положение диалогово-феноменологической концепции контакта [9]. Феномен-инновация – это по определению элемент поля, который формирует кризис смысла текущей ситуации. Иначе говоря, вся ситуация, выстраивающаяся вокруг феноменологической инновации, в течение какого-то времени не имеет смысла. Одной из важнейших задач ассимиляции феномена является формирование смысла ситуации, или правильнее сказать обнаружение в ней смысла.

А это вызов, который стоит перед психикой человека. Сможет ли он придать смысл происходящему или нет? Вот в чем вопрос, стоящий перед человеком, рискнувшим увеличить удельный вес переживания в своей жизни. Переживать – это мужественный выбор, поскольку здесь нет стабильности и опоры. Перед человеком стоит перспектива испытания!

Первый тип – «ложное безумие», или интерпретированные как сумасшедшие гении. Вот тут-то и начинается разворачиваться альтернатива, с описания которой я и начал этот параграф. Появление в поле значимого феномена-инновации или их комплекса инициирует психологический кризис. Первоначально встает вопрос о том, может ли быть найден компромисс между существованием этого феномена и содержанием self-парадигмы. Если да, то инициируется процесс более или менее значительной трансформации

концепций self-парадигмы. Например, соответствующая концепция может быть расширена и дополнена по принципу гипотезы «ad-hoc» в терминологии сэра Карла Поппера [3]. Либо более или менее значительно реформирована и перестроена.

Однако для более значительного реформирования устоявшейся концепции человеку нужны витальные ресурсы переживать и готовность продолжить движение в сторону непредсказуемого. В том случае, если феномен-инновация настолько нов и радикален, что достижение компромисса попросту невозможно, остается альтернатива переживания либо игнорирования. Положим, все та же витальная нагруженность феномена не позволяет сознанию исключить его из поля. Либо сила витальности у человека, осознание своей миссии и личное мужество способствуют тому, что он выбирает продолжить переживать.

Поэтому движение в направлении непредсказуемой динамики поля продолжается. Человек в ходе этого процесса становится все более открытым новому. При этом количество феноменов-инноваций становится все больше. Если все более усугубляющаяся необычность и «странность» в поведении описываемого нами человека становится все более заметна окружающим, или сам человек довольно громко заявляет об открытом им, то срабатывает механизм, характеризующий динамику поля на уровне общества.

Как только комплекс феноменов-инноваций становится достоянием общества, перед окружающими нашего героя людьми встает аналогичная альтернатива – либо рискнуть переживать эти феномены-инновации, либо изолировать их из сферы осознания. Вариант концептуализации по понятным причинам отпадает сам собой – концепции уже не справляются с инновацией. В первом случае мы имеем дело с процессом основания новой парадигмы – научной, философской, социальной, религиозной, идеологической, космологической, культурной и пр. А наш герой становится Учителем – основателем школы или учения.

Во втором – общество выбирает запереть сами инновации и их источник за пределами сферы общественного сознания. А для этого обществом отрягается вся инфраструктура института психиатрии. А наш герой становится «душевно больным». Таков путь формирования первого типа «безумия». Сколько таких людей закончило свою жизнь в клинике – только Господь знает. Я думаю, что соотношение основатель учения/сумасшедший статистически не в пользу первых.

Второй тип «безумия» – коллапс поля до типовых концепций «душевных заболеваний». Вернемся же к тому месту нашего разговора, где уже возник кризис, инициированный появившимися в результате переживания феноменами-инновациями. Итак, в процессе переживания человек сталкивается с чем-то, к дальнейшему переживанию чего он не готов. Переживание блокируется. Концепции self-парадигмы также не в состоянии ассимилировать инновацию. Игнорирование также невозможно. Тупик. А витальности, которая еще недавно питала процесс переживания,

осталось еще очень много. Причем, чем радикальнее инновация и чем больше человек ею впечатлен, тем больше было инвестировано в процесс переживания витальности. Следовательно освободившаяся витальность по принципу свободных активов в экономической метафоре должна быть реинвестирована. Вопрос – куда? Куда же вложить жизненные ресурсы человека, если переживание невозможно?

Сначала витальность приобретает недифференцированную форму, которая осознается как тревога и разливается по полю. До тех пор, пока переживание невозможно, тревога возрастает и ищет возможности быть размещенной. «На помощь» приходят, как всегда, концепции. Однако, как мы помним, концепции, составляющие self-парадигму, не в состоянии оказались ассимилировать инновации, вызвавшие коллапс поля. Поэтому со всей очевидностью появляется необходимость в создании новых концепций. Но ввиду чрезвычайно высокого психического напряжения, творческий вектор поля блокирован вместе с переживанием. Человек оказывается вынужденным заимствовать существующие в культуре типовые концепции. Напомню, что эти концепции доступны постольку, поскольку существуют на правах культурного ментального вируса.

Дальнейший процесс может развернуться по-разному. Здесь снова, мне кажется, была бы уместной экономическая метафора. Объем высвобожденной в результате блокирования переживания витальности можно рассматривать в качестве активов. Чем ее больше, тем жестче должна быть структура типовой концепции, чтобы удержать ее. Учитывая специфический дизайн полевой ситуации, основанной на возникновении в поле феноменов-инноваций, которые представляются слишком необычными и не имеющими смысла, возрастающая тревога вызывает полную остановку остатков естественной динамики поля. Как следствие, происходит тотальная перезагрузка власти. Типовая концепция того или иного типа «психического расстройства» полностью завладевает полем, формируя соответствующую ей структуру.

Представьте себе на минутку следующую картину. Власть в какой-то стране захватила какая-то очень организованная и годами тренирующаяся в этом процессе группа людей. О-о-о-очень большая группа. Она настолько организована, что вся социально-политическая инфраструктура – органы управления, обслуживания, законодательные акты, судебная система, нормы морали и правила поведения, трансляция телеканалов, СМИ и пр. – заработали эффективно и слаженно в течение одной недели. Хороший пример тому есть у Дж.Оруэлла в «1984» [4]. Или вполне годится пример, ситуация которого экранизирована в кинотрилогии «Матрица».

В некотором смысле типовая концепция безумия, например, шизофрении, представляет собой введение в феноменологическом поле чрезвычайного положения, на время которого вся структура поля заменена вирусным содержанием концепции с соответствующими ей симптомами и синдромами. Ведь если присмотреться при всем казалось бы богатстве и

разнообразии проявления галлюцинаций или бреда в их содержании вполне можно обнаружить мотивы, которые можно типизировать. Я уж не говорю об описанных признаках психического функционирования, которые лежат в основе классификаторов психических болезней, например МКБ всех пересмотров. Иначе говоря, классическая клиническая теория исследует не феноменологическое поле жизни того или иного человека, страдающего «психическим расстройством», а собственно саму концепцию расстройства, которую сами же и создали когда-то.

Фактически безумие второго типа представляет собой остановку процесса переживания ввиду невозможности придать смысл происходящему в поле. В результате концепция того или иного «психического расстройства» принимает на себя функцию временного контроля за психической деятельностью. И это само по себе не страшно. Опасно другое. Это временное чрезвычайное положение принимается окружающими, как обывателями, так и специалистами, в качестве реальности существования человека. И у каждого типа этой «реальности болезни» есть свои прогнозы. И дальше институт психиатрии имеет дело уже не с человеком, а с концепцией, которую сам же институт и создал.

Литература:

1. Жмуров, В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии / В.А. Жмуров. – М.: Джангар, 2010. – 864с.
2. Анозогнозия: – Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Анозогнозия>.
3. Поппер, К. Логика научного исследования: Пер. с англ. / К. Поппер / Под общ. ред. В.Н Садовского. – М.: Республика, 2005. – 447 с.
4. Оруэлл Дж. «1984» и эссе разных лет / А.А. Файнгар. Комментарии В.А. Чаликовой. – М.: Прогресс, 1989.– 384 с.

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСОВ

Поспелова Т.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Проблематика образа жизни на протяжении многих лет является общим форматом исследований в области социологии молодежи, поскольку включает актуальные аспекты социализации и самоопределения молодежи в различных сферах социальной жизни, формирования ценностных ориентаций, стратегий выбора жизненного пути и способов реализации жизненных планов и антиципаций.

В теоретическом плане исследования опираются на концептуальные подходы к изучению процессов социализации молодежи, их факторной обусловленности. Несмотря на различия в акцентах, общепринятым является признание стратегической цели социализации - формирование у молодежи

способностей к адаптации в условия социальной среды, интеграции в социум с учетом индивидуальных особенностей. В рамках концепций социализации рассматриваются такие частные вопросы как временные параметры прохождения определенных этапов социализации, специфика процессов адаптации в социуме молодежи из различных социальных слоев, социокультурные практики молодежи, самоопределение молодежи в различных сферах социальной жизни.

Одно из направлений исследований представляет программа «Молодежь в поле социальных проблем», в рамках которого проводится серия опросов молодежи относительно текущих актуальных событий: экономических кризисов, событий в Крыму и на Украине. Исследования фиксируют отношение молодежи к изменениям социальных условий, причинам возникновения кризисных ситуаций, способам реагирования и поведения в экстремальных условиях. Новые непредсказуемые жизненные ситуации выдвигают перед молодежью новые задачи, которые требуют дополнительных психологических и социальных ресурсов.

По мнению Н.Л. Смакотиной, проблемы, возникающие в ситуации неопределенности, рискованности, негарантированности требуют выработки специальных механизмов и технологий, способствующих адаптации молодежи к актуальной ситуации. В периоды кризисов действуют бифуркационные механизмы, которые детерминируют появление непредсказуемых каналов развития [1].

Эмпирические исследования в рамках социологии молодежи призваны фиксировать влияние вызовов современности на образ жизни и тенденции изменения социальных установок и ценностных ориентаций молодежи. В кризисных условиях динамичных и радикальных социальных преобразований системы ценностных ориентаций могут подвергаться переосмыслению, проверке на устойчивость, или модификации.

Молодежь как часть общества подвержена влиянию общих объективных условий и внешних по отношению к ней факторов риска, но в силу своего социального статуса более чувствительна к рискам утраты возможностей завершения образования, получения работы, условий для создания семьи и т.д. Результаты опросов предназначены для использования при разработке антикризисной молодежной политики.

Так, данные опросов проведенных после экономического кризиса 2009 года, показывали, что большинство молодых людей ощутили на себе влияние экономического кризиса. Характерный для предыдущих лет оптимизм молодежи, уступил место смешанным чувствам, беспокойству, страху перед будущим. Однако большинство респондентов проявили готовность к активным действиям для выхода из кризиса. Так, целевой установкой большинства респондентов было стремление независимо от обстоятельств завершить образование. Значительная часть респондентов выбирала режим строжайшей экономии, временного отказа от отдыха, готовности к любой дополнительной, даже низкооплачиваемой работе. Часть респондентов

считала целесообразным отложить на время рождение детей. Исследования фиксировала также стратификационную обусловленность различий в поведении молодежи в критических условиях.

Исследования 2014 года относительно событий в Крыму и на Украине отразили политические ориентации молодежи. Так, большинство респондентов выразили согласие с присоединением Крыма, небольшая часть проявила несогласие с этой политикой. Четвертая часть респондентов не имела определенного мнения по данному вопросу.

Опросы, проводимые по базовой методике изучения социальных ориентаций молодежи, показывают, что устойчивый интерес к политике имеет не более пятой части молодежи. Большая часть респондентов проявляет к политике определенный интерес, а десятая часть – совсем не интересуется политикой. Сохраняется влияние на отношение к политике гендерных и экономических характеристик респондентов: постоянный интерес к политике проявляют больше юноши и более обеспеченные респонденты.

Разрабатывая методологию социологии социальных проблем, О.И. Иванов указывает, что социальные проблемы являются составной частью социальной среды, они включают в себя те социальные явления, которые оказывают непосредственное негативное воздействие на субъекта. Проблемные ситуации имеют широкий спектр характеристик: предмет, относительно которого возникает противоречие, столкновение интересов; масштаб распространения явления, его глубину; временные границы, степень или уровень сложности проблемы; степень открытости/латентности противоречия и т.д. [2].

На фоне социальных проблем возникает широкий спектр психологических проблем, которые отражают внутренние противоречия индивида, обусловленные неадекватной картиной мира и системой ценностных ориентаций, депривацией потребностей, неэффективными межличностными отношениями. Выделяя разновидности психологических проблем, Н.Д. Линде отмечает, что **наиболее близки к социальным проблемам индивидуальностные психологические проблемы**, связанные с достижением долгосрочных целей, самореализацией. Это экзистенциальные страхи, ощущение бессмысленности бытия, переживания нехватки времени, переживание непреодолимых препятствий, потеря самоуважения и т.д. [3].

Анализируя психологические проблемы современной молодежи психотерапевты отмечают распространение чувства одиночества, потерянности, страха перед неопределенностью и будущим, дефицита укорененности и поддержки. По мнению С.В. Кривцовой, в нынешней социальной ситуации актуальным является исследование феномена внутренней определенности, прочности, как единственной опоры перед лицом неопределенности внешней [4].

В этом контексте позитивным моментом является повышение общественного интереса к разработке методологии и техник копинг-

поведения, как средства противодействия стрессогенным факторам. Копинг-стратегии предполагают усилия индивида, направленные на изменение ситуации и изменение собственного поведения. Копинг-поведение отражает индивидуальные способы взаимодействия с экстремальной ситуацией, направленные на снижение уровня стресса, преодоления деформирующего воздействия на ценностно-ориентационную структуру и идентификацию личности. Оценка ситуации и выбор той или иной стратегии зависит от степени соответствия ресурсной базы предъявляемым требованиям и задачам.

Результаты наших исследований показывают, что большинство молодежи может в трудной жизненной ситуации рассчитывать на помощь родственников и друзей, но четвертая часть молодых людей вынуждена рассчитывать только на себя.

Стратегии преодоления могут быть сосредоточены на трех сферах: оценке ситуации, решении проблемы и управлении собственным эмоциональным состоянием. В адаптивные задачи входит: установление смысла ситуации, определение ее значения, выбор реакции на требования кризисной ситуации, управление негативными чувствами и сохранение отношений поддержки [5].

Важное значение, в этой работе принадлежит приобретению не только психологической компетентности, но и, недостаточно пока оцениваемой социологической компетентности, способности индивида учитывать и анализировать тенденции макросоциального развития, их влияние на микросоциальную проблематику.

Практическая направленность социологии молодежи реализуется в разработке и реализации антикризисных образовательных программ и тренингов, ориентированных на повышение у молодежи психологической устойчивости социальной компетентности.

Литература:

1. Смакотина, Н.Л. Основы социологии нестабильности и риска / Н.Л. Смакотина. – М.: МГУ. 2009.
2. Иванов, О.И. Социологические проблемы молодежи и ювенологические исследования. Введение в социологию социальных проблем / О.И. Иванов.– СПб., 2001.
3. Линде, Н.Д. Основы современной психотерапии / Н.Д. Линде.– М., 2002.
4. Кривцова, С.В. Вызовы неопределенности и становления внутренней прочности личности в процессе онтогенеза (экзистенциально-аналитический подход) / С.В. Кривцова. – Режим доступа: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2015v>
5. Копинг-поведение. Социально-психологическое исследование. Омск. 2015.

ОТНОШЕНИЕ К ЗАВИСИМОСТИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

Пчелкина Е.П.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

В своем исследовании 2006-2010 гг. «Ценностные предпочтения студентов в отношении здоровья», в котором было обследовано более 1000 студентов белгородских вузов (БелГУ и БГТУ им. В.Г. Шухова), была выявлена тенденция снижения ценностной значимости здоровья для студенческой молодежи. Также исследование показало, что 3% студентов ежедневно в первую очередь уделяют внимание вредным привычкам (проводился анализ бюджета дня). Такой ответ (максимальная оценка) позволил сделать вывод о наличии у них зависимостей, в том числе химических [4].

Полученные тогда данные вполне согласовывались с результатами исследований других ученых [1; 3]. При этом указывалось, что с учетом неискренности части ответов, процент имеющих зависимости студентов гораздо выше. Так, в целом среди российской молодежи только 7-10% имеют четкие запретительные установки в отношении наркотиков.

Результаты исследования (совместно с Т.А. Коптевой, 2013 г., n=50 студентов 4 курса НИУ «БелГУ», выборка случайная) показали, что у студентов физико-математического факультета преобладали те, у кого нет склонности к зависимости (60% – не имели склонности к зависимости, а у 40% опрошенных была выявлена склонность к той или иной зависимости). Тогда как для студентов факультета психологии было характерно преобладание имеющих склонность к зависимости (70% – со склонностью к зависимости, 30% – не имеющих такой склонности). Полученные результаты указывают на то, что, возможно, одним из мотивов выбора направления обучения в вузе (не обязательно осознанным) является стремление разобраться в собственных проблемах [2]. Хотя по результатам данного исследования окончательные выводы делать не приходится из-за небольшой выборки, однако они указывают на актуальность проблемы зависимости у студентов факультета психологии.

Проведенное автором в октябре 2015 г. пилотажное исследование склонности к зависимости в двух академических группах студентов-психологов 3 и 5 курсов (n=28) показало, что склонность к зависимости имеют 82,1% всех опрошенных, соответственно такой склонности нет только у 17,9% студентов. В данной статье приведем предварительный анализ полученных результатов.

Для 76,9% студентов 3 курса была выявлена склонность к той или иной зависимости (по методике диагностики склонности к различным зависимостям Г.В. Лозовой), только для 23,1% склонность не была выявлена. У студентов 5 курса ситуация оказалась хуже: у 86,7% была обнаружена склонность к зависимости и только у 13,3% она отсутствовала.

На диаграмме мы представили иерархию (по средним значениям) склонностей к зависимости у опрошенных студентов факультета психологии (см. рис. 1). Анализ средних значений по каждой из склонностей к зависимости показал, что средний балл выраженности общей склонности к зависимости для всех опрошенных – 13,7 баллов, что лежит в диапазоне средних значений (до 18 баллов). И только у студентов 3 курса средний балл по склонности к любовной зависимости (в терминологии Г.В. Лозовой) имеет высокую выраженность (19 баллов). Зависимости от здорового образа жизни, пищевая и трудовая – выражены в средней степени, остальные имеют низкую степень выраженности. При этом надо отметить, что это усредненные групповые данные. В целом у студентов 3 курса общая склонность к зависимости более выражена, чем у пятикурсников. По конкретным зависимостям у них более выражены склонности к любовной зависимости, зависимости от здорового образа жизни, трудовая и религиозная зависимости. По сравнению с ними у студентов 5 курса сильнее выражены склонности к пищевой, компьютерной, телевизионной, алкогольной, табачной, игровой и наркотической зависимостям.

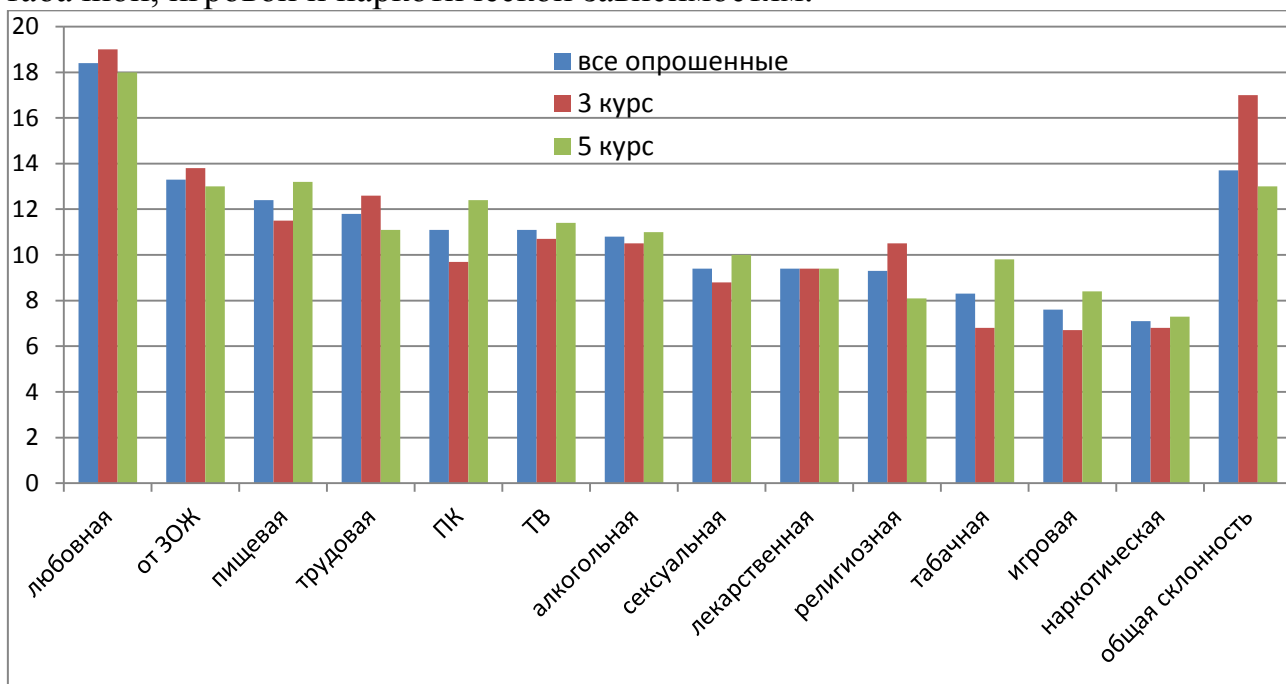


Рис. 1. Выраженность склонности к зависимости у студентов факультета психологии (средние значения показателей)

Таким образом, несмотря на то, что у студентов 5 курса общая склонность к зависимости снижается по сравнению с 3 курсом, однако в содержательном отношении – это более сильные формы зависимостей. Можно сказать, что к 5 курсу улучшения ситуации не происходит, возможно, наоборот, зависимости приобретают более скрытый и глубокий характер. Это заставляет обращать особое внимание на проблему зависимости студентов, обучающихся на всех курсах, начиная с только что поступивших в вуз.

Далее нами был проведен опрос о, так сказать, степени близости к студентам той или иной зависимости (см. рис. 2). Вопрос звучал так: «Насколько физически близка к Вам эта проблема?». Варианты ответов были

- следующими: 1. О таком знаю, но не встречаю людей с этой проблемой. 2. Знаю, что такое есть и видел (а) единичные примеры в реальной жизни. 3. Знаю, что такое есть и видел (а) много примеров в реальной жизни. 4. Регулярно сталкиваюсь с такими примерами в реальной жизни. 5. Довольно близка, т.к. сосед (ка), дальний родственник, человек с одного факультета – тот, с кем изредка вижусь, но мы знакомы, непосредственно вращается в данной среде. 6. Близка, т.к. мой родственник 2-й степени родства (тетя, дядя, племянник (ца), кузен (а), бабушка, дедушка) или хороший знакомый, приятель, одногруппник непосредственно вращается в данной среде. 7. Очень близка, так как мой родственник 1-й степени родства (родитель, ребенок, брат, сестра, партнер – парень или девушка, муж или жена) или близкий друг (подруга) непосредственно вращается в данной среде. 8. Очень близка, я непосредственно вращаюсь в данной среде.

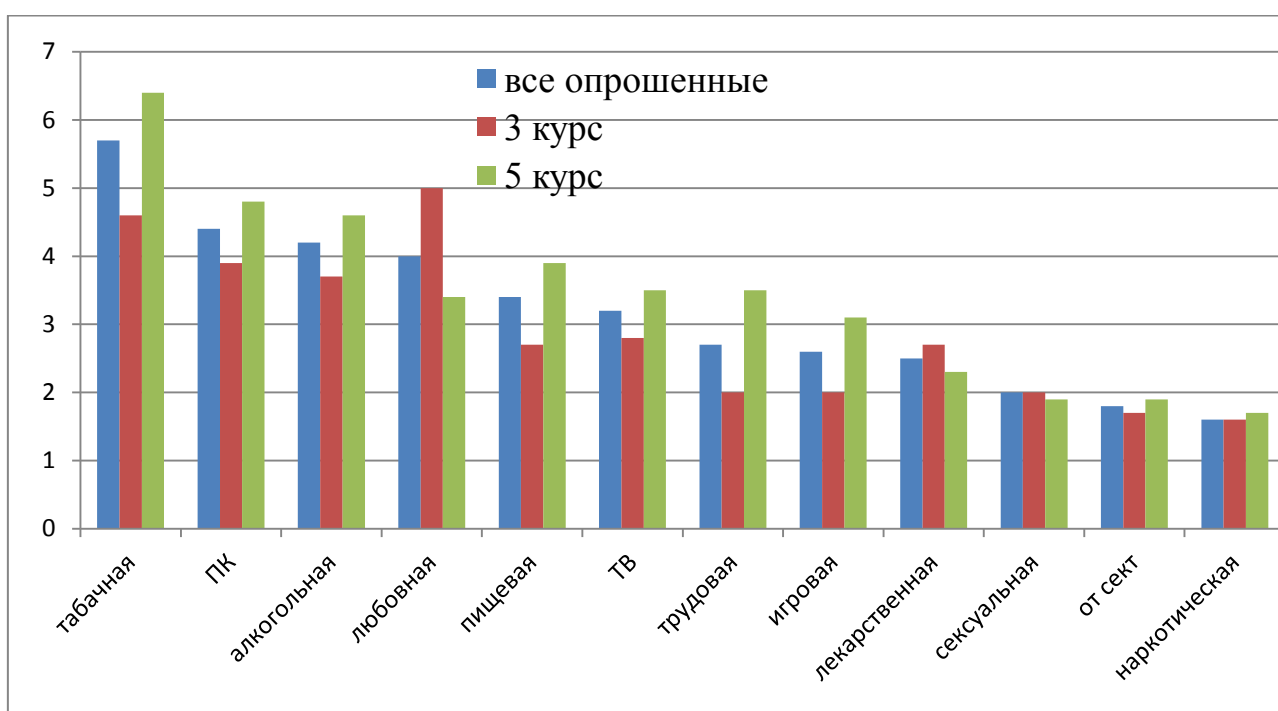


Рис. 2. Выраженность у студентов степени физической близости (встречаемости) разных видов зависимости (средние значения показателей)

Исследование показало, что у студентов-психологов, особенно у пятикурсников, наиболее выражены контакты с людьми, имеющими табачную зависимость. Можно сказать, что проблема табачной зависимости очень близка студентам, т.к. родственник, близкий человек непосредственно вращается в данной среде. Затем идут такие зависимости, как компьютерная и алкогольная. Студенты регулярно сталкиваются с такими примерами в реальной жизни. То же относится и к пищевой зависимости. Для третьего курса наиболее выражена близость к людям с любовной зависимостью. Проблема любовной зависимости близка им, т.к. те, с кем они изредка

видятся, но являются знакомыми, непосредственно возвращаются в данной среде.

Студенты знают о телевизионной, трудовой, игровой, лекарственной и сексуальной зависимостях, видели много примеров и регулярно сталкиваются с такими примерами в реальной жизни. Зависимости от сект и наркотическая также хорошо знакомы студентам, они указали, что встречали их единичные примеры в реальной жизни.

Следует отметить, что опасность воздействия «нездорового окружения» высокая. Как известно, влияние химических зависимостей имеет максимально сильный «заразительный эффект». А таких зависимостей студенты указали две (табачная и алкогольная). Однако и поведенческие нехимические формы зависимостей нельзя назвать нейтральными в отношении развития, например, созависимых отношений у близких людей. Опасностью нехимических форм зависимостей является то, что они могут перейти в химические или стимулировать развитие зависимостей у близких людей.

Следующий вопрос касался непосредственного отношения (оценки) студентов к разным видам зависимостей (см. рис. 3). Вопрос звучал следующим образом: «Как Вы относитесь к указанным видам зависимости?». Варианты ответов были следующие: 1. Крайне отрицательно, таких людей надо изолировать от общества. 2. Отрицательно, стараюсь не иметь с такими людьми никаких контактов. 3. Отрицательно, но допускаю возможность исправления таких людей. 4. Больше отрицательно, чем положительно. 5. В принципе нейтрально, такие люди тоже зачем-то нужны обществу. 6. Скорее положительно, зависимые тоже люди. 7. Такие люди вызывают у меня жалость, должны быть средства и способы помощи им. 8. Сочувствую таким людям, мне интересно было бы изучить их.

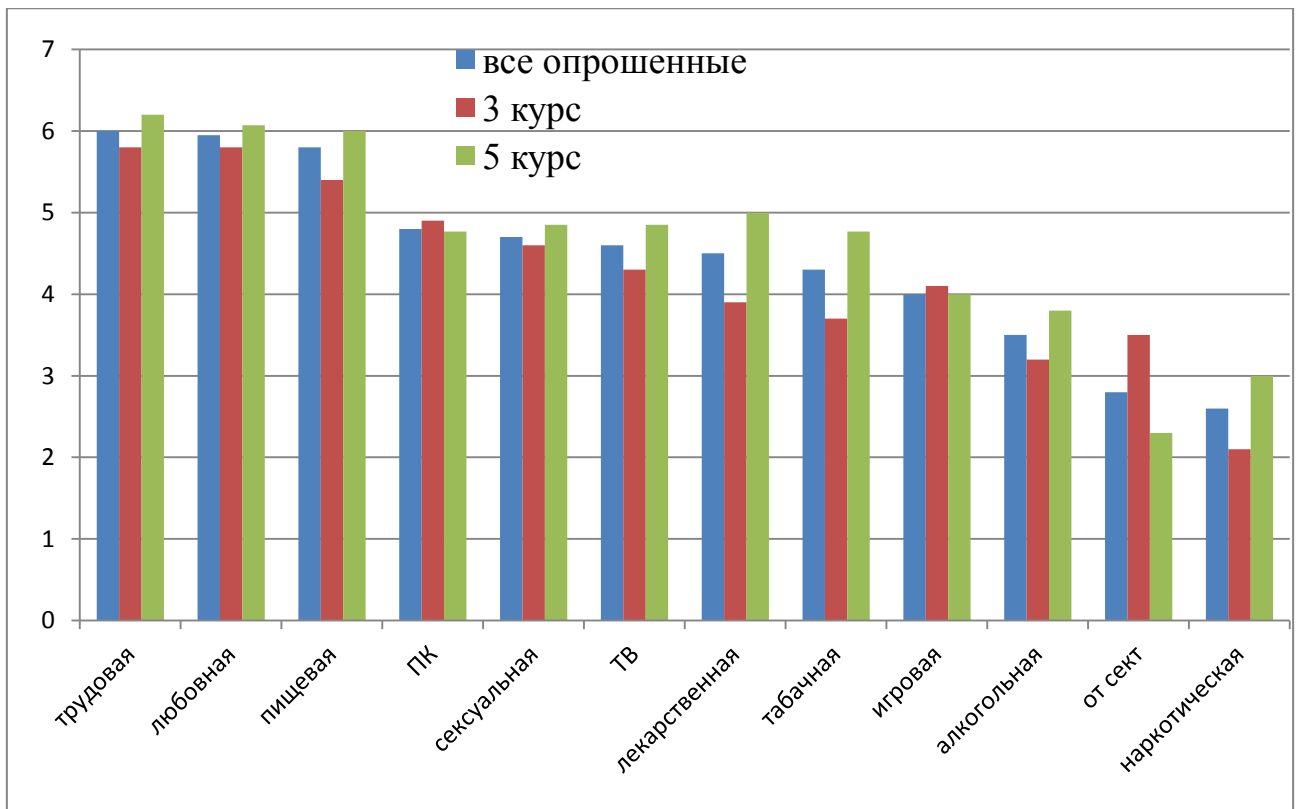


Рис. 3. Выраженность отношения студентов к разным видам зависимости (средние значения показателей)

Полученные данные свидетельствуют о высокой лояльности студентов в оценках трудовой, любовной и пищевой зависимостей. Студенты относятся к ним нейтрально, но несколько даже положительно, считая, что такие люди тоже нужны обществу. К компьютерной, сексуальной, телевизионной, лекарственной и табачной зависимостям студенты относятся больше отрицательно, но в принципе нейтрально.

Игровую и алкогольную зависимости студенты оценивают больше отрицательно, чем положительно, допуская возможность исправления людей, имеющих эти зависимости. Зависимости от сект и наркотическую студенты оценивают отрицательно. Допуская возможность исправления людей с этими формами зависимостей, тем не менее, стараются не иметь с ними контактов.

Результаты сравнения студентов 3 и 5 курсов показали, что третьекурсники практически по всем видам зависимостей имеют более низкие оценки лояльного отношения к ним, т.е. более строги в оценках, по сравнению с пятикурсниками. Однако зависимость от сект «выбивается» из этой тенденции, к ней выявлена у студентов 3 курса достаточно мягкое отношение (20% очень бы хотела ее изучать, сочувствуя таким людям).

В целом достаточно мягкое отношение к разным видам зависимостей как раз и является одним из мощных факторов их распространения. Как показало исследование, для студентов-психологов характерны достаточно высокая выраженность склонности к зависимостям, а также высокая встречаемость с зависимостями, особенно их химическими формами, указывающая на значительное «давление среды». При этом у них отмечается

низко выраженное отрицательное отношение ко всем видам зависимостей. Результаты исследования позволяют сделать негативный прогноз в отношении дальнейшего распространения зависимостей, как горизонтального (среди представителей одного поколения), так и вертикального (среди разных поколенческих групп). Конечно, в рамках целого ряда учебных курсов («Психологическая профилактика зависимого поведения», «Здоровьесберегающие технологии в профилактике зависимого поведения», «Психология зависимости», «Технология профилактики зависимого поведения»), которые проводятся кафедрой общей и клинической психологии, студентам на лекциях говорится о необходимости однозначно негативного отношения ко всем формам зависимостей, особенно химическим. Эти же вопросы обсуждаются студентами на семинарских занятиях. Однако поиск более эффективных и масштабных мер необходимо продолжать.

Литература:

1. Молодежь в Российской Федерации: положение, выбор пути. Государственный доклад [Текст]. – М., 2000.
2. Мэй, Р. Раненый целитель [Текст] / Р. Мэй // Консультативная психология и психотерапия. – 1997. – №2.
3. Положение молодежи в России. Аналитический доклад [Текст]. Издательский комплекс «Машмир». – М., 2005. – 168 с.
4. Пчелкина, Е.П. Ценностные предпочтения студенческой молодежи в отношении здоровья [Текст] / Е.П. Пчелкина // Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04. – Москва, 2012. – 235 с.

ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ (ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА, КОРРЕКЦИЯ)

Разенкова В.И.

МКОУ «Центр диагностики и консультирования «Гармония», г. Курск,
Россия

Понятием «тревожность» психологи обозначают состояние человека, характеризующееся повышенной склонностью к переживаниям опасений и беспокойства. Выделяют два вида тревожности. Первый из них – так называемая ситуативная тревожность, т.е. порожденная какой-то конкретной ситуацией объективно вызывающей беспокойство. Данное состояние может возникать у любого человека в преддверии предполагаемых неприятностей. Это состояние является вполне нормальным. Более того оно мобилизует человека, позволяет серьезно и ответственно подойти к решению возникающих проблем.

Другой вид – личностная тревожность. Это довольно стабильная личностная черта, проявляющаяся в постоянной склонности к переживаниям тревоги в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и таких, которые объективно к этому не располагают. Она характеризуется состоянием

безотчетного страха, неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как потенциально опасное. Ребенок, подверженный такому состоянию, постоянно находится в настороженном и подавленном настроении, у него затруднены коммуникации, т.к. окружающий мир воспринимается пугающим и враждебным. Тревожный ребенок - это переживающий ребенок. У таких детей высокие требования к себе, они очень самокритичны. В то же время ищут поощрения, одобрения взрослых во всех делах. Для них характерны и соматические проблемы: боли в животе, головокружения, головные боли, спазмы в горле, проблемы с дыханием. Тревожный ребенок: постоянно теребит одежду, волосы, крутит что-то в руках, грызет ногти, карандаши. Тревожным детям свойственны мышечные зажимы, чаще всего в области живота, лица, шеи. Приподнятые скованные плечи говорят о наличии тревожности. Во время проявления тревоги они часто ощущают сухость во рту, ком в горле, слабость в ногах, учащенное сердцебиение [2]. Тревожные дети сбивчиво говорят, суетливы, не могут сконцентрировать внимание, жалуются на страшные сны и плохо засыпают.

Тревожности могут быть подвержены как мальчики, так и девочки, но специалисты считают, что в дошкольном возрасте более тревожными являются мальчики, к 9-11 годам – соотношение становится равномерным, после 12 лет происходит резкое повышение уровня тревожности у девочек.

Как возникает это явление и как его предотвратить?

Вопрос о причинах возникновения тревожности в настоящее время остается открытым. Однако многие авторы одной из причин повышенного уровня тревожности дошкольников и младших школьников считают нарушение детско-родительских отношений.

Как показывает практика, формирование детской тревожности является следствием неправильного воспитания ребенка. Так, например, родители тревожных детей зачастую предъявляют к ним завышенные требования, совершенно невыполнимые для ребенка. Иногда это связано с неудовлетворенностью собственным положением, с желанием воплотить собственные нереализованные мечты в своем ребенке. Завышенные требования родителей могут быть связаны и с другими причинами. Нередки случаи, когда родители сами являются тревожными, вследствие чего они не позволяют ребенку сделать ни одной ошибки. В результате ребенок оказывается в ситуации постоянного напряженного ожидания: сумел ли он угодить родителям или допустил какой-то промах, за которым последует неодобрение и порицание со стороны значимых взрослых.

Специалисты нашли закономерность: чем выше у родителей «уровень тревожности», тем большее количество «страхов» одолевает их детей. Для тревожных родителей мир вокруг их ребенка наполнен постоянными опасностями: «Не гладь собаку - укусит», «Не подходи к кошке – глисты будут», «Не ходи во двор - там хулиганы», «Не играй в песочнице - там микробы». Если ребенок психически устойчив, то он постепенно ко всему

этому привыкнет и перестанет обращать внимание на излишние предостережения взрослых. Но чаще всего детям тяжело преодолеть все страхи, внушенные взрослыми [4].

Некоторые родители, стремясь уберечь своего ребенка от любых реальных и мнимых угроз его жизни и безопасности, формируют у него тем самым ощущение собственной незащитности перед опасностями мира. Все это отнюдь не способствует нормальному развитию ребенка, реализации его творческих способностей и мешает его общению с взрослыми и сверстниками.

Большинство родителей тревожных детей не осознают, как их собственное поведение влияет на характер ребенка. Так, иногда «неподготовленные» родители, узнав о возникновении у ребенка каких-либо страхов, принимают неправильную позицию. Они начинают либо уговаривать ребенка, чтобы он не боялся, либо высмеивать его. И то, и другое может только способствовать усилению страха.

Большое количество замечаний, окриков, одергиваний может вызвать в ребенке не только агрессию, но и тревогу, а иногда и то, и другое. Таким родителям можно посоветовать, хотя бы в течение дня, записывать все замечания, которые они сделали ребенку. В конце дня можно отметить те из них, которые способствовали не улучшению, а даже ухудшению взаимоотношений с сыном или дочерью. Если среди этих замечаний были угрозы невыполнимых наказаний: «Замолчи, а то рот заклею! «Сдам тебя в детский дом!» «Уйду от тебя!» и т.п.), то таким родителям необходимо научиться сдерживать себя [2]. Тревожные дети и так боятся всего на свете. Лучше, если родители в качестве профилактики, будут больше разговаривать с детьми, помогать выражать свои мысли и чувства словами.

Специалисты рекомендуют проводить работу с тревожными детьми в трех направлениях:

1. Повышение самооценки.
2. Обучение ребенка управлению собой в конкретных, наиболее волнующих его ситуациях.
3. Снятие мышечного напряжения [2].

Работа с тревожным ребенком сопряжена с определенными трудностями и, как правило, занимает длительное время.

Что можно рекомендовать родителям тревожного ребенка?

Психологами доказано, что 8-10 объятий ребенка родителями ежедневно помогают чувствовать ребенку себя гораздо счастливее, спокойнее, быстро и безболезненно преодолевать трудности, становиться более ответственными. Если дети чувствуют себя в безопасности, они учатся доверять.

Укрепляйте ваши обычные семейные ритуалы, например отхода ко сну (рассказывайте сказки, истории, читайте вслух). Чем меньше ребенок, тем больше времени нужно проводить с ним.

Благоприятный психологический климат в семье способствует гармоничному развитию личности ребенка и снижению уровня тревожности.

Родителям следует как можно больше общаться со своими детьми, устраивать совместные праздники, походы в зоопарк, в театр, на выставки, выезжать на природу [4].

Отмечайте все успехи ребенка. Никогда не требуйте того, что ребенок не в состоянии выполнить. Чаще создавайте условия, в которых ребенок будет 100% успешным [1].

Поскольку у тревожных детей часто появляется потребность кого-то любить и ласкать, то хорошо бы иметь дома собственных животных: кошку, собаку, хомячка или попугайчика. Совместный уход за любимым питомцем поможет выстроить партнерские отношения в форме сотрудничества между родителями и ребенком.

Ребенок не должен чувствовать себя в семье ни «Золушкой», ни «Кумиром семьи»[3]. Лучше выбрать нечто среднее. Необходимо исключить гиперопеку по отношению к ребенку.

У родителей должен быть сформирован единый взгляд на систему воспитания. Требования к ребенку должны быть едиными у взрослых членов семьи и не противоречить друг другу.

При взаимодействии с тревожными детьми желательно использовать игры на телесный контакт. Очень полезны упражнения на релаксацию, техника глубокого дыхания, занятия йогой, массаж и просто растирание тела [2].

Ребенок должен чувствовать, что для самых близких людей он ценен сам по себе без всяких условий, а не как победитель в бесконечной битве за успехи и послушный исполнитель дисциплинарных предписаний.

И еще одно – если Вы видите, что ребенок стал замкнутым, постоянно пребывает в подавленном состоянии, агрессивен, не идет на диалог с родителями – то есть повод для того, чтобы обратиться к детским психологам, а в случае необходимости – и врачам.

Литература:

1. Кряжева, Н.Л. Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов / Н.Л. Кряжева. – Ярославль: Академия развития, 1996.–208с.
2. Лютова, Е.К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – М.: Генезис. – Речь, 2000.
3. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А.М. Прихожан // Психологическая наука и образование. – 1998, №2.
4. Психолог в детском дошкольном учреждении: методические рекомендации в практической деятельности / Под ред. Т.В. Лаврентьевой. – М.: Новая школа, 1996.– 144с.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Разуваева Т.Н., Муравьева О.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

В настоящее время острые нарушения мозгового кровообращения, в том числе и инфаркт головного мозга, являются важнейшей медико-социальной проблемой. Согласно данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации, высокая заболеваемость отмечается как в трудоспособном возрасте, так и в пожилом, и в старческом возрасте [9]. Постинфарктная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации и составляет 3,2 случая на 10000 населения. К труду возвращается 20% лиц, перенесших инфаркт мозга, притом, что одна треть заболевших - люди трудоспособного возраста [7, с.107]. Эти обстоятельства, как отмечают Е.И. Гусев и А.С. Кадыков, делают актуальной проблему реабилитации постинфарктных больных, направленной на коррекцию нарушений, восстановление социальных контактов, на возвращение больного в общество и к посильному труду [3, с.45]. Наряду с лекарственной терапией и физическими методами реабилитации в раннем и восстановительном реабилитационном периоде необходим также широкий спектр психосоциальных методов реабилитации: участие логопеда, психолога, психотерапевта в процессе реабилитации (Шкловский В.М., Балуннов О.М., Демиденко Т.Д.) [7, с. 106].

Как отмечает Н.Г. Ермакова, важным представляется формирование позитивной психологической установки больного на преодоление последствий заболевания, установки на длительную реабилитацию. Основным фактором при формировании активной направленности личности на восстановление нарушенных функций и укрепление здоровья является адекватное представление больного о своей болезни, внутренняя картина болезни [2, с. 33].

Однако проблема внутренней картины болезни и ее взаимосвязи с приверженностью лечению пациентов с инфарктом головного мозга изучена на данный момент недостаточно. Можно говорить о том, что исследование данной проблемы имеет теоретическую и практическую актуальность, вследствие высокой значимости для психологической реабилитации больных.

Целью нашего исследования стало изучение особенности внутренней картины болезни пациентов с инфарктом мозга, а также взаимосвязи особенностей внутренней картины болезни и приверженности лечению. Объектом - личностная сфера больных инфарктом мозга. Предмет исследования: внутренняя картина болезни пациентов с инфарктом мозга.

О важности изучения субъективной стороны заболевания писал Р.А. Лурия. Им было впервые введено понятие «внутренней картины

болезни», под которым он понимал «...все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [4, с. 16]. Р.А. Лурия отмечал, что хорошее знание жалоб, переживаний и изменений личности больного так же важно для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни.

В настоящее время в качестве понятия, определяющего отражение болезни в психике человека, наиболее распространенным остается термин «внутренняя картина болезни». Это понятие охватывает разнообразные стороны субъективной картины заболевания и включает в себя как минимум четыре уровня. Чувственный уровень – это комплекс переживаемых в связи с заболеванием болезненных ощущений; эмоциональный уровень включает в себя переживание заболевания и его последствий; интеллектуальный уровень – выработка представления и знания о болезни пациентом и ее реальная оценка, размышления о ее причинах и возможных последствиях; мотивационный уровень – актуализация деятельности, направленной на выздоровление [5, с. 80].

С точки зрения психологии основу приверженности лечению составляют особенности внутренней картины болезни пациента, оказывающие большое влияние на ее формирование, как отмечает В.В. Николаева. В стационаре приверженность лечению проявляется, в частности, активной мотивированной деятельностью пациента в ситуациях, имеющих отношение к его здоровью. Важным аспектом такого мотивированного поведения при соматических заболеваниях является убежденность больных в том, что в их собственных интересах придерживаться назначенного лечения [5, с. 84].

В данной статье представлены результаты исследования, проведенного на базе нейрососудистого отделения №2 МБУЗ «Городская клиническая больница №1». Выборка включала в себя 30 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет с диагнозом «инфаркт головного мозга».

Для изучения внутренней картины болезни и приверженности лечению мы применяли комплексный метод, включающий теоретический анализ психологической литературы по данной проблеме, эмпирические методы, статистические методы обработки данных и метод качественного описания результатов. Данное исследование направлено на определение особенностей эмоционального уровня внутренней картины болезни пациентов с инфарктом головного мозга.

Изучая внутреннюю картину болезни, мы пользовались методикой «Тип отношений к болезни» (авторы Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), которая предназначена для выявления типа отношения к

болезни. По результатам исследования для пациентов с инфарктом мозга наиболее характерны такие типы отношения к болезни как анозогнозический, сенситивный и неврастенический. Для больных с анозогнозическим типом отношения к болезни характерно активное отбрасывание мыслей о диагнозе, возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Отчетливо прослеживается тенденция рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко происходит отказ от врачебного обследования и лечения. Для таких пациентов характерна легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающаяся на течении болезни. Сенситивный тип отношений к болезни характерен для больных, чрезмерно ранимых, уязвимых, озабоченных возможными неблагоприятными впечатлениями. Такие больные опасаются, что окружающие станут считать их неполноценными, вследствие налагаемых болезнью и лечением ограничений, боятся стать обузой для близких. Больные с неврастеническим типом отношения к болезни демонстрируют поведение по типу «раздражительной слабости»: вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения, которые сменяются осознанием и критическим отношением к своим поступкам. Для них свойственна также неспособность терпеливо ждать результата лечения.

На следующем этапе исследования нами была применена шкала комплаентности Мориски-Грин с целью оценки приверженности больных лечению. Мы выяснили, что 40% больных инфарктом мозга из обследуемой выборки имеют недостаточную приверженность лечению, а 60% больных – не привержены назначенному им лечению. Таким образом, можно заключить, что для пациентов с инфарктом мозга характерно несоблюдение рекомендаций врача, плана назначенного лечения и реабилитации.

В результате статистического анализа полученных данных с помощью коэффициента корреляции Пирсона была обнаружена достоверная корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями отношения к болезни и приверженности лечению. Таким образом, отношение к болезни связано со степенью приверженности лечению. Можно предположить, что чем ниже приверженность, тем более выражена дисгармоничность отношения к болезни.

Кроме того, выявлена корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями степени приверженности лечению и определенными типами отношения к болезни. Положительно коррелируют между собой низкий уровень приверженности лечению и апатический тип отношения к болезни, а также неприверженность к лечению коррелирует с анозогнозическим типом отношения к болезни и эргопатическим типом отношения к болезни.

Таким образом, можно предположить, что особенности внутренней картины болезни влияют на приверженность лечению. Для больных с низкой приверженностью и с несформированной приверженностью характерны дисгармоничные типы отношения к болезни. Можно заключить, что данные

характеристики поведенческой и личностной сферы больных имеют взаимосвязь, так как восприятие болезни пациентом является одним из факторов, влияющих на формирование приверженности лечению. Данное предположение требует дальнейшего, более глубокого изучения.

Литература:

1. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение /Ю.А. Александровский. – М., 2004.
2. Ермакова, Н.Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации /Н.Г. Ермакова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – №68. – С. 32-34.
3. Ермакова, Л.А. Динамика состояния высших психических функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения разной этиологии в левой гемисфере / Л.А. Ермакова, Ю.С. Шамуров, Л.П. Свиридова, А.Ф. Василенко // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – № 5. – С. 25-27.
4. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаранова. – М.: Мед-пресс-информ, 2008. – 560 с.
5. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – 4-е изд./ Р.А. Лурия. – М.: Медицина, 1977.
6. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику /В.В. Николаева. – М.: Издательство Московского университета, 1987.
7. Шкловский, В.М. Концепция нейрореабилитации и система организации помощи больным с последствиями инсульта /В.М. Шкловский // Инсульт. – 2003. – Вып. 9. – С. 106-108.
8. Штрахова, А.В.. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой / А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова // Вестник ЮУрГУ. – 2011. – №29. – С. 82-84.
9. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.neurology.ru/professional/Met.rekom.pdf>

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ *

Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

Беременность – это критический период в жизни каждой из женщин, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация для адаптации, период, когда актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии со своей матерью и т.п. Беременность понимается как острый переходящий период, сопровождающийся кризисными переживаниями, которые существенно перестраивают сознание женщины и взаимоотношения с миром. И особенно стрессовой считается первая беременность, являющаяся критической точкой в развитии женской идентичности, переход которой способствует внутренней и внешней интегрированности и обретению нового социального статуса (Филиппова Г.Г., Черткова И.Н., Сапарова И.М. и др.).

Говоря о проблеме беременности, следует уделить особое внимание изучению патологии, поскольку переживание беременности осложненной какой-либо дисфункцией существенно отличается от таковой при нормально протекающем процессе.

В работах Филипповой Г.Г. предлагается понятие тип переживания беременности. Это понятие включает физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, переживание симптоматики беременности, динамику переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественный фон настроения по триместрам беременности, переживание первого шевеления, переживание шевелений в течение всей второй половины беременности, содержание активности женщины в третий триместр беременности. В исследовании предложена эмпирическая типология типов переживания беременности, основанная на содержании эмоционально-смыслового отношения к ней, показано наличие закономерной динамики, характерной для каждого стиля, а также преемственность стилей переживания беременности и стилей материнского отношения.

Исходя из вышеизложенного, становится понятным актуальность исследования личностных характеристик беременной женщины, имеющей нарушения в протекании беременности, что позволит в перспективе сформулировать направления психологической помощи.

Выборку исследования составили беременные женщины, на втором триместре беременности, здоровые - 30 женщин и имеющие психосоматические нарушения – 30 беременных женщин на втором триместре беременности.

В качестве методов исследования были применены:

- ✓ Методика «Линия жизни» Т.Д. Василенко.
- ✓ Тест «Фигуры» Г.Г. Филиппова.

По результатам исследования мы рассмотрели различия между двумя группами беременных женщин: 1. Группа беременных женщин с нарушениями протекания беременности (экспериментальная) и 2. Группа женщин без нарушений (контрольная). Для сравнения двух групп мы применили критерий U Манна – Уитни, в том случае, когда данные

представлены в порядковой шкале и критерий χ^2 Пирсона, в том случае, когда данные представлены в номинативной шкале.

Мы проанализировали показатели жизненного пути личности по методике «Линия жизни» Т.Д.Василенко: точка настоящего, временная ориентация и общее количество событий. Статистически значимые различия были обнаружены по показателю точка настоящего, на высоком уровне статистической значимости, при $p=0,000$, при этом оценка настоящего в группе беременных женщин без психосоматических проявлений выше. По показателям временная ориентация и общее количество событий статистически значимых различий обнаружено не было, но мы видим более позитивные тенденции в группе беременных женщин без нарушений.

Анализируя систему значимых событий беременных женщин с нарушениями и без таковых, в структуре целостного жизненного пути укажем на ряд негативных тенденций. В ситуации с нарушениями, по сравнению с ситуацией нормы, мы отмечаем, что женщины оценивают свой настоящий этап жизни гораздо негативнее, чем здоровые, переживают его как отрицательное событие жизни, в то время как женщины без психосоматического расстройства оценивают свое настоящее как положительное. Данная оценка свидетельствует о принятии роли больного, а не роли будущей матери. Женщина ожидающая ребенка пережив ситуацию невозможности реализации социальной роли матери испытывает тревогу относительно будущего, будущее во многом вызывает у нее опасения, смыслы событий более негативны и их значимо меньше.

Анализируя распределение типов готовности к материнству по методике «Фигуры» Г.Г. Филипповой мы отмечаем значимые различия в группах, при $p=0,044$. При этом в группе беременных женщин без психосоматических проявлений отмечается преобладание адекватного типа готовности к материнству, а в группе беременных с нарушениями игнорирующего.

В ситуации беременности, без нарушений преобладает адекватный стиль готовности к материнству, что свидетельствует об идентификации беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций. Это состояние является наиболее оптимальным для развития готовности к материнству и характеризуется наличием интересов и направленностью на беременность, на образ ребёнка. Смыслообразующим мотивом для беременной женщины в норме является обеспечение адекватных условий для развития ребёнка. В случае наличия у женщины осложнений беременности также значимое место занимает тревожный стиль переживания беременности. Подобное состояние не является нормальным и не способствует адекватному протеканию беременности, ведет за собой нарушения в системе отношения к членам семьи и будущему ребенку. В случае наличия тревожного стиля, можно говорить о наличии тревоги и страха, беспокойства, связанного со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период. Этот стиль переживания беременности обусловлен

противоречивым отношением к беременности. Если же у беременной женщины отмечается игнорирующий стиль, что является самым негативным вариантом переживания беременности, то можно говорить о резких отрицательных эмоциях. Выражена психосоматическая симптоматика и негативно физически и эмоционально окрашена. Переживание беременности как кары, помехи. Имеет место отсутствие способности беременной женщины обеспечивать оптимальные условия для развития ребёнка, несформированность образа ребёнка, интересов и ценностей ребёнка. Беременность как качественно новый этап в жизни женщины не является основной деятельностью, и даже не принимается женщиной, что проявляется и в системе нарушенных семейных отношений.

В качестве выводов по результатам проведенного исследования укажем, что беременные с психосоматическими расстройствами на втором триместре беременности имеют ряд специфических, отличных от ситуации нормы, особенностей готовности к материнству в контексте жизненного пути личности.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно утверждать, что тип переживания беременности необходимо рассматривать в контексте целостного жизненного пути беременной женщины, из чего должны вытекать специфические особенности психологической помощи беременным женщинам с нарушениями протекания процесса беременности.

Литература:

1. Айвазян, Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности / Е.Б. Айвазян. – Автореф. канд. психол. наук., М. МГУ, 2005.
2. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности / В.И. Брутман, М.С. Радионова, // Вопросы психологии. – 1997. – № 6. – С. 38 – 47.
3. Брутман, В.И. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №1. – С.59-68.
4. Брутман, В.И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – №3. – С.110-118.
5. Василенко, Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т.Д. Василенко. – Курск, КГМУ, 2011.
6. Василенко, Т.Д. Принятие роли матери: клинико-психологический анализ / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина. – М.: «Форум», 2011.
7. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. – №5. – С.18-27.
8. Филиппова, Г.Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности /

ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ*

Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

*Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Качество раннего контакта матери и ребёнка в системе психосоциальных факторов, как условие сохранения здоровья», проект № 14-06-00085

Родившийся ребенок, уже является частью диады, второй половиной которой является мать. Мать формирует у ребенка его будущую личность, способную противостоять изменениям среды и бороться со стрессами. В этом основополагающую роль играет привязанность, возникающая между младенцем и его матерью. Дж. Боулби и Д. Штерн выделяют наличие у младенца особой потребности в контакте с матерью, качество которого зависит от определенных личностных характеристик матери и которое оказывает одно из определяющих значений на развитие чувства безопасности, защищенности и доверия, что в свою очередь сказывается на дальнейшем психическом развитии ребенка [1, 3]. В отечественной психологии также подчеркивалась значимость раннего контакта в работах М.И. Лисиной и Р.Ж. Мухамедрахимова, которые выделяли значимость эмоциональных отношений, возникающих между матерью и ребенком [2]. При этом многие, в том числе и вышеназванные, авторы подчеркивают взаимосвязь раннего контакта, семейных отношений в целом и соматического и психического здоровья детей различного возраста.

Мы выдвинули проблему о специфике супружеских отношений в ситуации соматического заболевания у ребенка.

В качестве методов мы воспользовались методикой «Опросник ПЭА (понимание, эмоциональное притяжение, авторитетность) А.Н. Волковой, которая позволяет изучить специфику семейных отношений.

В исследовании принимали участие женщины в возрасте 18-28 лет и их младенцы до 1 года. Общее число испытуемых составило 40 пар (20 пар – со здоровым ребенком, 20 пар – с ребенком, имеющим соматическое заболевание). В исследовании участвовали лишь полные семьи. Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская детская городская поликлиника №8».

Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 8.0

В ходе проведения исследования, мы рассмотрели особенности супружеских отношений у мам, имеющих детей с соматическим заболеванием, и мам, у которых здоровые дети.

Анализируя полученные данные, приведенные в таблице были обнаружены различия на достоверном уровне статистической значимости, по критерию «Понимание» при $p=0,026$. Можно сделать вывод о том, что уровень понимания в супружеской паре, имеющих здорового ребенка выше (24 балла), чем в парах, у которых больной ребенок (14 баллов). Эти различия могут свидетельствовать о том, что насколько высоко понимание в супружеской паре, тем они более чутки к своему ребенку, и не допускают развитие болезни.

Также нами были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости, по критерию «Эмоциональное притяжение» при $p=0,006$. Уровень эмоционального притяжения в супружеской паре, имеющих здорового ребенка значительно ниже (19 баллов), чем в парах, у которых больной ребенок (25 баллов). Данный факт говорит о том, что эмоциональное притяжение между супругами, может косвенно влиять на здоровье ребенка.

Проанализировав уровень по показателю «Уважение» в супружеских парах, имеющих здорового ребенка, и в парах, у которых больной ребенок, укажем, что статистические различия не были обнаружены $p=0,13$. Но при этом мы отметим, что уровень уважения в семьях со здоровыми детьми все-таки несколько выше: 25 баллов в здоровых семьях, против 22 баллов в семьях имеющих больного ребенка.

На основании полученных в исследовании результатов можно сделать вывод о том, что семейные отношения выступают протективными, т.е. защитными семейными факторами, способствующими сохранению соматического здоровья ребенка. Следовательно, можно говорить о важности не только медицинского лечения, но и оказания психологической помощи, которая в том числе может быть направлена на терапию семейных отношений.

Литература:

1. Боулби, Дж. Привязанность / Дж. Боулби.– М.: Академический проект, 2003.– С.345.
2. Мухамедрахимов, Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска / Р.Ж. Мухамедрахимов // Вопросы психологии 1998. – №2. – С.33-45.
3. Штерн, Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д.Н. Штерн.– СПб.,2006.– С.376.

СМЫСЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ*

Селин А.В., Смирнов Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

Бесплодие относится к числу тех патологических состояний, которые могут существенно влиять на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса. Бесплодие является состоянием, сопровождающимся эмоциональными нарушениями, но также и эмоциональные нарушения могут явиться причинными факторами возникновения бесплодия [6].

Для бесплодных женщин характерны следующие особенности: эмоциональная незрелость, пассивное отношение к конфликту, преобладание таких защитных реакций, как проекция. Психоэмоциональное состояние таких женщин характеризуется эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью, переживанием чувства обиды и несправедливости, они больше, чем женщины, имеющие детей, подвержены депрессии, испытывают чувство вины, нуждаются в социальной поддержке. В группе женщин, страдающих бесплодием, были выявлены более выраженные эмоциональные нарушения (повышенные шизоидные и истерические реакции), а также нарушение полового самосознания (женственности) [3].

Результаты исследования [2] фрустрационной толерантности показали, что при препятствии в удовлетворении потребности, в данном случае потребности в материнстве, происходит ее напряжение с формированием защитного механизма, такого как отрицание. При этом тенденция к подавлению агрессии обеспечивает социальное одобрение. В тоже время фиксация на удовлетворении потребности приводит к ригидности поведения, не позволяющей адекватно выйти из сложившейся ситуации. Социальная дезадаптация проявляется в форме пассивного ухода от разрешения ситуации фрустрации.

Также можно сказать, что эмоциональные реакции и психологическое состояние женщин с бесплодием, значительно затрудняет психологическую адаптацию в условиях длительной фрустрации (бесплодия), приводит к формированию пассивной социальной позиции, деформации социальной роли, способствует нарастанию эмоционального напряжения и ограничивает социальные контакты.

Таким образом, исходя из теоретического анализа рассматриваемой проблемы гипотезу нашего исследования можно сформулировать следующим образом – Ситуация бесплодия, негативно сказывается на различных аспектах социальной идентичности женщин.

Для решения данной проблемы мы провели исследование группы беременных женщин имеющих в анамнезе опыт лечения от бесплодия (N-24) и нормально беременных женщин, никакого негативного опыта беременности не имеющие (N-42).

Мы провели сравнение группы женщин страдающих бесплодием и группы здоровых женщин. Для статистического анализа использовался U

критерий Манна-Уитни, а также анализом средних тенденций (М) с учетом изменчивости признака – стандартное отклонение (СКО). Выявленные различия представлены таблице 1.

Таблица №1.

Обобщенная таблица различий между беременными женщинами, имеющими опыт бесплодия и нормально беременными женщинами

Показатель	p-level	Среднее лечившиеся от бесплодия	Среднее норма	СКО лечившиеся от бесплодия	СКО норма
Удовлетворенность браком	0,010093	31,5833	35,7857	6,08574	6,63889
Цели в жизни	0,000821	31,7917	36,5238	3,77612	6,27903
Результат жизни	0,000000	22,9583	29,8810	3,02855	4,37399
Рефлексивность	0,013411	6,5833	5,4286	1,41165	1,74108
Негативное прошлое	0,000002	3,1475	2,4040	0,46486	0,54830
Будущее	0,000000	2,9367	3,5833	0,42562	0,29742
Позитивное прошлое	0,000328	2,9383	3,3952	0,48723	0,43211
Фаталистическое настоящее	0,000745	3,1088	2,7207	0,39899	0,43814
Отклонение от аутогенной нормы	0,000033	12,2500	7,7381	3,77923	3,13952

**p-level – уровень статистической значимости, СКО – стандартное отклонение.*

Рассматривая детально изменения социальной идентичности женщин в ситуации излечения от бесплодия, необходимо отметить ряд негативных последствий пережитой ситуации бесплодия. Не смотря на то, что репродуктивная функция была восстановлена и женщина в настоящее время беременна, имевшийся негативный опыт оказывает значимое влияние на социальную идентичность женщин. Это находит свое отражение в системе семейных отношений, смысловых и временных аспектах идентичности, рефлексивных процессах, эмоциональной сфере и специфике принятия социальной роли матери.

Таким образом, можно сделать вывод, что будущий ребенок крайне важен для беременных женщин имеющих опыт бесплодия, но негативный опыт, и как его следствие деформированная идентичность, в большинстве случаев препятствуют полному и адекватному освоению материнской роли, формируя амбивалентное ее принятие, что требует психологического вмешательства и коррекции.

В целом необходимо отметить, что в случае восстановления репродуктивной функции социальная идентичность имеет свои специфические особенности, отличные от особенностей нормально беременных женщин и не беременных женщин страдающих бесплодием.

Отмечается деформация смысловых аспектов идентичности, выражающаяся в низких показателях целеполагания и негативном осмыслении прошлого опыта, временные аспекты идентичности отражают негативные изменения идентичности и дают возможность охарактеризовать временную перспективу беременных женщин имеющих опыт бесплодия как

несбалансированную. Эмоциональные реакции имеют тревожную окраску и общий негативный фон. Удовлетворенность с ближайшим семейным окружением низкая. Рефлексивные процессы активны и направлены на глубокое и всестороннее осознание и осмысление новой ситуации и формирование новой идентичности. Принятие социальной роли матери идет в большей степени по пути формирования противоречивого, связанного с тревожными реакциями освоения новой социальной роли – роли матери.

Литература:

1. Васильева, В.В. Психологические особенности женщин с бесплодием / В.В. Васильева, В.И. Орлов, К.Ю. Сагамонова, А.В. Черноситов // Вопросы психологии. – 2003. – №6. – С.93-98.
2. Мазурова, М.Е. Психоэмоциональный стресс, как фактор формирования гинекологической патологии у женщин / М.Е. Мазурова, М.Б. Хамошина / Психосомат. расстройства в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – Иваново, 2001. – С.186-189.
3. Гребешева, И.И. Аборт глазами женщины / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина. – М., 2002.
4. Хёсле, В. Кризис индивидуальной и коллективной идентичности / В. Хёсле // Вопросы философии.– 1994.– №10.– С. 112-123.
5. Шенкер, Дж. Стресс и бесплодие / Дж. Шенкер // Акушерство и гинекология.– 1993. – №2. – С.39-42.

ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Сильченко И.В.

Гомельский государственный университет имени Франциска
Скорины, г. Гомель, Беларусь

За последние десятилетия отмечается значительное увеличение численности молодых людей с психосоматической патологией. По разным данным в Республике Беларусь от 20 % до 40 % студентов имеют отклонения в состоянии здоровья, и число их в процессе обучения в вузе неуклонно растет. На сегодняшний день 56% студентов, обучающихся на факультете психологии и педагогики Гомельского государственного университета имени Ф.Скорины, имеют хронические заболевания, а на первом курсе их число достигает 70%. Возрастающая значимость этой проблемы требует многостороннего исследования и предупреждения факторов риска различных соматических заболеваний.

В настоящее время вновь получает широкое признание психосоматическая гипотеза о том, что хроническая агрессивность и враждебность имеют решающее значение в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний. Начало данному направлению было положено М. Фридманом и Р. Розенманом (1959), описавшими поведенческий паттерн

типа А, как существенный фактор риска ишемической болезни сердца. Поведение данного типа представляет собой феномен, включающий такие признаки, как чувство дефицита времени, тенденцию к соперничеству, враждебность, сильную вовлеченность в различные виды деятельности, напряженность и нетерпеливость, выразительную речь, быструю походку. В более поздних публикациях отмечалось, что не все составляющие поведения типа А имеют одинаковое значение при оценке риска ишемической болезни сердца, а среди наиболее патогенных факторов была выделена враждебность – как подавляемая, так и открыто выражаемая субъектом [1, с. 57].

Современные авторы аналитических обзоров единодушно отмечают, что враждебность является предиктором сердечно-сосудистых заболеваний и ранней смертности, а также прогностическим критерием неблагоприятного течения аллергических, онкологических, вирусных заболеваний и расстройств личности [2, с. 34]. Имеются публикации, посвященные роли неотреагированной (подавляемой) агрессии и враждебности в патогенезе бронхиальной астмы [3]. В недавних исследованиях, посвященных проблемам адаптации, подтверждено, что индивиды, склонные в кризисной ситуации к агрессивным реакциям, имеют определенные психосоматические симптомы. Были выявлены значимые корреляционные связи гнева с такими психосоматическими симптомами, как колебания настроения, желание заплакать; нарушение питания: чрезмерный аппетит; повышенная чувствительность к шуму; нарушения дыхания: одышка, спазмы; сонливость, повышенная потребность в отдыхе; нарушение сна: бессонница; ознобы [4]. Все это позволяет рассматривать агрессивность и враждебность в числе общих психологических факторов риска соматических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии.

Для состояния здоровья весьма важное значение имеют не только негативные эмоции, но и способы, которыми человек справляется с эмоциональными проблемами. Многочисленные клинические данные свидетельствуют о том, люди, привыкшие подавлять все негативные эмоции, в частности, гнев, больше подвержены риску психосоматических расстройств [5]. Показано, что враждебность может проявляться посредством социально-пассивного, избегающего поведения. Сдерживаемая агрессия, адресованная внешним объектам, обращаясь внутрь, вызывает вегетативный дисбаланс и создавая, тем самым, предпосылки для возникновения приступа удушья [3].

В исследованиях, проведенных в рамках аффективно–динамического подхода, разрабатываемого белорусским психологом И.Ф. Фурмановым, также в качестве основных причин формирования различных психосоматических симптомов выступают непродуктивные способы выражения гнева и агрессии. Доказано, что стратегии подавления, сдерживания и даже дозированного отреагирования гнева и агрессии являются дезадаптивными как на организмическом, так и на межличностном уровнях функционирования индивида [4, с. 127].

А.Б. Холмогоровой показано, что для пациентов с психосоматическими заболеваниями характерны особые ценностные установки, запрещающие переживание и открытое выражение гнева. Происхождение этих установок автор объясняет комплексом факторов макросоциальной (культуральные стереотипы) и микросоциальной (семейные нормы и коммуникации) среды [6].

Ф.Б. Березин, Е.В. Безносок и Е.Д. Соколова придерживаются подобной точки зрения и считают, что одной из причин увеличения интенсивности физиологических реакций при психосоматических нарушениях является недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении, которая может быть связана с выраженной склонностью к контролю поведения. Эта склонность в наибольшей мере определяется потребностью следовать принятой норме, не привлекать внимания окружающих к своим эмоциональным проблемам, выглядеть социально благополучно, сознательным стремлением соответствовать социальным ожиданиям. Контроль поведения оказывает двойственное влияние: его высокий уровень способствует улучшению социального взаимодействия и уменьшению числа фрустрирующих ситуаций и вместе с тем затрудняет адекватное отреагирование эмоций, что приводит к усилению вегетативно-гуморальной активации, нарастанию физиологических сдвигов [7, с. 47].

Затруднения в отреагировании эмоций могут быть также обусловлены внутриличностным конфликтом, который с одной стороны, усиливает фрустрацию и тревогу, а с другой — препятствует осознанию эмоций и приводит к блокаде отреагирования каждой из них. Из многообразия психологических защит, существенных для формирования психосоматических нарушений, психологи выделяют соматизацию тревоги, в результате которой тревога связывается с соматическими, а не с психологическими факторами. Соматизируясь, тревога обретает конкретность, перестает связываться с жизненными событиями. Возникающие трудности относятся на счет физического здоровья, в результате чего уменьшается тревога, обусловленная трудно разрешимыми проблемами, появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать несостоятельности перед лицом требований среды. Таким образом, соматизация тревоги обеспечивает социально приемлемый выход из трудно разрешимых и эмоционально значимых проблем, перенося центр тяжести с этих проблем на телесные ощущения [7, с. 49].

Дифференцированный подход к оценке психологических аспектов болезни помогает определять в каждом конкретном случае степень и направленность психокоррекционных мероприятий. Выделение агрессивности и враждебности в качестве этиологических факторов риска психосоматических заболеваний открывает возможности целенаправленной психокоррекционной работы с людьми, характеризующимися

выраженностью данной симптоматики и недостаточной способностью к адекватному отреагированию эмоций в поведении. Особенно актуальным это является в более ранних возрастах, например, подростковом и юношеском, т. к. дает возможность определить адресный характер превентивных мероприятий, направленных на сохранение здоровья подрастающего поколения.

С целью разработки психокоррекционной программы, направленной на формирование навыков регуляции и управления указанных эмоций и моделей поведения, нами было проведено исследование особенностей враждебности и агрессивности у молодых людей с психосоматическими заболеваниями, в котором приняли участие 97 испытуемых – студенты факультета психологии и педагогики УО «ГГУ им. Ф.Скорины».

Исследование уровня и структуры агрессивности и враждебности у студентов с психосоматикой проведено с использованием методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (в адаптации А.К. Осницкого).

Полученные результаты показали, что испытуемые с психосоматическими заболеваниями характеризуются достоверно более высокими, чем в норме, показателями агрессивности и враждебности. Наиболее высокие показатели отмечены по следующим шкалам: раздражительность (9,7 баллов) – у 65% испытуемых; подозрительность (10,2 балла) – у 80% испытуемых; негативизм (4,8 балла) – у 80%; косвенная агрессия (4,3 балла) – у 66%; «чувство вины» (5,6 баллов) – у 67% испытуемых. При этом показатели прямых и открытых форм агрессии по шкалам «вербальная и физическая агрессия» в данной выборке незначительно отличаются от нормативных и только у 26 % испытуемых, что свидетельствует о склонности данной категории испытуемых к накоплению агрессивного и враждебного потенциала при выраженном ограничении его проявления.

Для формирования навыков регуляции и управления агрессивными и враждебными моделями поведения нами была разработана психокоррекционная программа, которая включала в себя обучение контролю над своими эмоциями и способами выражения негативных чувств без вреда для окружающих людей; развитие умений обнаружить корни своего гнева (иррациональной агрессивности) в определенных ситуациях, предъявлять партнеру по общению свои чувства через их проговаривание и приглашение к сотрудничеству; формирование навыков снижать уровень эмоционального напряжения через физическую релаксацию, научение конструктивным способам управления агрессией.

Повторная диагностика доказала эффективность проведенной работы: произошло снижение уровня агрессивности по шкалам раздражительность у 50% испытуемых; подозрительность – у 40%; косвенная агрессивность – у 30%; чувство вины – у 10%; физическая агрессия – у 10% испытуемых.

Литература:

1. Языкова, Т.А. Поведение типа А: проблемы изучения и психологическая коррекция / Т.А. Языкова, В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1990. – № 5. – С. 56–59.
2. Ениколопов, С.Н. Враждебность в клинической и криминальной психологии / С.Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. – 2007. – № 1 (2) сентябрь. – С. 32–39.
3. Охматовская, А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): автореф. ... дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / А.В. Охматовская; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 2001. – 42 с.
4. Фурманов, И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И.А. Фурманов. – СПб.: Речь, 2007. – 480с.
5. Изард, К. Эмоции человека / К. Изард. – М.: МГУ, 1980.– С. 252–334.
6. Холмогорова, А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. ... дис. докт. психол. наук: 19.00.04 / А.Б. Холмогорова; Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – М., 2006. – 45 с.
7. Березин, Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Российский медицинский журнал. 1998. – № 2. – С.43–49.

**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ
АДАПТАЦИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ
ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

Соболев В.А., Ярославская М.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента
здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия

Целью исследования явилось изучение личностных особенностей и репертуара стресс-преодолевающего поведения больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции (ЭБИ) и шизоаффективного расстройства. Характеристика групп обследованных и методы исследования: в исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 21 до 49 лет. Основная группа включала в себя 15 пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции в стадии обострения и шизоаффективного расстройства (МКБ 10: F25). Больные были приняты на лечение в отделения ПКБ № 12 г. Москвы по рекомендации к.м.н., врача аллерголога-иммунолога Хорошиловой Н.В. Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и

микробиологии им. Г.Н. Габричевского. Все пациенты проходили первичное психологическое консультирование и диагностическое исследование у к. психол.н., клинического психолога М.А. Ярославской. Жалобы пациентов при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства сводились к головным болям, ощущениям слабости, усталости, учащению простудных заболеваний, поражению кожного покрова пузырьковыми высыпаниями, с большей концентрацией, в области верхней и нижней губы, слизистой рта, половых органов, увеличению лимфатических узлов, повышению температуры тела; со стороны психики, вышеописанные особенности, дополнялись такими симптомами, как: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, подозрительность, тревожность, чувство «сделанности мыслей», их «открытости». Средний возраст пациентов составил – $43,4 \pm 15,3$. С целью получения усредненных значений по методикам, вторую группу составили 15 условно здоровых человек, средний возраст – $41,5 \pm 16,2$. Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. Для изучения личностных особенностей применялась методика СМИЛ Л.Н. Собчик, 2002. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана, 2009. Для оценки степени истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости использовался опросник потерь и приобретений персональных ресурсов (ОППР) Н. Е. Водопьяновой, М.В. Штейн, 2009.

Статистическая обработка результатов исследования: при статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна—Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Результаты тестирования и их обсуждение: в ходе исследования было установлено, что у больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства отмечается высокий уровень социально-психологической дезадаптации. Личностный профиль пациентов характеризуется преобладанием навязчивых переживаний, эмоциональной лабильности, склонности к реакциям раздражения и напряженности, неустойчивой самооценке, эгоцентризму, ипохондризацией, болезненной сосредоточенности на своем самочувствии, высоком уровне тревожности, повышенной утомляемости, ощущениях опустошенности, усталости и угнетенности, потребности в отходе и ограничении социальных контактов. У больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и

проблемными ситуациями. У пациентов с коморбидным течением ЭБИ и шизоаффективного расстройства отмечается разбалансированность функционирования эмоционального, когнитивного, поведенческого компонентов coping. Для больных в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные, они недооценивают значимость возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций, проявляют недостаточную целенаправленность и рациональную обоснованность поведения в проблемной ситуации, предрасположенность к эмоциональной лабильности, внешнеобвиняющим реакциям, раздражительности, тревожности, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Результаты исследования ресурсности личности выявили низкий уровень ресурсности в группе пациентов с коморбидным течением ЭБИ и шизоаффективного расстройства, что указывает на выраженную стрессовую уязвимость, недостаточную удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними – интерперсональными переменными.

Выводы: 1. Личностные характеристики, такие как: навязчивые переживания, склонность к реакциям раздражения и напряженности, ипохондризации, болезненная сосредоточенность на своем самочувствии, потребность в отходе от социальных контактов, а также ограниченность репертуара стресс-преодолевающего поведения, больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства способствуют их социально-психологической дезадаптации. 2. Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы в построении профилактических и медико-психологических разделов программ лечения и реабилитации, оценки их эффективности в системе оказания помощи и улучшения качества жизни больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством. 3. Изучение личностных особенностей и психосоциальной адаптации пациентов с коморбидным течением ЭБИ и шизоаффективного расстройства позволяет индивидуализировать подход к лечению, более точно определить «мишени» для психотерапии и выявить сохраненные психологические личностно-средовые ресурсы для совладания с болезнью. 4. Результаты работы позволяют выработать рекомендации по развитию навыков адаптивного совладающего с заболеванием поведения больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством. 5. Результаты исследования могут использоваться в практической работе клинических психологов, врачей–психиатров, врачей–терапевтов, врачей–аллергологов, врачей – иммунологов, а также применяться в учебном процессе вузов, осуществляющих подготовку и последипломное дополнительное образование клинических психологов и врачей лечебного профиля.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ С КОГНИТИВНОЙ СФЕРОЙ ЛИЧНОСТИ

Станибула С.А.

Гомельский государственный университет имени Франциска,
г. Гомель, Беларусь

В научный оборот термин «копинг» (от англ. coping – совладание, преодоление) был введен L. Murphy и означал «некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной» [1]. В нашей работе рассмотрим взаимосвязь копинг-поведения с когнитивной сферой личности.

Ряд авторов рассматривает феномен «копинга» как тенденциозный динамический процесс психики по устранению проблем с целью оптимизации эмоционального состояния. В частности в таком контексте рассматривал копинг R.S. Lazarus определяя его как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности» [2,с.34].

H. Weber. определяется «копинг» как стратегию действий предпринимаемых человеком в ситуациях психологической угрозы в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе физическому личностному и социальному благополучию [3].

Такие авторы как D. Maxwell, R.F. Mollica, B. Cardozo понимали «копинг» как широкий комплекс навыков необходимый для качественного управления обстоятельствами любой степени сложности [4, 5].

Копинг-поведение в работах многих авторов рассматривается в концепции стресса. В частности Т.Л. Крюковой определяла копинг-поведение как способ позволяющий «субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Это сознательное поведение направлено на активное взаимодействие с ситуацией - изменение ситуации (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю). Если субъект не владеет этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для его результативности и здоровья» [9].

Е.П. Белинская под копингом понимала «индивидуальный способ взаимодействия с трудной ситуацией (внешней или внутренней), определяемый ее субъективной значимостью для человека, с одной стороны, и его собственными психологическими возможностями, с другой, а понятие «совладающее поведение» может обозначать очень широкий спектр

активности человека – от бессознательных психологических защит до целенаправленного преодоления кризисных ситуаций» [7].

В современной психологической науке ярко выражены следующие направления в теоретико-методологическом обосновании совладающего поведения.

Диспозиционное направление понимает под копинг-поведением устойчивое личностное образование обуславливающее реакцию на стрессовое событие. В частности L. Murphy выделял взаимосвязь копинг поведения с индивидуально-типологическими особенностями личности [1].

Е.Р. Исаева в частности выявила взаимосвязь совладающего поведения с когнитивной сферой личности, ее исследования больных шизофренией достаточно детально показали, что репертуар копинг-стратегий у больных данной категории «имеет свои особенности, заключающиеся в более частом использовании одних копинговых стратегий и дефиците других. Определенно влияние поведенческих особенностей на приспособительное поведение в частности «пациенты с социальным типом приспособительного поведения редко прибегали при разрешении проблем к эмоциональным копинг-стратегиям Больные с дезадаптивными типами приспособления (пассивный и морбидный) в большей степени, чем другие, использовали эмоциональные способы совладания. Стратегия избегания решения проблем характеризовала больных с искаженно-деятельным приспособлением. Пациентов с защитно-ограждающим типом приспособительного поведения отличало стремление сохранять и поддерживать самооценку при отсутствии собственных усилий, направленных на решение проблем» [8].

И.М. Никольская и Р.М. Грановская определяли, что дети младшего школьного возраста с низким уровнем интеллекта чаще используют социально неодобряемые стратегии аффективного характера [10].

С.А. Хазова подчеркивала, что лица с высоким уровнем интеллектуального развития использовали более широкий набор копинг-стратегий и в большинстве случаев успешно справляются со стрессовыми ситуациями [11]. Таким образом, установлена четкая взаимосвязь совладающего поведения с когнитивной сферой личности. Можно говорить о том что люди с низким интеллектуальным уровнем используют более ригидную и предсказуемую систему совладающего поведения.

П.Л. Хьюитт, Г.Л. Флетт, П.Т. Коста, М.Р. Сомерфелд, Р.Р. Маккраэ и другие исследователи отмечали влияние таких личностных черт как оптимизм, негативная аффективность, враждебность, нейротизм, локус контроля. В частности была выявлено, что люди с высоким уровнем нейротизма используют дезадаптивный стиль совладания со стрессом[6].

Существенной концентрацией современных исследований влияние когнитивной сферы личности является концепция соответствия когнитивной оценки и совладания («the-goodness-of-fit test» – the fit between the appraisal of controllability and coping; Conway, Terry, 1994; Park, Folkman, Bostrom). Согласно основным положениям данной концепции на выбор более

продуктивного копинг-поведения влияет особенность когнитивной оценки в частности возможность совладания со стрессами снижается, если отмечается несоответствие когнитивной оценки и совладания. Выбор ориентированных на решение проблемы стратегий совладания, соответствующих оценкам способности контролировать задачу, часто приводит к более благоприятным результатам совладания.

Таким образом, в результате анализа современных психологических исследований установлена взаимосвязь копинг-поведения с когнитивной сферой личности. Выявлено что люди с низким уровнем интеллекта выбирают социально неодобряемые, дезадаптивные копинг-стратегии для преодоления различных стрессовых ситуаций.

Литература:

1. Murphy, L. Coping vulnerability and residence in childhood – coping and adaptation / L. Murphy. – N.Y., 1974.
2. Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. – New York: McGraw, 1966. – 258 p.
3. Weber, H. Belastungsverarbeitung / H. Weber // Z. fur Klinische Psychologic. - 1992. - Bd. 21. - Н. 1. - S. 17-27.
4. Maxwell, D. The Coping Strategies Index: Field Methods Manual / D. Maxwell, R. Caldwell. – 2d Ed. – 2008.
5. Mental Health in Complex Emergencies / R.F. Mollica, B. Cardozo [et al.] // The Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 2058-2067.
6. Endler, N.S. A Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation / N.S. Endler, J.D. Parker // J. of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 58. No. 5. P. 844 – 854.
7. Белинская, Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема [Электронный ресурс] / Е.П. Белинская // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 1(3). Режим доступа: URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.10.2015).
8. Исаева, Е.Р. «Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией». Автореф... дисс. 1999. – 35с.
9. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения / Т.Л. Крюкова. – Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2004.
10. Никольская, И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. – СПб.: Речь, 2000.
11. Хазова, С. А. Роль когнитивных факторов в совладании с жизненными трудностями. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / С.А. Хазова, / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 474 с. (Интеграция академической и университетской психологии).

КАРТИНА НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Туровская Н.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница
«Центр психического здоровья детей и подростков»,
г. Волгоград, Россия

Актуальность выявления особенностей психического развития детей, перенесших в анамнезе или хронически страдающих пароксизмальными состояниями определяется, в первую очередь, широкой распространенностью в детской популяции данной нервно-психической патологии. Распространённость судорог у детей составляет 17–20 случаев на 1000 детского населения. Наибольшее количество судорог отмечают в возрасте от 1 до 9 лет [2].

На нарушения психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе указывали многие отечественные и зарубежные ученые [1, 3, 6, 9, 10 и другие].

К сожалению, в настоящий момент, существует недостаточное количество исследований, посвященных изучению закономерностей и механизмов нарушения психического развития детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе, в том числе с различной патологией электроэнцефалограммы (далее – ЭЭГ).

Цель данного исследования – выявить особенности нарушения высших психических функций у детей с патологией биоэлектрической активности головного мозга.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 107 детей в возрасте 6–10 лет и их родители (законные представители). Из них 102 человека – дети в возрасте от 6 до 8 лет. 5 человек – дети в возрасте старше 9 лет, чьи результаты рассматривались индивидуально с использованием клинико-биографического метода.

Из принявших участие в исследовании детей 59 человек (55,14% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные состояния, 12 человек (11,21% от общего количества респондентов) – эпилептиформную активность на ЭЭГ (электроэнцефалограмме) без приступов в анамнезе.

У 91,67% испытуемых от всех фактов наличия пароксизмальных состояний в анамнезе пароксизмы (в том числе, недифференцированные эпилептические реакции, фебрильные судороги и аффективно-респираторные приступы) развились на фоне преморбидной церебральной органической недостаточности. С целью исследования нарушений психической деятельности, сопряженных с действием пароксизмальных состояний, в группу респондентов были добавлены дети без пароксизмов и

эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной церебральной органической патологией. Данная группа была представлена в количестве 36 человек (33,64% от общего числа респондентов).

В качестве методов исследования использовались клиничко-биографические (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, наблюдение, анкетирование («Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005)) и экспериментально-психологические (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002)) [4, 7, 8]. Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их обсуждение. Нами было проведено сопоставление клинической картины особенностей биоэлектрической активности головного мозга (по данным ЭЭГ) и картины нарушения психических функций.

Выявление фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа (что, как правило, является признаком органического поражения головного мозга [5], по данным психологического исследования, сопровождается ослаблением регуляторного фактора ($F=5,692$; $p=0,020$), оптико-пространственного фактора ($F=5,115$; $p=0,027$), внимательности ($F=5,787$; $p=0,018$) и усилением модально-неспецифических нарушений памяти ($F=6,494$; $p=0,013$). Следовательно, органическое поражение головного мозга и сопутствующая ему ЭЭГ дезорганизованного типа сочетаются, в первую очередь, с нарушением функций третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий головного мозга. Также при данной патологии отмечается дисфункция структур первого (энергетического) структурно-функционального блока головного мозга (по А.Р. Лурии), отвечающих за поддержание адекватного тонуса психической деятельности, и при поражении которых наступает нарушение способности к фиксации модально-неспецифической информации.

Наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ сочетается с нарушением динамического праксиса ($F=3,636$; $p=0,030$), кинестетического праксиса ($F=3,307$; $p=0,041$) и способности понимания логико-грамматических конструкций ($F=3,191$; $p=0,046$).

Дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие «латентной» эпилепсии» позволил выявить статистически значимые связи между не сопровождающейся приступами эпилептиформной активностью на ЭЭГ и патологией динамического праксиса ($F=4,351$; $p=0,040$). На основании изложенных выше данных можно сделать вывод о том, что выявление эпилептиформной активности на ЭЭГ с высокой степенью вероятности сочетается со снижением функции динамического праксиса, даже в ситуации отсутствия приступов.

При этом у детей с приступами большее количество пароксизмальных состояний в анамнезе сопряжено с более выраженным нарушением данной функции ($F=3,707$; $p=0,021$).

Важно отметить, что с патологией динамического праксиса, по данным дисперсионного анализа, одинаково коррелирует любая локализация очага эпилептиформной активности на ЭЭГ (в лобных отделах – $F=6,156$; $p=0,015$; в центральных отделах – $F=7,975$; $p=0,006$; в височных отделах – $F=7,543$; $p=0,007$; в теменных отделах – $F=4,678$; $p=0,033$; в затылочных отделах – $F=6,477$; $p=0,013$; в правом полушарии – $F=7,408$; $p=0,008$; в левом полушарии – $F=5,852$; $p=0,018$).

Следовательно, эпилептиформная активность на ЭЭГ и сами судорожные пароксизмы сопровождаются дисфункцией широкой двигательной зоны (теменных и лобных премоторных отделов), а также зоны ТРО левого полушария.

Учитывая то, что у детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ диагностируется ослабление как динамического, так и кинестетического праксиса, можно сделать вывод о том, что судорожные пароксизмы, являясь одной из форм психомоторного уровня нервно-психического реагирования (Ковалев В.В., 1979), сопряжены с патологией двигательной сферы (в данном случае, произвольных двигательных функций), предупреждение и элиминация нарушений которой должны стать приоритетным направлением в процессе психологического сопровождения больного ребенка.

Сочетание особенностей локализации очага эпилептиформной активности с нарушением других (помимо динамического праксиса) высших психических функций отличается вариабельностью.

Следует отметить, что узкая локализация эпиактивности на ЭЭГ у испытуемых в процессе исследования встречалась достаточно редко. Гораздо чаще эпиактивность локализовывалась сразу в нескольких территориально соседствующих отделах коры больших полушарий головного мозга, часто отмечалось ее диффузное распространение на соседние участки, или в коре больших полушарий головного мозга отмечалось сразу несколько независимых очагов, в отдельных случаях локализация эпиактивности изменялась по мере течения заболевания.

С учетом описанных выше особенностей локализации эпилептиформной активности на ЭЭГ у испытуемых можно принимать во внимание выявившиеся причинно-следственные связи с небольшой долей условности. Однако даже такой подход позволяет обратить внимание на наличие ведущих тенденций. Как уже указывалось выше, при всех вариантах локализации эпиактивности у испытуемых отмечается нарушение динамического праксиса. Присутствие эпиактивности в лобных отделах также сочетается с патологией регуляторного праксиса ($F=5,480$; $p=0,021$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=5,343$; $p=0,023$), кратковременной зрительной памяти ($F=4,710$; $p=0,033$); в центральных отделах – кинестетического праксиса ($F=4,831$; $p=0,031$); в

височных отделах – регуляторного праксиса ($F=4,900$; $p=0,029$), кинестетического праксиса ($F=6,660$; $p=0,012$), оптико-пространственного фактора ($F=5,465$; $p=0,022$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=4,170$; $p=0,044$), фонематического восприятия ($F=3,950$; $p=0,050$); в теменных отделах – кинестетического праксиса ($F=4,720$; $p=0,032$), оптико-пространственного фактора ($F=9,303$; $p=0,003$); в затылочных отделах – слухового восприятия ($F=5,132$; $p=0,026$); в левом полушарии – оптико-пространственного фактора ($F=4,107$; $p=0,046$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=8,153$; $p=0,005$).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что как фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа, так и epileptiformная активность на ЭЭГ сопровождаются неспецифическими нарушениями высших психических функций; в первом случае связанных с функциональной недостаточностью третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий и структур первого (энергетического) структурно-функционального блока головного мозга; во втором – с дисфункцией широкой двигательной зоны (теменных и лобных премоторных отделов), а также зоны ТРО левого полушария. Локализованная epileptiformная активность на ЭЭГ сопровождается также специфической очаговой симптоматикой.

Полученные результаты требуют учета в процессе оказания больным детям психолого-педагогической помощи.

Литература:

1. Алехин, А.Н. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного воздействия / А.Н. Алехин, Н.Г. Туровская // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – №3 (47). – С. 124 – 126.
2. Баранов, А.А. Детские болезни: учебник / А.А. Баранов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 880 с.
3. Гузева, В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В.И. Гузева. – М: МИА, 2007. – 568 с.
4. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Н.Н. Заваденко.– М.: Академия, 2005. – 256 с.
5. Мисюк, Н.Н. Диагностическая эффективность и основные принципы классификации энцефалограмм / Н.Н. Мисюк // Медицинские новости.– 2006. – №1. – С. 24 – 33.
6. Туровская, Н.Г. Психическое развитие детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе [Электронный ресурс] / Н.Г. Туровская // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2015. – Т.7. – №3. – С. 82–95. URL:

<http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2015070309> (дата обращения: 26.10.2015).

7. Цветкова, Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей: методический альбом / Л.С. Цветкова–М.: Педагогическое общество России, 2002. – 96 с.
8. Ясюкова, Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство / Л.А. Ясюкова– СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2002. – 208 с.
9. Fastenau, P.S. Neuropsychologic status at seizure onset in children. Risk factors for early cognitive deficits / , P.S. Fastenau et al. // Neurology. – 2009. – Vol. 73. – № 7. – P. 526–534.
10. Ying-Chao Chang. Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing / Ying-Chao Chang, Chao-Ching Huang, Song-Chei Huang. // Chang Gung Med J. – 2008. – Vol. 31. – № 2. – P. 31–33.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ВЕДОМСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Узлов Н.Д., Шибанова М.Ю.

Березниковский филиал Пермского государственного национального
исследовательского университета, г. Березники, Пермский край, Россия

Постановка проблемы. Анализ литературы показывает, что среди многочисленного массива литературы, посвященного качеству жизни, особое место занимает аспект, касающийся медицинских работников [1; 7; 8; 11 и др.], при этом больший акцент сделан на профессии врача [6], а средний медицинский персонал в известной степени оказывается обделенный вниманием [12; 14]. Между тем, именно медицинские сестры находятся в кругу, как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, испытывая при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Все это является одним из факторов, влияющих на здоровье средних медицинских работников и качество их жизни, которое, в свою очередь, непосредственно влияет на качество оказания медицинской помощи населению [2; 9]. Проводимые в настоящее время Минздравом РФ оптимизационные реформы еще более усугубляют ситуацию, в ряде случаев делают вообще невыгодной продолжение работы в системе здравоохранения или вынуждают медработников к поиску мест с лучшими условиями труда и более высокой зарплатой (медицинские центры, частные клиники, ведомственные медучреждения и др.), круг которых пока что остается весьма ограниченным, особенно в периферийных местностях, либо усугубляют

проблему социального расслоения медицинских работников, наметившуюся еще в конце 20 века [10].

Цель настоящей работы заключается в сравнительном анализе показателей качества жизни и отношения к здоровью медсестер, работающих в муниципальных и ведомственных учреждениях здравоохранения.

Материалы и методы. Испытуемые – медицинские сестры в возрасте от 24 до 57 лет (средний возраст – 40,5 лет) муниципальных (МУЗ «Городская больница №1» и «Городская больница № 2» г.Березники) и ведомственных учреждений ООО «АВИСМА–МЕД» и ОАО «Уралкалий» (санаториев-профилакториев) в возрасте 24-57 лет (средний возраст – 41 год), каждая группа по 50 чел. Стаж работы в системе здравоохранения составлял соответственно от 3 до 35 лет и от 4 до 34 лет. 94 % обследованных первой, и 98 % испытуемых второй группы имели квалификационные категории, в т.ч. высшую – 60 и 64 %. 68% медицинских сестер городских больниц работали в суточном режиме, у 22% была восьмичасовая рабочая неделя, 10% работали по «скользящему» графику. 40% медицинских сестер ведомственных учреждений также работали по «скользящему» графику, у 44% был восьмичасовой рабочий день и 16% имели суточный график работы. Испытуемые отличались по параметру оплаты труда: заработная плата медицинских сестер, работающих в профилакториях, была в среднем в 1,5 раза выше зарплаты медсестер, работающих в муниципальных больницах. Состояли в браке 22 женщины, работающие в муниципальных больницах и 24 – в профилакториях, имели несовершеннолетних детей соответственно 24 (48 %) и 30 (60 %) чел.

В работе использовались следующие методики: специально разработанная анкета для изучения отношения к здоровью; методика «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» Р Элиотта в адаптации Н.Е. Водопьяновой [4]; тест «Отношение к здоровью» (авторы – С. Дерябо и В. Ясвин) [5].

Полученные результаты и их интерпретация. Результаты анкетирования показали, что ценность здоровья в рейтинге жизненных приоритетов медицинскими работниками оценивается достаточно высоко. Качество здоровья 62% медицинских сестер бюджетных учреждений и 68% медицинских сестер ведомственных учреждений определяется преимущественно как «хорошее с незначительными отклонениями», «удовлетворительное» – соответственно 36% и 28%, и только по двое опрошенных из обеих групп указали, что у них имеются существенные проблемы со здоровьем. В случае недомогания или болезни более половины респондентов предпочитают заниматься самолечением. Менее четверти (24 % медсестер городских больниц и 22 % профилакториев) приобщены к спортивным мероприятиям. И в той, и другой группах каждая четвертая медсестра курит и/или употребляет спиртные напитки. Среди причин, мешающих полноценно заботиться о своем здоровье, 58 % опрошенных указали на недостаток времени, 36% отметили, что «мешает лень». И те, и

другие ответили, что крайне редко читают литературу, посвященную здоровому образу жизни, а если и получают такую информацию (главным образом из сети Интернет), то лишь принимают ее к сведению, но редко следуют рекомендациям. Большинство опрошенных (до 80 %) указывали на благоприятный климат в семье и доброжелательные отношения со своими домашними. Около половины респондентов относили себя к категории низкооплачиваемых, около 90 % медсестер свою заработную плату считали недостаточной. Отметили, что помимо основной работы приходится подрабатывать 31 чел. (62%) из числа бюджетников, и только 22% (11 чел.) медсестрам ведомственных учреждений. Более 50 % опрошенных указали, что не имеют возможности отдохнуть после рабочего дня. На вопрос «Как вы проводите свой отпуск?» – около 40 % респондентов ответили, что проводят отпуск на даче или дома, примерно каждый третий или четвертый – в путешествиях, 4 чел. из числа бюджетников указали, что вынуждены в это время работать на стороне, чтобы обеспечить семью. 29 (58%) работников муниципальных учреждений и 35 (70%) – ведомственных медучреждений считают профессию медицинской сестры не престижной. 72 % опрошенных не удовлетворены условиями труда.

Опрос показал, однако, что больше половины медицинских сестер оптимистично настроены и испытывают душевный комфорт, до 20% испытывают состояние тревожности, другие описывают свое состояние как переживание хронического стресса.

Таким образом, результаты анкетирования позволяют заключить, что медицинские сестры воспринимает здоровье как одну из главных ценностей человеческой жизни, большинство из них оценивают свое состояние здоровья как «хорошее». Из результатов опроса также видно, что средний медицинский персонал предпочитает пассивный отдых активному, лишь некоторые из них приобщены к спортивным мероприятиям. В случае плохого самочувствия медицинские сестры стараются не обращаться к врачам и предпочитают лечиться самостоятельно. Четверть сотрудников имеет вредные привычки. Наблюдается высокий уровень неудовлетворенности медицинских сестер выполняемой работой, профессиональным статусом и материальным вознаграждением.

Результаты, полученные на основе методики Р.Элиотта представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели удовлетворенности качеством жизни медицинских сестер бюджетных и ведомственных учреждений здравоохранения

Показатели	Средние значения		t-критерий Стьюдента	p ≤
	Медсестры муниципальных больниц	Медсестры профилакториев		
Работа	20,2	26,5	7,14	0,0000***

Личные достижения и устремления	25,3	27,7	2,64	0,0093**
Здоровье	25,8	25,5	-0,2	0,8415
Общение с друзьями (близкими)	27,2	28,6	1,49	0,1336
Поддержка	25,1	25	-0,1	0,9203
Оптимистичность	23,2	26,1	3,40	0,0007**
Напряженность	26,7	26,2	-0,57	0,9203
Самоконтроль	25,5	28,2	- 2,46	0,0124**
Негативные эмоции	26,7	25,1	- 2,14	0,0357*

Условные обозначения: здесь и далее * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$; *** - $p \leq 0,001$

Существенные различия обнаружены по шкале «Удовлетворенность работой». Медицинские сестры бюджетных учреждений демонстрируют низкий уровень удовлетворенности трудом ($p < 0,001$), а также личными достижениями и устремлениями ($p < 0,001$). Другие различия (в границах среднего уровня качества жизни) показывают меньшую оптимистичность медработников бюджетной сферы ($p < 0,01$), меньший самоконтроль ($p < 0,01$), а также большую наполненность жизни негативными эмоциями ($p < 0,05$). Очевидно, что такая конфигурация факторов отражает специфику деятельности и мироощущение работников бюджетных медицинских учреждений: несправедливо низкая оплата труда, непрестижность профессии, психоэмоциональные и физические нагрузки, выполнение работы, не предусмотренной должностными обязанностями, недостаточная обеспеченность сестринского процесса и др.; с одной стороны – обесценивание личных достижений, что может быть индикатором синдрома профессионального выгорания [3; 13], с другой – недооценка усилий среднего медработника со стороны администрации отделения или больницы в целом; пессимистический настрой, наличие хронической усталости и сниженного настроения [7; 12].

Медицинские сестры ведомственных учреждений больше защищены в социальном плане, в т.ч. у них более высокая заработная плата, иная степень ответственности за здоровье пациентов, и более высокий уровень самоконтроля ($p < 0,01$), в сравнении с бюджетниками, что может объясняться их стремлением к безупречности ради возможности удержаться на рабочем месте, а также большее число степеней свободы в своей профессиональной деятельности.

Анализируя полученные данные в целом, можно сделать вывод, что медицинские сестры, работающие в профилакториях, в большей степени удовлетворены работой и другими сферами жизнедеятельности, что можно связать с более высоким уровнем финансирования данных учреждений,

лучшей материально-технической оснащенностью, более высокой оплатой труда, меньшими психологическими и физическими нагрузками.

В табл. 2 представлены результаты исследования по опроснику «Отношение к здоровью»

Как видно из таблицы 2 статистически значимых различий между группами испытуемых по данной методике не обнаружено. Испытуемые демонстрируют оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, средний уровень эмоционального отношения к нему. Уровень когнитивного компонента в обеих группах также на среднем уровне, что свидетельствует о несколько сниженном интересе к получению информации о своем здоровье и здоровом образе жизни.

Таблица 2

Параметры отношения к здоровью медицинских сестер бюджетных и ведомственных учреждений здравоохранения

Шкалы	Средние значения		Т-критерий Стьюдента	p ≤
	Бюджетные учреждения	Ведомственные учреждения		
Эмоциональная	6	5,9	- 0,131	0,9203
Когнитивная	5,1	5,3	0,472	0,6171
Практическая	3,6	3,9	1,397	0,1615
Поступочная	4,1	4,2	0,380	0,6892

Практический компонент применяемой методики показывает, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о здоровье, по собственной инициативе или когда они предлагаются, организовываются другими людьми. По данной шкале испытуемые обеих групп демонстрируют низкие баллы, что говорит о том, что они лишь в какой-то мере включаются в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организуют другие люди, в крайнем случае, они могут что-то предпринять, если этого потребует ситуация. Вероятно, это указывает на их тенденцию обращаться к самолечению, как это было выявлено при анкетировании. Поступочный компонент отношения к здоровью характеризует, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с существующим у него отношением. Как видно из табл. 2, у медицинских сестер не наблюдается особого стремления повлиять на других людей, чтобы те обратили внимание на свое здоровье. Отношение к здоровью остается у них «личным делом», они не стремятся как-то изменить свое окружение.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что медицинские сестры, работающие в ведомственных лечебных заведениях (профилакториях) обнаруживают определенные преимущества в показателях качества жизни в сравнении с их коллегами, работающими в муниципальных больницах, однако в общей своей массе они идеологически близки между собой в понимании значимости своего здоровья и путей его сохранения, и в практическом плане прилагают недостаточное количество усилий в этом направлении.

Литература:

1. Альбицкий, В.Ю. Качество жизни медицинских работников / В.Ю. Альбицкий, М.Э. Гурылева, М.Л. Добровольская, Л.В. Хузиева // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2003. – № 3. – С. 35-36.
2. Анализ путей по повышению качества трудовой деятельности среднего медицинского персонала / З. Х. Махаматова [и др.] // *Молодой ученый*. – 2014. – № 5. – С. 148-150.
3. Бутенко Т. В. Психическое выгорание и трудовая мотивация среднего медицинского персонала [Текст] / Т.В. Бутенко // *Молодой ученый*. – 2010. – № 11. – Т.2. – С. 157-161.
4. Водопьянова Н.Е. Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни // *Практикум по психологии здоровья/ под ред. Г.С. Никифорова*. – СПб.: Питер, 2005. – С.148-150.
5. Дерябо, С. Д. Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни / С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин // *Директор школы*. – 1999. – № 2. – С. 8-13.
6. Говорин, П. В. Социальное функционирование и качество жизни врачей / Н.В. Говорин. К.А. Бодагова // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2012. – № 2. – С. 71-77.
7. Губин, А.И. Изучение показателей качества жизни и профессиональной адаптации медицинских работников/ А.И. Губин, В.И. Евдокимов, И.М. Дерябин, Е.А. Ценных // *Главная медицинская сестра*. – 2007. – №10. – С.16-17.
8. Капцов, В.А. Труд и здоровье медицинских работников как проблема медицины труда / В.А. Капцов // *Медицинская сестра*. – 2000. – № 2. – С.25.
9. Карасева, Л.А. Качество трудовой жизни сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений / Л.А. Карасева // *Вестник Самарского государственного университета. Естественнонаучная серия*. – 2006. – № 4 (44). – С. 188-104.
10. Максимова, Т.М. Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения / Т. М. Максимова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – № 1. – С. 32-35.
11. Руженков, В.А. Качество жизни медицинских работников /В.А. Руженков, Е.Л. Сергеева, У.С. Москвитина // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. – 2013. – № 18 (161). – С.23-32.

12. Сафина, О.Г. Состояние здоровья, психологические и деонтологические аспекты деятельности средних медицинских работников: автореферат...дисс. канд. мед. наук: 14.00.33/ Сафина Ольга Геннадьевна; [Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию]. – Санкт-Петербург, 2007. – 21с.
13. Тихонова, И.В. Исследование эмоционального выгорания в контексте профессионально – личностной деформации медицинских сестер/ И.В. Тихонова // Журнал главной медицинской сестры. – 2005. – №6. – С.30.
14. Чепель, В.А. Взгляд на проблему здоровья сестринского персонала /В.А. Чепель, Л.Ф. Солонкина // Мать и дитя. – 2002. – №3. – С. 39-40.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КОМПЛАЙЕНСА ПАЦИЕНТОВ

Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А, Бородавко О.А.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН
Украины», г. Харьков, Украина

Проблема соблюдения пациентами назначенного лечения возникла вместе с медициной и по сей день не утрачивает своей актуальности. В настоящее время существует множество работ, посвященных изучению комплайенса различных категорий больных [2, 3, 5, 8 – 13]. Большинство из них направлены на констатацию его фактического уровня при той или иной патологии и выявление различных факторов, способствующих его повышению, либо снижению [2, 3, 5, 11 – 13]. Вместе с тем практически отсутствуют исследования, направленные на изучение сущностных характеристик комплайенса как сложного психологического феномена, механизмов его формирования и закономерностей функционирования, открывающие новые перспективы в контексте коррекции приверженности пациентов назначенному лечению.

Целью данной работы было на основе систематизации и обобщения эмпирических данных об особенностях комплайенса пациентов разработать его структурно-функциональную модель.

Методологическую основу для создания структурно-функциональной модели комплайенса составили психологическая теория деятельности А. Н. Леонтьева [4], теория функциональных систем П. К. Анохина [1] и концепция психологической системы деятельности В. Д. Шадрикова [7].

В теории А. Н. Леонтьева деятельность рассматривается как «молярная», «не аддитивная» единица жизни субъекта, опосредованная психическим отражением. «Деятельность – это не реакция и не совокупность реакций, а система, имеющая строение, свои внутренние переходы и

превращения, свое развитие» [4, с. 43]. Деятельность человека имеет сложную структуру, основными единицами которой являются отдельные (особые) деятельности; действия и операции. При этом выделение этих единиц осуществляется в соответствии с определенными критериями. Так, критерием выделения отдельной деятельности выступает ее мотив, который в терминологии А. Н. Леонтьева рассматривается как опредмеченная потребность. Критерием выделения действия выступает цель – идеальный результат деятельности. Мельчайшей единицей деятельности является операция, то есть способ реализации действия. Анализируя понятие действие и операция, А. Н. Леонтьев отмечает, что они часто неразделимы, однако в контексте психологического анализа деятельности их разделение является необходимым. Так, действия соответствуют целям, операции – условиям. Также подчеркивается, что процесс формирования операции является принципиально отличным от процесса формирования действий (образование целей). «Генезис действия лежит в отношениях обмена деятельностями; всякая же операция результат преобразования действия, что происходит в процессе его включения в иное действие и наступающей его «технизации»» [4, с. 57]. Вместе с тем, операция неотъемлема от действия, как и действие неотъемлемо от деятельности.

А. Н. Леонтьев также отмечает, что деятельность представляет собой процесс, в ходе которого постоянно происходят трансформации ее составляющих. Так, деятельность может потерять мотив, который вызвал ее к жизни, и превратиться в действие, реализующее другую деятельность. Действие может трансформироваться в способ достижения цели, в операцию, способную реализовать различные действия [4]. Этот механизм развития действия был назван «сдвигом мотива на цель».

Таким образом, согласно теории А. Н. Леонтьева, в общем потоке деятельности, который образует человеческую жизнь в ее высших, опосредованных психическим отражением проявлениях, выделяются, во-первых, отдельные (особые) деятельности – по критерию побудительных мотивов. Во-вторых, действия – процессы, которые подчиняются сознательным целям. В-третьих, операции, которые непосредственно зависят от условий достижения конкретной цели. При этом, с одной стороны, деятельность выступает как целостность, которая существует в форме совокупности действий, реализуемых через операции, с другой – каждая из выделенных единиц деятельности представляет собой самостоятельный процесс, существующий за пределами конкретной деятельностью. Такой подход к структуре деятельности позволяет предположить, что и сама деятельность, и каждый из ее компонентов представляют собой своеобразную функциональную систему.

Согласно определению П. К. Анохина, системой может считаться только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, взаимодействие и взаимоотношение которых имеют характер «взаимосодействия», направленного на получение фокусированного

полезного результата [1]. «Конкретным механизмом взаимодействия компонентов является освобождение их от избыточных степеней свободы, не нужных для получения данного результата, и, наоборот, сохранение всех тех степеней свободы, которые способствуют получению результата. В свою очередь, результат через характерные для него параметры и механизмы обратной афферентации имеет возможность реорганизовать систему, создавая такую форму взаимодействия между ее компонентами, которая является наиболее благоприятной для получения именно запрограммированного результата» [1, с. 72]. Таким образом, ведущими в построении функциональных систем выступают закон результата и закон динамической мобилизации структур.

Кроме того, большое значение имеют положения об иерархической организации функциональных систем и механизмах взаимодействия систем различного уровня организации. Так, было показано, что все функциональные системы, независимо от уровня своей организации и количества составляющих компонентов имеют одну и ту же функциональную архитектуру, в которой результат является системообразующим фактором, а иерархия систем, по сути, является иерархией результатов каждой из подсистем предыдущего уровня [1]. Таким образом, опираясь на закон результата и тот факт, что результат возникает раньше самой системы в форме идеальной модели, можно предположить, что формирование функциональных систем осуществляется «сверху вниз», когда суперсистема «формирует» системы низшего уровня в соответствии с тем, какой именно «суперрезультат» должен быть получен. При этом результат, на который направлена суперсистема, достигается не просто в процессе поэтапного контакта результатов более мелких систем, а имплицитно присутствует в параметрах их результатов и является наиболее значимым критерием оценки их эффективности.

Исходя из этого, основные единицы деятельности можно представить в виде иерархически организованных функциональных систем, наиболее общей из которых является собственно деятельность, а действия и операции выступают подсистемами низшего уровня. Такой подход в целом не противоречит основным положениям теории А. Н. Леонтьева о структуре деятельности, однако позволяет более четко проследить функциональные взаимосвязи между ее компонентами.

Так, системообразующим фактором деятельности выступает общая цель, действия – отдельная цель, выходящая из общей, а операции – задача как цель, данная в конкретных условиях деятельности. При этом и отдельные цели, и задачи формируются в соответствии с общей целью (системообразующим фактором высшего порядка).

Переходя к рассмотрению модели комплайенса, необходимо отметить, что он возникает, развивается и функционирует в рамках специфического вида деятельности человека, которая направлена на восстановление здоровья. Соответственно, ведущим ее мотивом, который, будучи осознанным,

приобретает статус общей цели, является выздоровление (или максимально возможное восстановление здоровья). Безусловно, ценность здоровья имеет чрезвычайно высокую значимость, т.к. от него во многом зависит качество и продолжительность жизни человека. Вместе с тем, по своему содержанию эта ценность в определенной степени является «относительной» в том смысле, что служит условием для реализации других жизненных целей и ценностей. По определению ВОЗ, здоровье представляет собой такое состояние человека, которое «характеризуется, во-первых, отсутствием болезней и, во-вторых, полным физическим, умственным и социальным благополучием» [6, с. 22]. Болезнь рассматривается как «нежелательные сбои и пагубные по своим последствиям изменения в разных системах человека, нарушающие нормальное функционирование и снижающие качество и продолжительность жизни» [6, с. 27]. Такое определение здоровья из-за отсутствия болезни, на наш взгляд, наглядно демонстрирует особенности восприятия этого явления и наделение его личностным смыслом. Действительно, в условиях нормального функционирования, ценность здоровья для человека является достаточно абстрактной, ее субъективная значимость остается потенциальной. В условиях же нарушения здоровья, возникает и осознается потребность в его восстановлении, мотив выздоровления приобретает свою побудительную силу. В этом контексте значимость здоровья определяется «масштабом» влияния болезни на ключевые сферы жизни человека.

Анализируя понятие комплайенс в категориях теории деятельности, можно сказать, что при разных условиях и на разных этапах своего становления он может приобретать статус действия, операции, или даже отдельной деятельности. Чаще всего комплайенс представляется в виде действия, он имеет свою конкретную цель (выполнение назначений врача) и обеспечивает реализацию деятельности пациента, направленную на восстановление здоровья. В условиях благоприятного течения заболевания и осознания реальных перспектив выздоровления (при острой патологии), мотив восстановления здоровья постепенно перестает быть доминирующим в мотивационной структуре личности, приобретает статус вспомогательного (промежуточной цели) в рамках других значимых деятельностей человека. В таком случае комплайенс представляется в качестве совокупности операций. В условиях, когда цель выполнять врачебные назначения приобретает собственную побудительную и смыслообразующую силу (становится мотивом), комплайенс становится отдельной деятельностью.

Таким образом, несмотря на динамическую изменчивость, чаще всего комплайенс представляется в форме действия (действий), отвечающего деятельности, направленной на восстановление здоровья, которая, в свою очередь, является определенным условием реализации широкого спектра других деятельностей человека.

Основываясь на вышеупомянутых положениях, комплайенс можно определить как систему действий пациента, которая формируется на основе

его индивидуальных характеристик (личностных качеств, мотиваций, установок, ролевых позиций, убеждений, эмоциональных реакций), определяется особенностями заболевания и условиями лечебно-реабилитационного процесса и направлена на выполнение врачебных рекомендаций.

Для описания структуры комплайенса целесообразно использовать модель «внутреннего строения» функциональной системы деятельности. Теоретическая модель психологической системы деятельности разработана В. Д. Шадриковым на основе базовых положений психологической теории деятельности (данных, прежде всего в работах А. Н. Леонтьева и С. Л. Рубинштейна) и теории функциональных систем П. К. Анохина. Эта система построена по тому же принципу, что и физиологическая функциональная система, но при этом в своих компонентах и связях наполнена несколько иным содержанием, определяющимся, прежде всего, сознанием человека. Психологическая система деятельности включает следующие основные функциональные блоки: 1) блок мотивов; 2) целей; 3) программы деятельности; 4) информационной основы деятельности; 5) принятия решений; 6) подсистемы личностных качеств, значимых для выполнения конкретной деятельности. Выделяя такие функциональные блоки, В. Д. Шадриков подчеркивает, что их разнесенность не означает онтологической автономности [7]. В качестве основных принципов формирования системы выступает одновременная закладка основных ее блоков, а в дальнейшем гетерохронность, неравномерность и достаточность их развития. То есть, основные блоки системы деятельности возникают одновременно в начале ее генеза, а затем развиваются неравномерно и гетерохронно. Это принципиально отличает системогенетичный подход к анализу деятельности от аналитического, в рамках которого, основные ее компоненты формируются последовательно, а затем происходит их объединение в структуру путем формирования функциональных связей [7] (см.рис. 1).



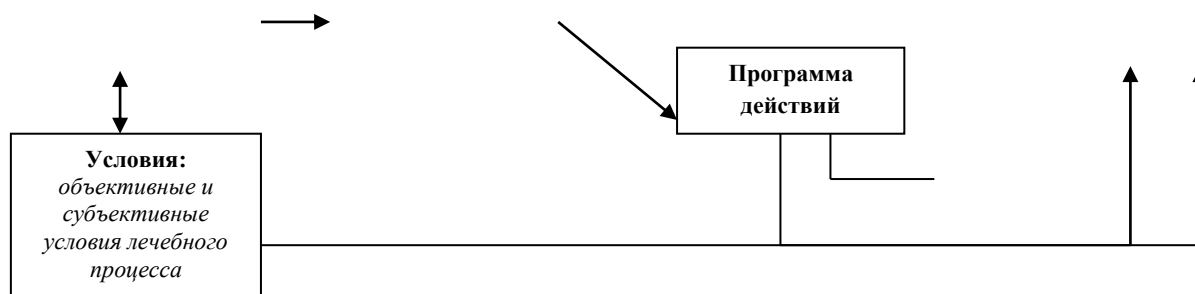


Рис.1. Структурно-функциональная модель комплайенса пациентов

Таким образом, структурно-функциональная модель комплайенса построена на базе основных положений психологической теории деятельности и теории функциональных систем и содержит такие 7 основных блоков:

1. Мотивационный блок включает мотив деятельности – выздоровление, ее отдельные цели и задачи – выполнение конкретных назначений врача.
2. Блок принятия решений о необходимости соблюдения лечебно-реабилитационной программы.
3. Блок модели ожидаемого результата включает представления, ожидания и установки больных относительно исхода лечения.
4. Блок программы действий содержит совокупность решений больного о процессе выполнения врачебных назначений и лечения вообще и образ последовательности действий, направленных на их реализацию.
5. Операциональный блок включает систему операций, обеспечивающих процесс выполнения врачебных назначений;
6. Блок контроля содержит акцептор результата действий, обеспечивающий процесс отработки основных параметров необходимого результата лечения и определения соответствия реальных результатов ожиданиям больного.
7. Блок объективных и субъективных условий и факторов лечебного процесса, к которым относятся: объективные характеристики терапевтической среды медицинского учреждения; специфика лечебно-реабилитационного процесса; объективная эффективность лечебных мероприятий; характеристики микросоциального окружения больного; клинические и социально-демографические характеристики пациента; основные психологические особенности больного и психологические составляющие лечебно-реабилитационного процесса.

Выявленные блоки тесно связаны между собой, они возникают одновременно на начальных этапах формирования комплайенса, являются неадитивными, развиваются неравномерно и гетерохронно.

Поскольку комплайенс является сложным структурно-динамическим образованием, в процессе его становления можно выделить, по крайней мере,

три этапа: начальный (начало формирования основных компонентов комплайенса), основной (окончательное формирование его уровня и типа) и заключительный (при острых заболеваниях в ситуации выздоровления пациента и отсутствии необходимости в дальнейшем лечении этот этап совпадает с завершением процесса лечения; в случае же наличия хронических заболеваний, требующих длительного лечения, иногда в течение жизни, этот этап комплайенса практически отсутствует и представляет собой пролонгацию основного этапа). Каждый из данных этапов имеет определенные особенности, специфические задачи и условия, которые играют ключевую роль для развития комплайенса именно на этом этапе. Так, на начальном этапе наибольшую значимость имеют мотивация лечения и выздоровления; межличностное доверие к врачу институциональное доверие к медицине в целом; а также особенности терапевтического альянса. На основном этапе наиболее значимыми условиями выступают: субъективная оценка эффективности лечения; мотивация лечения и выздоровления; готовность к изменению образа жизни; осознание перспективы выздоровления; межличностное доверие к врачу и особенности терапевтического альянса в целом. На заключительном этапе наиболее значимым условием формирования комплайенса является субъективная оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, предложенная структурно-функциональная модель комплайенса пациентов позволяет расширить современное понимание сущности данного феномена, его места и роли в ходе лечебно-реабилитационного процесса, а также может служить теоретико-методологической основой для разработки методов его диагностики и коррекции.

Литература:

1. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 225 с.
2. Гуревич, К.Г. *Комплаенс больных, получающих гиполипидемическую терапию* / К.Г. Гуревич, Ю.В. Белоусов // *Качественная клиническая практика*. – 2004. – № 1. – С. 67–72.
3. Данилов, Д.С. *Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты)* / Д.С. Данилов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 13–20.
4. Леонтьев, А.Н. *Деятельность. Сознание. Личность* / А. Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
5. Лутова, Н.Б. *Комплаенс и психопатологическая симптоматика* / Н.Б. Лутова // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. – 2012. – № 3. – С. 59–64.

6. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / под ред. А. Л. Журавлева, М. И. Воловиковой, Т. В. Галкиной. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. – 318 с.
7. Шадриков, В.Д. Психология деятельности человека / В.Д. Шадриков.– М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – 464 с.
8. Шестопалова, Л.Ф. Особенности комплайенса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова // Аддикция в современном научном пространстве: Междунар. научн.–практ. конф. – Курск, 2012. – С.152–156.
9. Шестопалова, Л.Ф. Комплайенс больных с алкогольной зависимостью: монография / Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная.– Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. – 156 с.
10. Шестопалова, Л.Ф. Уровневые и типологические особенности комплайенса больных с психическими и неврологическими расстройствами / Л. Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, О.О. Бородавко // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, Сер. «Психологія». – 2014. – Випуск 55, № 1110. – С. 130–135.
11. Bellack, A. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia. – 2001. – Vol. 3, № 2. – P. 136–137.
12. Chaplin, R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.
13. Chaplin, R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ИСПОЛНИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ПЕРЦЕПТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Широбокова Л.Г., Полякова Р.Ю.
г. Курск, Россия

Проблема влияния занятий музыкой на развитие когнитивных функций рассматривается многими авторами. (Беляева-Экземплярская С.Н., Белобородова В., Блинова М., Выготский Л.С., Готсдинер А.Л., Иванченко Г.В., Кодыров Р.Г., Кирнорская Д.К., Максимов В.Н., Пиличеускас А.А., Сергеева Г.П., Теплов Б.М.) Анатомо-физиологические исследования показывают изменения определенных структур головного мозга в ходе музыкальных занятий [13].

Зрение – это процесс восприятия величины, формы и цвета предметов, а также их взаимного расположения и расстояния между ними. Сенсорная

зрительная система является важнейшей из сенсорных систем человека и большинства высших позвоночных животных. Она даёт более 80% информации, идущей к коре головного мозга от рецепторов [5].

Л. С. Выготский, рассматривая тему возрастных особенностей формирования зрительного восприятия, говорил о том, что у взрослых нарушения зрительного восприятия носят характер частичного дефекта, не приводящего к нарушению уже сложившихся речевых и интеллектуальных функций [3]. В свою очередь у детей дефицит зрительного восприятия не только приводит к нарушению наглядного отражения внешнего мира, но и разрушает основу для формирования всех других психических процессов, которые строятся на базе наглядно-образной деятельности [11].

Преодолеть дефицит зрительных образов позволяет системное развитие слухового восприятия в рамках включения детей в обучение исполнительской деятельности.

Сферы прикладного применения музыки помимо жанрового разнообразия, следует рассматривать в функционально-психологическом отношении в двух направлениях. Первое связано с задачами преднамеренного воздействия на человека, повышения его работоспособности, улучшения психического и физического состояния, создания необходимого эмоционального настроения [2].

Второе имеет отношение к использованию музыки в системе новых синтетических форм существования искусства, например, в представлениях «Звук и Свет». Являясь частью светомузыкальных композиций, музыка оказывает художественное воздействие на человека в отличие от «фоновой нагрузки», например при «эстетизации звуковой среды», применения в качестве «звукового интерьера» при восприятии произведений изобразительного искусства [9].

Занятия музыкальной деятельностью не направлены только на развитие слуховых ощущений. Как музыка сама по себе многогранная, так и ее влияние на высшие психические функции человека разносторонне [7].

Занятия музыкой это особый вид деятельности. Подчиняющийся всем ее законам и правилам, сохраняя при этом свой уникальный способ взаимодействия с личностью, изменяя и развивая ее.

Исполнение музыки представляет собой особый вид деятельности. Под деятельностью понимается активность субъекта, направленная на изменение мира, на производство или порождение определенного объективированного продукта материальной или духовной культуры. Деятельность человека выступает сначала как практическая, материальная деятельность. Затем из нее выделяется деятельность теоретическая. Всякая деятельность состоит обычно из ряда актов - действий или поступков, основанных на тех или иных побуждениях или мотивах и направленных на определенную цель. Поскольку в различных условиях эта цель может быть достигнута различными способами. Но нельзя уравнивать все виды деятельности между собой. Деятельность субъекта всегда связана с

некоторой потребностью. Являясь выражением нужды субъекта в чем-либо, потребность вызывает его поисковую активность, в которой проявляется пластичность деятельности - ее уподобление свойствам независимо существующих от нее объектов. Музыкальная деятельность непосредственно связана с творческим началом, с физическим, нравственным, духовным и культурным развитием человека.

Поскольку музыкальная деятельность влияет не только на развитие моторики, но и на развитие внимания, памяти, мышления, воображения, то занятия музыкой, как деятельность, оказывают влияние на нейропсихологический статус, за счет нагрузки на определенные участки коры, отвечающие за эмоциональную переработку информации, а так же ретикулярную формацию и префронтальные зоны. Вследствие этого можно говорить о компенсаторном характере исполнительской деятельностью, за счет широкого спектра ее специфики.

Анализируя данные факты о роли музыки в жизнедеятельности человека, можно сделать вывод о комплексном влиянии музыкального искусства на развитие человека. Прослушивание, исполнение, сочинение музыкальных композиций, все это положительно воздействует на развитие высших психических функций человека.

В связи с осознанием собственного дефекта у детей с нарушением зрения возможно возникновение состояния депрессии, фрустрации, дистресса, нервно-психические отклонения и т.д., которые в ходе реабилитационной работы, по мере осознания могут сглаживаться и даже устраняться, приводя к восстановлению полноценного социального взаимодействия [12, 4, 15, 16].

На пути к устранению данных трудностей важную роль играет деятельность, способная оказать компенсаторное влияние на развитие адаптивных черт личности.

Для успешной интеграции и адаптации в обществе важнейшими качествами являются способность к установлению социальных контактов, адекватное восприятие и понимание партнеров по общению, владение способами самовыражения, облегчающими понимание со стороны окружающих, т.е. сфера социально-перцептивной компетентности. Как показывают отечественные и зарубежные исследования в области социальной психологии (Г.М. Андреева, М. Аргайл, А.А. Бодалев, Ю.Н.Емельянов, Ю.М. Жуков, В.А. Лабунская, Г.А. Ковалев, В.Н. Куницына, Г. Оллпорт, Л.А.Петровская, Н.В. Семилет, Е.В. Цуканова, П. Экман, и др.), установление первичного контакта, понимание и оценка состояния партнера по общению, формирование первого впечатления, от которого в большой степени зависит продуктивность дальнейшего взаимодействия, основывается на зрительном восприятии. Поэтому поражение зрительного анализатора приводит к изменению как в самом процессе социальной перцепции, так и в содержании и структуре образов и представлений у людей с нарушениями зрения.

Компенсация зрительной недостаточности в сфере социальной перцепции происходит на основе изменения соотношения удельного веса оптической, акустической, тактильно-кинестетической и ольфакторной систем отражения в формировании образа партнера по общению. Определяющее влияние на процесс компенсации в сфере социальной перцепции оказывает уровень развития самосознания личности, осознание своих индивидуальных особенностей, положения в системе межличностных отношений и учета их в процессе общения. Сензитивным периодом для становления социально-перцептивной компетентности является подростковый возраст, когда деятельность общения, познания окружающих выступает в роли ведущей, определяющей весь ход личностного развития человека (Л.И. Божович, Т.В. Драгунова, Д.Б. Эльконин, А.В. Мудрик и др.)

Развитие слухового анализатора положительно влияет на адаптацию людей с нарушениями зрения за счет компенсаторных механизмов недостатка зрительного гнозиса. Поскольку музыкальному восприятию свойственны такие качества как эмоциональность, целостность, образность, осмысленность, ассоциативность, избирательность, вариативность и прочие, она способна оказать положительный эффект при борьбе со стрессом, эмоциональными проблемами и помочь личности полноценно адаптироваться в социуме [6, 8, 10].

По мнению Б.Асафьева, процесс восприятия музыки есть процесс становления в сознании слушателя музыкального образа [1]. Рассматривая традиционные виды познания музыки, А. Пиличяускас отмечает, что объектом научного, музыкально-теоретического вида познания музыки являются выразительные средства музыки в широком смысле слова, результатом восприятия музыки – музыкально-слуховые представления слушателей, способствующие развитию мозговых зон, отвечающих за слух, мышление, воображение и т.д. [14]

Исследование особенностей перцептивной сферы детей с нарушением зрения показало возрастную специфику ее характера: от непосредственного в младшем школьном возрасте до семантически опосредованного в юношеском.

Перцептивная сфера юношей и девушек с нарушением зрения, включенных в исполнительскую деятельность не имеет значимых отличий от перцептивной сферы здоровых сверстников. Что может послужить основанием для предположения об отсутствии специфических компенсаторных механизмов (через слуховую, кинестетическую перцепцию) и наличии общих механизмов семантического характера.

Литература:

1. Асафьев Б. Избранные статьи о музыкальном просвещении и образовании. Изд. 2-е. / Редакция и вступ. статья Е.М. Орловой. / Б. Асафьев. – Л., 1973.

2. Бочкарёв Л.Л. Психология музыкальной деятельности. — М.: Издательство «Институт психологии РАН», 1997 г. — 352 с., илл.
3. Выготский Л.С. Психология искусства. Мн.: «Современное Слово», 1998. -480 с.
4. Гудонис В.П. Социальные и психолого-педагогические основы интеграции лиц с нарушенным зрением. Автореф. докт. дисс. -М., 1995.
5. Егоров Е.А., Епифанова Л.М., Глазные болезни [Электронный ресурс] : электр. учебник / Е. А. Егоров, Л. М. Епифанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - (Электронные учебники). - ISBN V5VLR6R9-X012 (в кор.) : 3300 т.
6. Иванченко Г.В. Психология восприятия музыки: Подходы, проблемы, перспективы / Г.В. Иванченко. – М., 2001
7. Кадыров Р.Г. Музыкальная психология: Учебное пособие/ Р.Г. Кадыров; Отв.ред. Р.Ю.Юнусов; М-во по делам культуры и спорта Респ. Узбекистан, Гос. консерватория Узбекистана. - Ташкент: Мусика, 2005. - 80 с.;
8. Кирнарская Д.К. Психология музыкальной деятельности: теория и практика: Учеб. пособие / Д.К. Кирнарская, Н.И. Киященко, К.В. Тарасова. – М., 2003.
9. Корлякова С.Г. Основы общей и музыкальной психологии. - Ставрополь, Б.и., 1998. – 176 с.
10. Максимов В.Н. Восприятие музыки: Сб. статей / Ред.-сост. В.Н. Максимов. – М., 1980.
11. Морозова Н.Г. Формирование познавательных интересов у аномальных детей. М., Просвещение, 1969
12. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. - 271 с.
13. Павлов А.Е. Коррекционно-развивающее влияние занятий музыкой на нейрокогнитивное развитие детей начальной школы: дис. канд. пс. наук / А.Е. Павлов. – Москва, 2008.
14. Пиличяускас А.А. Познание музыки как воспитательная проблема: Пособие для учителя / А.А. Пиличяускас. – М., 1992.
15. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. - М., 2000.
16. Суславичус А.И. Влияние социальных условий на формирование социальных установок и установок к себе лиц со зрительными дефектами. — Автореф. канд. дисс. Л., 1988.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В
ФОРМИРОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Шумаков А.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Современное обучение в медицинском вузе предъявляет высокие требования к студентам, в том числе к состоянию их здоровья. Повышение рейтинга здоровья в системе ценностей студентов медицинского вуза, обучение оценке качества и количества здоровья, технологиям его обеспечения, включая собственное здоровье, является необходимым условием успешности их профессиональной социализации. При этом приобщение к здоровому образу жизни как внутренней потребности должно осуществляться в условиях продолжающегося ухудшения показателей здоровья россиян и массового распространения нездорового образа жизни среди населения. Последнее также распространяется и на медицинских работников (в том числе студентов -медиков), которые, несмотря на свою профессиональную деятельность в области охраны здоровья граждан, мало уделяют времени и усилий на сохранение собственного здоровья.

Формирование здорового образа жизни студентов-медиков является также одним из направлений профессиональной подготовки врачей, в чьи обязанности входит профилактическая работа с населением, включающая, в частности, профилактику девиантных форм поведения молодёжи. Ценностное отношение к здоровью предполагает не только создание соответствующих социально-гигиенических условий для нормального обучения (труда), но и мотивацию студентов-медиков на индивидуальное формирование здорового образа жизни, что должно вписываться в программу медицинского вуза, как неотъемлемая составная часть по подготовке врача и являться предметом постоянного социального контроля и управления [2].

Специфическим для студенческого контингента, по исследованиям отдельных авторов [4], является неадекватная оценка своего здоровья и отсутствие личной ответственности за его состояние. Вызывает беспокойство низкий уровень общей и гигиенической культуры студентов, недостатки в организации питания, медицинского обеспечения, санитарно - гигиенических условий проживания и обучения в учебных заведениях.

В тоже время работы Авдеевой Н.Н. с соавт. свидетельствуют, что здоровый образ жизни является значимым для большинства студентов, имеет определённую жизненную ценность и, в целом, для современной студенческой молодёжи характерны установки на профессиональную и личностную самореализацию [1]. Однако эта ценность является недостаточно осознанной. Об этом свидетельствует тот факт, что многие студенты, считающие, что они ведут здоровый образ жизни, в реальности не придерживаются его норм; практическая реализация принципов здорового образа жизни имеет место не более чем у одной трети студентов [7].

Таким образом, совершенно очевидно, что реально представление о здоровье как благополучии у студентов находится в стадии становления. Недостаточное внимание к собственному физическому и психическому

здоровью объективно заключает угрозу для осуществления планов и установок студентов.

К настоящему времени здоровьесберегающий аспект образовательной деятельности представлен на всех основных уровнях исследования (методологическом, теоретическом, методическом): разработаны теоретико-методологические основы сохранения, укрепления, развития здоровья (Н.М. Амосов, А.А. Баранов, И.И. Брехман, В.П.Казначеев, Н.Н. Недоспасова); выделены педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования (Г.К. Зайцев, В.В. Колбанов, Л.Г. Качан, Н.К. Ковш, Е.О. Школа); определены требования к организации занятий с учетом психофизиологических особенностей занимающихся (Д. Аделсон, М.К. Акимова, В.М. Антропова, Д.И. Зелинская, В.Т. Козлова, О.В. Хухлаева). Выполнен ряд исследований, изучающих влияние общественной среды на здоровье (В.В. Бовкун, Г.М. Борисов, Р. Вайлк, П. Стоун). Проблема мотивации здорового образа жизни исследована в работах А.А. Вершининой, В.В. Кажанова, Н.К. Ковш, Т.В. Скобликовой.

Образовательная среда медицинского вуза имеет ряд преимуществ перед другими образовательными системами, заключающимися в возможности формирования общей концепции здоровья и болезни человека на всех уровнях его существования – от биологических процессов, до социального взаимодействия.

Современные инновационные технологии позволяют осуществить данный процесс максимально эффективно.

Под инновационными технологиями понимаем принципиально новые способы, методы взаимодействия преподавателей и студентов, обеспечивающие эффективное достижение результатов педагогической деятельности. Проблемой инновационных технологий занимались и продолжают заниматься большое число талантливых ученых и педагогов. Среди них И.П. Подласый, В.Д. Симоненко, В.В. Шапкин, В.И. Андреев, В.А. Сластенин и др.

Педагогическая инновация – это нововведение в области педагогики, целенаправленное прогрессивное изменение, вносящее в образовательную среду стабильные элементы (новшества), улучшающие характеристики как отдельных ее компонентов, так и самой образовательной системы в целом. Основными направлениями и объектами инновационных преобразований в педагогике являются: проектирование новых моделей образовательного процесса; разработка концепций стратегий развития образования и образовательных учреждений; улучшение подготовки педагогических кадров; обеспечение психологической, экологической безопасности учащихся, разработка здоровьесберегающих технологий обучения; обеспечение успешности обучения и воспитания, мониторинг образовательного процесса и развития учащихся; разработка учебников и учебных пособий нового поколения [9].

К инновационным технологиям обучения относятся: интерактивные технологии обучения и компьютерные технологии.

Инновационные технологии обучения, отражающие суть будущей профессии, формируют профессиональные качества специалиста, являются своеобразным полигоном, на котором учащиеся могут отрабатывать профессиональные навыки в условиях приближенным к реальным.

В настоящее время достаточно актуальными являются следующие инновационные методы обучения в вузах: применение компьютерных технологий в процессе чтения лекций и проведения практических занятий; использование интерактивного обучения; проектная деятельность; проведение тренинговых практических занятий; моделирование профессиональной деятельности в учебном процессе; игровое имитационное моделирование; использование здоровьесберегающих технологий обучения; применение телекоммуникационных технологий [9].

Использование в учебном процессе интерактивных методов обучения трансформирует роль преподавателя. Он становится менеджером учебного процесса, оказывая адресную помощь студентам в случае необходимости и формируя индивидуальные траектории изучения курса каждым из студентов [6]. При использовании интерактивных технологий в процессе чтения лекций приобретение знаний учащимися происходит при непосредственном действенном их участии. Постановка проблемы способствует активной мыслительной деятельности студента, попытке самостоятельно ответить на поставленный вопрос, вызывает интерес к излагаемому материалу, активизирует внимание. Технология проектного обучения способствует созданию педагогических условий для раскрытия творческих способностей личности студента, которые позволят ему мыслить креативно и нестандартно, независимо от будущей профессиональной ситуации. Проектное обучение предполагает стимулирование интереса студентов к определенным проблемам, предполагающим владение некоторой суммой знаний и предусматривающим через проектную деятельность решение этих проблем, умение практически применять полученные знания, развитие критического мышления [8]. Основная цель тренинговых занятий – развитие социальных навыков, навыков общения, а также совершенствование профессионально-психологических компетенций обучающихся. Тренинговые занятия позволяют расширить социально-психологические компетентности будущих специалистов, повысить уровень их взаимодействия с другими участниками процесса, сформировать позитивную направленность их личности. Моделирование профессиональной деятельности в учебном процессе предполагает выявление типовых профессиональных управленческих решений и задач, разработку на их основе соответствующих учебных ситуационных задач, совместное обсуждение предлагаемых ситуаций и выбор оптимального решения [5].

Использование здоровьесберегающих технологий обучения предполагает внедрение в образовательный процесс элементов

содержательного осмысления своего отношения к здоровью и здоровому образу жизни [8]. Многие исследователи отмечают, что для студентов поступление в высшие учебные заведения характеризуется сменой деятельности и осложнением процессов адаптации. Студенты испытывают высокую психофизиологическую нагрузку на все функциональные системы организма. Под здоровьесберегающими образовательными технологиями понимают систему, создающую условия для сохранения и укрепления физического, духовного, эмоционального, интеллектуального здоровья учащейся молодёжи. Система включает в себя физкультурно-оздоровительные, образовательные, психологические, педагогические, медико-гигиенические и другие способы, направленные на эти цели [3]. К основным элементам здоровьесберегающих технологий относят: – условия обучения (адекватность требований, адекватность методик обучения, отсутствие стресса); – рациональную организацию учебного процесса (в соответствии с возрастными, гендерными, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями); – соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям студентов; – необходимый и рационально организованный двигательный режим. Основными видами здоровьесберегающих технологий, применяемых для сохранения и укрепления здоровья студентов в российских высших учебных заведениях, являются физкультурно-спортивные мероприятия, технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности и просветительно-педагогическая деятельность. Другие виды контроля, охраны и сбережения здоровья студентов в вузах представлены гораздо слабее. В целом здоровьесберегающие технологии направлены не только на совершенствование физического, нравственного и духовного здоровья студентов, но и на формирование здорового образа жизни.

Отличительной особенностью современных стандартов высшего образования выступает компетентностный подход к ожидаемым результатам профессиональной подготовки. Перенос акцента с предметно-дисциплинарной стороны на ожидаемые результаты образовательного процесса в компетентностном формате является отражением важнейшей из мировых тенденций в развитии высшего образования.

Таким образом, на основе вышеизложенного можно сделать следующие выводы: в основе инновационных методов обучения студентов лежат современные образовательные технологии, которые помогают формировать творческий, инновационный подход к будущей профессиональной деятельности, развивать самостоятельность мышления, умение принимать оптимальные решения. Как показывает практика, использование инновационных методов в профессионально ориентированном обучении является необходимым условием для подготовки высококвалифицированных специалистов. Использование современных методов и приемов обучения пробуждает у студентов интерес к

образовательной деятельности, что позволяет формировать представления о здоровье через атмосферу мотивированного, творческого обучения.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Здоровье как ценность и предмет научного знания / Н.Н. Авдеева, И.И. Ашмарин, Г.Б. Степанова // Мир психологии.- 2000.- № 1(21).- С. 68-75.
2. Вершинин Е.Г. Мотивация ценностного отношения к здоровому образу жизни студентов медицинского вуза / Е.Г. Вершинин. Автореф. канд. наук 14.00.52. Волгоград, 2003. 21 с.
3. Ивахненко Г.А. Здоровьесберегающие технологии в российских вузах / Г.А. Ивахненко // Вестник Института социологии. – 2013. –№ 6. – С. 99-111.
4. Лавриненко Г.В. Здоровье студентов. Факторы риска заболеваний: учебному пособию / Г.В. Лавриненко. – Минск: БГМУ, 1999. - 16 с.
5. Осмоловская И.М. Инновации и педагогическая практика / И.М. Осмоловская // Народное образование. – 2010. – № 6. – С. 182 –188.
6. Скрипко Л.Е. Внедрение инновационных методов обучения: перспективные возможности или непреодолимые проблемы? / Л.Е. Скрипко // Менеджмент качества. – 2012. – № 1. – С. 76 –84.
7. Сливина Л.П. Характеристика состояния здоровья школьников, проживающих в крупном промышленном центре / Л.П. Сливина, Т.П. Лопатина, Л.К. Квартовкина // Экология детства: социальные и медицинские проблемы (Материалы Всероссийской научной конференции, 22-24 нояб. 1994 г.). - спб.,1994. - С. 106-107
8. Оринчук В.А. Практика применения инновационных образовательных технологий в высшей школе / В.А. Оринчук, В.Е. Туватова // ИнвестРегион №3/2014 58-62
9. Хасия Т.В. Педагогические инновационные технологии в вузе / Т.В. Хасия // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы междунар. Науч. Конф. (г. Уфа, июнь 2011 г.). — Уфа: Лето, 2011. — С. 120-122.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

Щербатых Ю.В.

Воронежский филиал Московского гуманитарно-экономического института
г. Воронеж, Россия

Традиционно решение проблемы долголетия искали в медицинской, социальной и экономической сферах. Считалось, что успехи медицины и

достаточные финансовые вложения в социальные программы могут привести к существенному увеличению продолжительности жизни. Однако за последние годы было установлено, что важнейшим фактором, влияющим на продолжительность жизни, является психологические факторы – такие как уровень стресса или удовлетворенность жизнью. Например, хронические и острые стрессы оказывают существенное влияние не только на развитие сердечнососудистых заболеваний, являющихся основным фактором смертности в среднем и пожилом возрасте, но, по некоторым данным, и провоцируют развитие онкологических заболеваний за счет снижения природного иммунитета [2,3,5].

К настоящему времени наличие психосоматических связей является установленным фактом. Многочисленными исследованиями доказано, что такие заболевания как артериальная гипертензия, инфаркты, инсульты, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, некоторые виды дерматитов и даже онкологические заболевания в своем патогенезе имеют длительные или острые психологические стрессы, перенесенные человеком [5,6]. С другой стороны, ряд перечисленных выше заболеваний входят в список факторов, существенно влияющих на продолжительность жизни человека. Отсюда вытекает важное следствие: профилактика психологических стрессов может явиться важным фактором снижения смертности и повышения продолжительности жизни людей [4]. В то же время, мы не можем ограничиваться только пассивными способами сокращения смертности, но должны искать дополнительные возможности увеличения продолжительности жизни, используя парадигму психосоматических связей в организме человека. Раз отрицательные эмоции и негативные установки могут снижать иммунитет и вызывать психосоматические болезни, то позитивные эмоции, оптимизм и позитивный настрой на здоровье и долголетие, увеличивают продолжительность жизни. Когда организм человека функционирует правильно, то поддержанием гомеостаза и исправлением возникающих дисфункций занимается вегетативная нервная и эндокринная система. Проблема состоит в том, что многие люди не позволяют своим системам регуляции поддерживать здоровье организма, и сами провоцируют развитие функциональных дисфункций. Напряженный труд, некомпенсированные стрессы, нездоровый режим дня, неправильное питание, вредные привычки, противоречивость жизненных целей, жесткие социальные рамки и табу – все это может разрушать наше здоровье и сокращать срок жизни человека.

Для того, чтобы жить долго и счастливо, нужно, во-первых, обрести гармонию с самим собой, во-вторых, научиться выстраивать ментальные программы здоровья и долголетия, а в-третьих, освоить навыки доступа к своему бессознательному. Гиппократу приписывают изречение, с которым он обращался к своим пациентам: «Нас трое: ты, я и болезнь. Если ты не веришь в успех лечения, значит, ты стал на сторону болезни, и я один не смогу победить вас двоих. Если же ты вместе со мной будешь бороться со

своим недугом, нас будет вдвое больше, и мы победим болезнь». Многочисленные научные исследования и клинические примеры доказывают, что нервная система человека и его сознание могут существенно влиять на глубинные физиологические процессы, протекающие в организме, укрепляя его здоровье и продляя жизнь. Человек средних лет, решивший, что старость не за горами, фактически сам ускоряет свое старение, а тот, кто чувствует себя молодым, думает как молодой и действует соответствующим образом – отодвигает старость. Конечно, не все здесь просто и однозначно, некоторые биологические процессы, к сожалению, необратимы, но то, что при помощи соответствующего психологического настроя человек может добавить себе 10-15 лет активной жизни - не вызывает сомнения [1,4].

Старость – это не столько нормальный физиологический процесс, сколько накопление генетических ошибок и следствия нарушения вегетативных процессов из-за ослабления системы нервно-гуморальной регуляции. Тело человека при этом меняется не в лучшую сторону: увеличивается артериальное давление, уменьшается количество воды в тканях, возрастает количество острых и хронических заболеваний. На первый взгляд, кажется, что это – объективный процесс, не зависящий от психики, так как число нейронов в мозге неуклонно уменьшается с возрастом, что снижает возможности систем управления. Но почему тогда, одни люди в шестьдесят лет выглядят на сорок пять, а другие в пятьдесят кажутся стариками? Это объясняется тем, что все процессы в организме находятся под контролем центральной нервной системы, которая при активном участии психики создает определенный сценарий возрастных изменений в соответствии с имеющимися у человека представлениями, традициями и ожиданиями [1]. Если данный человек полагает, что после 65-70 лет люди ходят, сторбившись и шаркающей походкой, если он считает стыдным и несуразным заниматься сексом на пенсии, если человеку кажется, что жизнь уже завершается - то именно такой сценарий и реализует его психика. Если же человек уверен, что можно жить активной, полной событиями жизнью, быть бодрым, веселым и подвижным в любом возрасте, то процесс старения будет протекать гораздо медленней, а выглядеть он будет на 10-20 лет моложе, чем его сверстники, придерживающегося предыдущего сценария.

Таким образом, алгоритм продления жизни может состоять из следующих положений: создания соответствующей программы сохранения молодости и здоровья. Второе условие долгой и плодотворной жизни – правильное поведение (питание, дыхание, движение и т.д.). Третье условие – это навыки оптимизации психологических стрессов, что является наиболее важным фактором долголетия, так как именно мелкие, повседневные и почти незаметные стрессы старят человека больше всего [4].

Литература:

1. Гласе, Дж. Жить до 180 лет / Дж. Гласе. – М.: ФиС, 1991.

2. Кориытов, Ю.Н. Эмоции, стресс, курение, потребление алкоголя и рак – корреляционные и причинные связи / Ю.Н. Кориытов // Журнал ВНД им. И.П. Павлова, 1997. – №4. – С. 627-657.
3. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и его коррекция /Ю.В. Щербатых. – СПб.: Питер, 2012.
4. Щербатых Ю.В. Как оставаться молодым и жить долго / Ю.В. Щербатых. –М.: Эксмо, 2012.
5. Cohen, L. DNA repair capacity in medical students during exam stress / L. Cohen, G.D. Marshall, L. Cheng, S.K. Agarwal, Q. Wei // J. Behav. Med. – 2000. – V.23. – N6. – P.531-544.
6. Pickering Th. The effects of occupational stress on blood pressure in men and women / Th. Pickering // Acta physiol. scand. Suppl. –1997. – V.161, Suppl. N.640. – P. 125-128.

ЧАСТЬ II
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ
ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Берёзкин Д.В.,

Российский государственный университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность изучения особенностей этих нарушений обусловлена распространенностью пограничных психических расстройств у детей с резидуально-органической патологией [1, 2, 3, 5, 7, 10]. На данный момент в литературе существуют общие описания когнитивных особенностей подобных пациентов, характеризующихся не снижением интеллекта в целом, а, скорее, его предпосылок, проявляющихся в нарушениях памяти, внимания, динамики и структуры мышления [2, 3, 6, 7, 9]. Отмечается также общее снижение возможностей адаптации, которое происходит на фоне эмоциональной лабильности, несдержанности, утомляемости [4, 6, 7]. Перечисленные поведенческие, эмоциональные и когнитивные нарушения могут приводить подобных пациентов к общей психической дезадаптации [1, 3, 6, 7, 9]. При этом распространенность и выраженность нарушений различных познавательных процессов на данный момент остаются описанными недостаточно и нуждаются в уточнении.

Методы исследования и его построение. В исследовании приняло участие 71 пациент, из них 75 % мальчиков и 25% девочек; возраст мальчиков составил 8–12 лет, девочек 8–11. У всех отмечались различные пограничные психические расстройства резидуально-органического генеза: у подавляющего большинства — неврологические нарушения на фоне перинатального периода или родов, у двоих — расстройства инфекционного происхождения, у одного — травматическое, возникшее в период раннего детства. Критерием ограничения выборки было наличие умственной отсталости; вывод о ней делался по существующим медицинским сведениям о ребенке. Все дети проходили в разное время лечение и реабилитацию в Детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург).

Целью исследования было выявление и описание нарушений познавательных функций у детей рассматриваемой группы

В исследовании особенностей внимания использовались методики Тулуз-Пьерона и таблицы Шульте. Помимо этого изучался общий когнитивный профиль: память (путем запоминания 10 слов), навыки зрительно-конструктивной деятельности и пространственного восприятия

(копирование фигуры Тейлора), мышление (исключение лишних слов, описание сюжетных изображений, толкование пословиц и поговорок).

Для проверки достоверности полученных данных применялись следующие методы математической статистики: хи-квадрат для качественных переменных, коэффициент линейной корреляции, u-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Из обработки полученных данных было установлено у большинства детей снижение переключаемости и объема внимания, а также отсроченного запоминания. Нарушения непосредственного кратковременного запоминания и концентрации внимания были менее выражены.

По характеристике переключаемости внимания по методике Таблицы Шульте у 61 % детей фиксировалось выраженное снижение, у 14 % — снижение, у 18 % — незначительное снижение; снижения внимания не отмечалось у 7 %. При этом продуктивность при концентрации внимания была снижена у 28 %, средние результаты показали 39 %, выше среднего — у 33 % детей. Снижение концентрации фиксировалось у 17 %, средние результаты — у 5 %, выше среднего — у 78 %.

По показателям памяти у 18 % пациентов фиксировалось снижение кратковременного запоминания (6-5 слов при четвертом воспроизведении 10-ти слов), у 12 % — выраженное снижение (4 и менее слов при четвертом воспроизведении 10 слов), у 70 % уровень непосредственного кратковременного запоминания соответствовал нормативным показателям. Снижение отсроченного запоминания было отмечено у 27 %, выраженное снижение — у 21 %, нормативные результаты показали 52 % детей.

По характеристике переключаемости внимания по методике Таблицы Шульте у 61 % детей фиксировалось выраженное снижение, у 14 % — снижение, у 18 % — незначительное снижение; снижения внимания не отмечалось у 7 %.

При сравнении указанных выше характеристик образовалось три подгруппы, выделенных по нозологии. В первую вошли дети с органическим эмоционально лабильным [астеническим] расстройством [F 06.06], во второй были объединены дети с диагнозами энурез неорганический [F 98.0], энкопрез [F 98.1], стереотипные двигательные расстройства [F 98.4] по принципу схожести клинических проявлений, в третьей – другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст, и эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное [F 98.8 и F 98.9]. Было показано наличие статистически достоверных различий между показателями

отсроченного запоминания у детей с астеническими расстройствами [F 06.06] и расстройствами поведения, с более высокими результатами у вторых ($u=88$ при критическом значении $u=94$, $n_1=22$, $n_2=13$ при $p=0,05$). Также были установлены различия между показателями устойчивости концентрации (темп выполнения пробы Тулуз-Пьерона), отмечаемые между пациентами с астеническими расстройствами [F 06.06] и различными стереотипиями [F 98.0], [F 98.1], [F 98.4], с более высокими результатами у второй группы ($u=113$ при критическом значении $u=128$ для $n_1=27$, $n_2=14$ при $p=0,05$).

По результатам исследования особенностей пространственного восприятия и зрительно конструктивной деятельности, а также мышления было сформировано три группы. В первой группе нарушений мышления и восприятия не отмечались. У детей второй группы фиксировались различные нарушения зрительно-конструктивной деятельности и восприятия, которые чаще всего выражались в искажении углов и размеров при копировании фигуры Тейлора, а также в структурно-топологических ошибках. В третьей группе пациентов фиксировались как нарушения восприятия, так и мышления, которые проявлялись в его динамике в форме разноплановости, а также структуры в виде вязкости/детализированности; реже отмечались нарушения арифметического счета.

Таблица

Процентное распределение детей с нарушениями пространственного восприятия и мышления, а также без них в зависимости от возраста, диагноза и формы обучения

	Часть от всей группы, %	Дети без когнитивных нарушений, %	Дети с нарушениями пространственного восприятия и зрительно-конструктивной деятельности, %	Дети с нарушениями пространственного восприятия и мышления, %
8 лет	34	0	100	67
9 лет	28	15	85	60
10 лет	17	0	100	58
11 лет	13	22	78	33
12 лет	7	0	100	40
F 06.06	39	7	93	61
F 95.0 и F 95.1	4	0	100	67
F 98.0,	14	10	90	60
F 98.1	4	0	100	67
F 98.4	7	0	100	60
F 98.8 и F 98.9	31	10	90	41

Массовая программа	62	10	90	63
Коррекционная программа для детей с ЗПР 7-го вида и с нарушениями речевого развития 5-го вида	38	11	89	44

Несмотря на различия, которые можно наблюдать в таблице, проверка достоверности с помощью критерия хи-квадрат для качественных переменных показала, что статистических различий относительно всех выделенных по формальным критериям групп не выявляется. При сравнении детей по возрастному критерию хи-квадрат составил величину $\chi^2=10,902$ при критическом значении $\chi^2=18,307$ для $p=0,05$; для групп, выделенных по нозологии, $\chi^2=2,51$ при критическом значении $\chi^2=5,991$ для $p=0,05$; по форме обучения $\chi^2=2,846$ при критическом значении $\chi^2=5,991$ для $p=0,05$.

При попытке установить взаимосвязь между возрастом и функциональными показателями ЦНС ($r=-0,2883$, $n=70$, $p=0,05$), продуктивности ($r=0,3661$, $n=67$, $p=0,05$), концентрации ($r=-0,1187$, $n=67$, $p=0,05$) и переключаемости внимания ($r=-0,4177$, $n=71$, $p=0,05$), а также кратковременным непосредственным ($r=0,2803$, $n=70$, $p=0,05$) и отсроченным запоминанием ($r=0,0774$, $n=58$, $p=0,05$) были получены низкие корреляция по большинству показателей, что указывает на слабую вероятность увеличения памяти, продуктивности и концентрации внимания в зависимости от возраста. В данном случае следует предполагать лишь возможность компенсации переключаемости внимания за счет возраста.

Выводы. Из полученных результатов следует, что у детей с пограничными психическими расстройствами наблюдаются нарушения пространственного восприятия и зрительно-конструктивной деятельности независимо от возраста и диагноза, при этом распространенность когнитивных нарушений имеет некоторую специфику. Можно говорить о том, что они несколько компенсируются с возрастом, но отсутствие статистической достоверности при сравнении групп по качественным характеристикам, а также слабые корреляции между возрастом и количественными показателями указывают на высокий уровень индивидуальной вариативности проявлений у детей всех возрастных диапазонов, рассматриваемых в данной работе.

В среднем по группе у большинства детей отмечалось снижение переключаемости внимания, а также отсроченного непосредственного запоминания. По характеристикам устойчивости концентрации и непосредственного кратковременного запоминания, снижение встречались уже существенно реже.

При сравнении количественных показателей можно говорить о том, что они по некоторым характеристикам достоверно ниже у детей с астеническими расстройствами, чем у пациентов отдельных групп. Но это не дает возможность сформировать представления, о специфике рассматриваемых в работе количественных показателей у детей различных нозологических групп.

Литература:

1. Бунтов, Ю.Я. К клинике и катамнезу нервно-психических нарушений при черепно-мозговой травме / Ю.Я. Бунтов, Л.Н. Губарь, В.И. Колкутин // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1971. – Т. 71, вып. 4. – С. 553-558.
2. Буторина, Н.Е. Типология пограничных нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза у детей младшего школьного возраста / Н.Е. Буторина, Т.Н. Колесниченко // Соц. и клин. психиатрия.– 1996. – Т. 6, вып. 1. – С. 12-16.
3. Буянов, М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков / М.И. Буянов. – М.: Рос. о-во медиков-литераторов. – 1995. – 192 с.
4. Вейц, А.Э. Дифференциальная диагностика эмоциональных расстройств у детей с неврозами и неврозоподобным синдромом, обусловленным резидуально-органической патологией ЦНС. [Электронный ресурс] / А.Э. Вейц // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 06.10.2012).
5. Головкин, Т.А. Лечебная физкультура в системе реабилитации детей с неврологическими заболеваниями и поражениями опорно-двигательного аппарата / Т.А. Головкин, Н.С. Черпунова // Санаторно-курортное лечение как этап медицинской реабилитации с психоневрологическими заболеваниями и заболеваниями нервной системы: Науч.-практ. конф. Тезисы. – СПб., 2015. – С. 5-7.
6. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: (Руководство для врачей) / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.
7. Малкова, И. Органические поражения мозга у детей / И. Малкова // *Psihologie*. – 2009. – № 1. – Р. 55–68.
8. Международная классификация болезней (десятый пересмотр). СПб.: Аддис, 1994.

9. Мнухин, С.С. О клинико-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей / С.С. Мнухин // Труды Ленингр. педиатр. мед. ин-та. – Л., 1961. – Т. 25. – С. 67–77.

10. Пронина, Л.А. Эпидемиология психических расстройств у детей. [Электронный ресурс] / Л.А. Пронина // Трудные дети. – М., 1999. – URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm> (дата обращения: 15.10.20).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА И МОТИВАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Благочева И.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Процессы, происходящие в современном российском обществе, обострили проблему оптимизации стратегий сохранения, развития здоровья человека и формирования здорового образа жизни. Особого внимания в этом контексте заслуживает студенческая молодежь как наиболее активная часть общества, перед которой стоят социальные, экономические, демографические, нравственные задачи развития государства [3]. В последние годы представления о влиянии социальных связей и взаимодействий на здоровье получили подтверждения в западных исследованиях, отталкивающихся от теории социального капитала [2]. Относительно затрагиваемой проблемы мотивации поведения в отношении здоровья социальный капитал, безусловно, выступает в качестве макроуровневой внешней детерминанты поведения. Социальный капитал, как совокупность количественных и качественных характеристик социальных отношений, базируется на взаимном доверии субъектов социальных отношений, посредством чего происходит формирование образа здоровья, трансляция ценностно-смысловых установок, реализация которых происходит в форме конкретных в отношении здоровья, поведенческих стратегий. В качестве внутренней детерминанты мотивации поведения в отношении здоровья выступает автономия личности, опосредующая осознанное независимое от социального окружения отношение собственному здоровью.

Понятие мотивации поведения в психологической науке относится разряду базовых. Существует большое количество разносторонних теоретических подходов к определению понятия мотивации поведения в отечественной и зарубежной науке, однако, при исследовании проблемы социального капитала как фактора мотивации в отношении собственного здоровья студентов особого внимания заслуживает анализ внешней (обусловленной внешними условиями и обстоятельствами) и внутренней

(связанной с личностными диспозициями потребностями, установками, интересами, влечениями, желаниями) видов мотивации поведения.

По мнению И.В. Журавлевой, поведение в сфере здоровья является результатом общепринятой деятельности, обусловленной существующими в обществе социальными нормами. И именно такое поведение имеет более устойчивый характер в сравнении с моделями поведения, основанными на сознательной мотивации индивида. Отношение человека к здоровью обусловлено объективными обстоятельствами и субъективными факторами и проявляется в действиях, поступках, вербально отражается во мнениях и суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и психическое благополучие. Самооценка как структурный компонент отношения к здоровью, как оценка и осознание личностью своих физических и духовных сил непосредственно взаимосвязана с целостной самооценкой человеком самого себя, своих возможностей и качеств, осознанием жизненной перспективы и места среди других людей, что, собственно, и обуславливает ее регуляторную функцию. Вместе с тем самооценка физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей, поскольку обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья [1].

В рамках изучения взаимосвязи социального капитала и мотивации поведения в отношении здоровья, мы, вслед за П.Н. Шихиревым, понимаем социальный капитал как совокупность количественных и качественных характеристик системы социальных отношений [4, 5]. В качестве основного содержательного компонента социального капитала выступает доверие, наличие, которого в отношениях обуславливает взаимную оценку партнеров социального взаимодействия как честных, правдивых, искренних, возможность положиться на них в деятельности, передавать им информацию без опасения о ее недобросовестном использовании. Объективная материализованная структура социального капитала представляет собой сеть социальных связей, квалификация которых может осуществляться посредством оценки их количества, плотности, силы и интенсивности.

Социальный капитал, как совокупность количественных и качественных характеристик социальных отношений, базируется на взаимном доверии субъектов социальных отношений, посредством чего происходит формирование образа здоровья, трансляция ценностно-смысловых установок, реализация которых происходит в форме конкретных в отношении здоровья, поведенческих стратегий. В качестве внутренней детерминанты мотивации ведения в отношении здоровья выступает автономия личности, опосредующая осознанное независимое от социального окружения отношение собственному здоровью.

Эмпирическое исследование взаимосвязи социального капитала и мотивации поведения в отношении здоровья осуществлялось посредством корреляционного анализа взаимосвязи показателей выраженности

параметров социального капитала («Методика оценки параметров социального капитала», В. Б. Никишина) и социально психологических установок студентов («Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере», О.Ф.Потемкина). Использовался корреляционный критерий Спирмена R.

Выявлены статистически значимые взаимосвязи между показателем «общего объема социального капитала и социально-психологическими установками на альтруизм ($r_s=0,572497$), результат ($r_s=0,493507$), свободу ($r_s=0,557024$), власть ($r_s=-0,27044$), труд ($r_s=-0,71323$), деньги ($r_s=-0,71109$).

Параметр ориентации социальных контактов на здоровый образ жизни статистически значимо взаимосвязан с социально-психологическими установками на альтруизм ($r_s=0,45$), процесс ($r_s=0,44$), свободу ($r_s=0,36$), труд ($r_s=-0,62$), деньги ($r_s=-0,67$).

Параметр опосредованности взаимодействия с социальными контактами статистически значимо взаимосвязан с социально-психологическими установками на эгоизм ($r_s=0,48$), процесс ($r_s=0,45$), власть ($r_s=0,33$).

Параметр непосредственности взаимодействия статистически значимо взаимосвязан с социально-психологической установкой на альтруизм ($r_s=0,42$), результат ($r_s=0,29$), свободу ($r_s=0,31$), труд ($r_s=-0,36$), деньги ($r_s=-0,43$).

Параметр периодичности взаимодействия ежедневное взаимодействие статистически значимо взаимосвязан с социально-психологическими установками на альтруизм ($r_s=0,29$), эгоизм ($r_s=-0,43$), процесс ($r_s=0,39$), свободу ($r_s=0,34$), власть ($r_s=-0,27$), труд ($r_s=-0,27$), деньги ($r_s=-0,32$).

Показатели коэффициента корреляции шкал методик «Методика оценки параметров социального капитала» (В. Б. Никишина) и «Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» (О.Ф.Потемкина),

* - p- level <0,05.

Spearman Rank Order Correlations MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000								
	альтруизм	эгоизм	процесс	результат	свобода	власть	труд	деньги
Общ.объем, соц.капитала	0,57*	0,07	0,08	0,49*	0,55*	-0,27*	-0,71*	-0,71*
Ориент. на здоровье	0,44*	0,03	0,44*	0,04	0,35*	-0,24	-0,62*	-0,66*
Ориент.на нездоровье	0,13	-0,05	0,04	-0,04	0,20	-0,01	-0,11	-0,07
Опосред.	0,01	0,48*	0,45*	0,15	0,02	0,32*	-0,07	-0,03
Непосред.	0,41*	-0,08	0,01	0,29*	0,31*	-0,17	-0,36*	-0,42*
День	0,29*	-0,42*	0,39*	0,15	0,34*	-0,27*	-0,27*	-0,41*
Неделя	-0,11	-0,26*	-0,17	-0,11	0,12	-0,16	0,08	0,07
Месяц	0,04	0,03	0,01	0,11	0,09	0,08	-0,09	-0,13

Таким образом, являясь наиболее выраженными социально-психологические установки на свободу, альтруизм, результат являются положительно взаимосвязанными, как с качественными (ориентация на здоровый образ жизни, непосредственный и ежедневный характер взаимодействия), так и с количественными (общий объем социального капитала) параметрами социального капитала.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у молодых людей, имеющих широкий круг социальных контактов, преобладающая доля которых ориентирована на здоровый образ жизни, а взаимодействие осуществляется непосредственно и ежедневно, преобладает альтруистическая установка по отношению к окружающим, главными ценностями для них являются свобода, студенты вовлечены в процесс осуществляемой ими деятельности и нацелены на достижение результата.

Мотивация поведения студентов в форме эмоционального, познавательного и поведенческого компонентов реализуется через социально-психологические установки на альтруизм и процесс деятельности. Данные социально-психологические установки являются одними из наиболее выраженных в мотивационно-потребностной сфере студентов и, в свою очередь, имеют прямую взаимосвязь с общим объемом социальных связей

студентов, ориентаций социальных контактов на здоровый образ жизни, регулярным (ежедневным) и непосредственным характером взаимодействия с социальными контактами.

Что касается автономии как фактора мотивации поведения в отношении собственного здоровья студентов, то из результатов осуществленного эмпирического анализа следует, что благоприятно влияющие на отношение к здоровью, социально-психологические установки на альтруизм и процесс деятельности являются осознанным выбором молодых людей.

Стоит отметить, что наиболее выраженная в студенческой среде установка на свободу, по результатам осуществленного исследования имеет положительную взаимосвязь, как с социальным капиталом, так и автономией личности. Однако, отрицательно влияет на отношение студентов к собственному здоровью. При этом одна из наименее выраженных установок на власть, отрицательно взаимосвязана как с социальным капиталом студентов, так и с автономией, но положительно влияет на мотивацию поведения в отношении студентов к собственному здоровью. Выявленная особенность предположительно указывает на то, что сохранение и укрепление здоровья требует от молодых людей дисциплинированности, следованию правил здорового образа жизни, соблюдению режима.

Литература:

1. Ананьев, В.А. Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте / В.А. Ананьев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 3. – С. 54-65.
2. Стрельникова, Л.В. Социальный капитал: типология зарубежных подходов / Л.В. Стрельникова // Общественные науки и современность. – 2003. – № 2. – С. 31-41.
3. Шестопалова, Л.Ф. Социальный капитал как фактор мотивации поведения студентов в отношении собственного здоровья / Л.Ф. Шестопалова, В.Б. Никишина, Т.В. Недуруева, Е.А. Петраш // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2014. – № 3. – С. 87-93.
4. Шихирев, П.Н. Природа социального капитала: социально-психологический подход / П.Н. Шихирев // Общественные науки и современность 2003. – № 2. – С. 17-31.
5. Шихирев, П.Н. Социальный капитал: бизнес и этика / П.Н. Шихирев // Проблемы повышения деловой культуры: материалы межрегиональной научно-практической конференции. Киров, 3–4 октября 2002 г. – Киров, 2003. – С. 10–23.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика

В последнее время для оказания эффективной помощи пациентам, медицинские работники должны обращать внимание не только на синдромы инфекционной болезни, но и оценивать и использовать субъективные переживания больного как реальные факторы, искать их причины, что необходимо для комплексного лечения. Инфекционный стационар имеет режим закрытого типа, чтобы избежать распространения инфекционных заболеваний. Пациенты с инфекционным диагнозом ограничены в общении с родственниками и друзьями на время периода заразности болезни, что может продолжаться в течение недели и более. Вынужденное ограничение обычного общения вызывает негативные эмоции у пациентов, так как у любого человека есть потребность в общении, такого мнения придерживаются С.Л. Рубинштейн, М.И. Лисина, Е.П. Ильин, А.С. Чернышев и др. [5],[2],[6]. Находясь в изоляции, пациент испытывает состояние стресса на фоне физического ухудшения самочувствия из-за проникновения возбудителя в организм [3][7]. Согласно классификации потребностей А. Маслоу, человек не может ощущать себя в безопасности находясь в состоянии болезни, поэтому формируется эмоциональный стресс в ответ на кризисную ситуацию [7],[4].

Цель: оценить психологические проблемы больных инфекционного стационара; оценить роль повышенного уровня тревожности и наличие страхов у пациентов, возникающих в силу сложившейся стрессовой ситуации, нахождения в стационаре закрытого типа и заразности для окружающих людей.

Методы и материалы: истории болезни пациентов взрослого инфекционного отделения ГУ «Клинической республиканской больницы», анкетирование 83-х больных данного отделения.

Результаты и обсуждение.

Состояние болезни является кризисной ситуацией для пациента, что формирует комплекс ответных реакций по преодолению сложившегося состояния в виде определенного поведения и эмоционального стресса. Заболевание выступает как стрессор рассогласования деятельности, что, в условиях лечения инфекционных заболеваний, дополняется неблагоприятным психосоциальным фактором - изоляцией [3]. Устойчивость к стрессу у разных людей различна, однако у многих это состояние приводит к снижению иммунных резервов организма, что крайне неблагоприятно для течения инфекционного заболевания.

Во время кризисной ситуации человек испытывает страдание, которое нельзя игнорировать, поэтому врач, для повышения чувства доверия

пациента к нему, должен учитывать эмоции, характерные для такого периода жизни вверенного ему больного. Пациент не может выйти из данной критической ситуации без помощи врача, поэтому чувствует себя от него зависимым, недоверие приведет к большему негативному эмоциональному состоянию. При этом нарастает уровень напряжения, тревоги, возбуждения, агрессивности, что требует мобилизации внешних и внутренних психологических и физических ресурсов организма человека. Объективное рассмотрение особенностей социально-психологических проблем в оказании помощи инфекционным больным возможно при анализе важнейших характеристик, возникающих в кризисной ситуации – тревоги и страха.

Возникновение чувства тревоги, когда имеется угроза какой-то ценности человека, например здоровью, неотъемлемая часть жизни. Однако переживание тревоги при смутной, неопределенной опасности, предполагаемой в будущем, на протяжении какого-то периода времени, может исказить картину мира пациента и привести к усугублению его психического состояния. В клинике инфекционных заболеваний угроза реальная, но при адекватной противомикробной терапии временная, поэтому возникновение различных страхов вполне вероятно (в отличие от тревоги имеется конкретная опасность). Игнорирования такого рода переживаний пациентов снижает комфортность его пребывания в инфекционном стационаре [7].

Потребность в общении необходимое состояние для человека. Мнение авторов расходится во мнении, врожденная это потребность или приобретенная в процессе социализации, когда ребенок исследует взрослого, так как он основной источник всех благ для него в этот период жизни, и он хочет понять, как ими обладать. Контакт ребенка с взрослым происходит при общении разных видов. Этот процесс формируется и поддерживается на протяжении всей жизни. Ситуация, когда общение ограничено, особенно с близкими людьми, рассматривается как кризисная, с вытекающими страхом и тревогой, что для пациента увеличивает психическую и физическую нагрузку в состоянии борьбы с патогенным микроорганизмом, когда все иммунные силы организма должны быть направлены на уничтожения микроба. Поэтому частичное решение проблемы ограничения общения видится через средства технической связи – мобильный телефон, интернет, «Скайп».

Нами были получены следующие данные, по результатам анкетирования 83 пациентов (от 18 до 74 лет): 56,6% пациентов испытывают страх, что могли заразить родственников, в меньшем количестве – 39,75% пациентов боятся, что заразили коллег по работе. Нам свойственно переживать за близких людей, но в инфекционном стационаре, при ограничении общения с ними, в ожидании результатов лабораторного обследования своих и родственников, пациент испытывает высокое эмоциональное напряжение. Страх за коллег по работе может быть обусловлен дружескими отношениями, а может страхом при взаимодействии

с социумом вообще, т.е. страх изменится ли отношение к пациенту после такой ситуации или нет. Мнение окружающих по поводу заразности вызывает страх и тревогу у 19,3% пациентов, они также переживают, о том какой диагноз будет написан в больничном листе. При этом юридически пациент имеет право на врачебную тайну, но финансово - бюрократическая система обязывает врача в больничном листе указывать диагноз. Правильно указывать только шифр болезни, но для этого органам исполнительной власти в сфере здравоохранения нужно разработать специальную инструкцию. На данный момент, за исключением ВИЧ-инфекции, остальные инфекционные диагнозы свободно вписываются в больничный лист и предоставляются в отдел кадров пациента, возможно мало знакомым людям, что ставит его в неудобное положение в социальном плане. Больничный лист юридический документ, подтверждающий уважительное отсутствие на работе, а также финансовый документ для получения пособия по временной не трудоспособности, поэтому не подать в отдел кадров его невозможно без соответствующих негативных последствий.

ВИЧ-инфицированные граждане особая категория пациентов, которые чаще чем другие больные подвергаются предвзятому отношению, оскорблениям, так называемой стигматизации. Закон охраняет их право о неразглашении их статуса, но в реальности, особенно в сельской местности, сами медработники нарушают врачебную тайну, из-за страха неизлечимости данного заболевания, игнорируя специфику заражения данной инфекцией (только через кровь, половой контакт, от матери к плоду) [1].

Нужно учитывать, что часть пациентов, которые отрицают наличия страха стать источником заражения других людей, возможно «включают» защитный психологический механизм отрицания, чтобы сделать реальное положение дел в своем сознании несущественным, т.е. возможный риск заражения родственников, коллег по работе отрицается путем бессознательного отказа от него, и он перестает быть источником тревоги.

Результаты анкетирования показали, что у прибывающих в стационаре пациентов первые 7 дней от начала госпитализации, частота встречаемости страха высокая – 50,6%, а с 8 дня, в виду улучшения самочувствия, положительных результатов лечения и анализов, частота снижается – 6,0%, однако может появиться снова у пациентов с затяжным течением болезни.

Приведем несколько примеров того, как пациенты описывают свое состояние: «тоска», «как в тюрьме», «одинок», «неудобство», «скучаю по родственникам», «обида, что так произошло», «недостаток общения». Однако военнослужащие срочной службы часто описывают состояние радости, при наличии телефона не чувствуют в недостатке общения, а отсутствие возможности посещения их родственников из-за эпидемического режима воспринимают как то, что «так надо», поэтому не испытывают по этому поводу сильное эмоциональное напряжение.

Выводы:

1. У пациентов, проходящих лечение в инфекционном стационаре закрытого типа, возникают социально-психологические проблемы связанные с ограничением привычного общения и страхами риска заразить других людей: 56,6% пациентов испытывают страх, что могли заразить родственников, в меньшем количестве – 39,75% пациентов боятся, что заразили коллег по работе.
2. Лечение в вынужденной изоляции можно рассматривать как кризисную ситуацию в жизни пациента.
3. Социальную тревогу испытывают 19,3% пациентов, они переживают, о том какой диагноз будет написан в больничном листе и что подумают о них, узнав об инфекционном заболевании.
4. Формирование доверительных отношений между врачом и пациентом, медсестрой и пациентом, снимают уровень тревоги, четкая информированность о заболевании и лечение уменьшает страхи: частота страхов 1-ю неделю болезни – 50,6%, во 2-ю неделю – 6,0%.

Литература:

1. Зуева, Л.П. Эпидемиология: Учебник / Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАТ», 2005. – 752 с.
2. Ильин, Е.П. Психология общения и межличностных отношений/ Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 576 с.
3. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
4. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу; Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2011. – 352 с.
5. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2009. – 713 с.
6. Чернышев, А.С. Социально-психологические условия становления субъектности малых групп: теоретико-экспериментальный подход к исследованию / А.С. Чернышев // Психологический журнал. – Т. 33. – №2. – Москва, 2012. – С. 35-44.
7. Юрьева, Л.Н. Кризисные состояния / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: «Арт-Пресс», 1998. – 156 с.

СОЧЕТАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ВЫПУСКНИКОВ УНИВЕРСИТЕТА

Господарева Н.В. Научный руководитель – кандидат медицинских наук, доцент Соколова Э.А.

Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины, г. Гомель,
Беларусь

Проблемы здоровья студенчества продолжают занимать ключевые позиции в связи с тем, что это значительная часть трудовых ресурсов, и его

состояние сегодня – здоровье нации спустя несколько лет [1]. Ссылаясь на исследования Н. П. Абаскаловой и Р. Д. Бабенковой, Л. С. Елькова отмечает нарушения здоровья разной степени у 80-85 % студентов вузов [1].

По мнению Е. А. Семеновой, неудовлетворение студенческой жизнью повышает вероятность возникновения аффективных нарушений [2], которые являются триггером в возникновении психических расстройств (В. М. Синайко, 2001; И. М. Соколова, 2001).

Психическая дезадаптация преимущественно сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами (В. Л. Гавенко и соавт., 1996; Н. А. Марута и соавт., 2002). Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у студентов подчеркивает Ю.А. Александровский (Ю.А. Александровский, 2000).

Вероятность риска психической дезадаптации связана с критическим периодом обучения в вузе. Как читает Л. Н. Яворовская, в периоде обучения в вузе можно выделить три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый курсы (Л. Н. Яворовская, 2003). Особенность кризиса пятого (шестого) курса связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности (В. М. Синайко, 2001; И. М. Соколова, 2001).

Высокий уровень тревоги негативно сказывается на качестве жизни студентов [2]. Депрессии сопряжены с риском самоубийств. Число депрессий в настоящее время, по мнению ряда авторов, значительно увеличивается. Показатели депрессивных состояний в сочетании с тревожностью среди студентов представлены в недостаточной степени. Между тем, эти расстройства являются чувствительным индикатором нарушения психического здоровья. Вышеизложенное определяет актуальность данной работы, целью которой явилось изучение сочетания тревожности и депрессии у студентов-выпускников.

Выборка: студенты 5 курса дневного отделения университета ГГУ им. Ф. Скорины – 31 чел. (лиц муж. пола – 17 чел., лиц жен. пола – 14 чел.).

Материалы и методы: шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера-Ю. Ханина (Д. Я. Райгородский, 1998); опросник А. Бека для оценки депрессии (И. Г. Малкина-Пых, 2005), программа «Statistica» 5.0.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования был установлен уровень депрессии у студентов-выпускников, в результате чего были выделены следующие группы:

- с критическим уровнем депрессии – 9,7%;
- с умеренным уровнем депрессии – 19,3%;
- с отсутствием депрессивной симптоматики – 71%.

По данным А. В. Сидоровой с соавторами, у 49,1% студентов старших (4-5) курсов отмечались депрессивные состояния. Лица, страдающие депрессией, достоверно чаще, чем здоровые испытывают неприятные ощущения в голове, других частях тела, слабость, упадок сил, нарушения

сна, снижение интереса к привычным занятиям, снижение удовольствия от ранее приятного, чувство подавленности, угнетенности, беспокойство, напряженность. Среди проявлений депрессии ведущее место занимают разнообразные соматические расстройства и признаки внутреннего напряжения. Наиболее часто они встречались у девушек [3].

На высокую распространенность депрессивных расстройств – 30,23% чел. среди студентов указывают Н. А. Корнетов и А. В. Сорокина [4].

Таким образом, результаты нашего исследования не согласуются с результатами исследования других авторов.

Как указывают Д. Голдберг и П. Хаксли, типичные симптомы психических расстройств удобно описывать как проявления двух измерений симптоматологии, которые связаны друг с другом, и, следовательно, могут быть обозначены как тревога и депрессия [5]. Эти авторы также отмечают, что тревогу обычно связывают с угрозой, а депрессию – с утратой [5]. Н. А. Корнетов и А. В. Сорокина предполагают, что это связано с процессами наказаний и поощрений. Они имеют в виду, что большая часть реакций страха усваивается через наказание, а не через лишение награды [4]. В условиях вуза наказанием служат неудовлетворительные оценки. Зачастую ожидание и страх получить их способствуют усилению тревоги у ответственных студентов. Можно предположить, что на старших курсах такой страх связан с защитой диплома. Угрозой для выпускников университета могут явиться сложности с написанием диплома, сдачей государственных экзаменов, а утратой – завершение привычной студенческой жизни, впечатлений, связанной с ней.

На втором этапе был установлен уровень личностной тревожности (ЛТ), в результате чего были выделены следующие группы:

- с высоким уровнем ЛТ – 29%;
- с умеренным уровнем ЛТ – 61,3%;
- с низким уровнем ЛТ – 9,7%.

Согласно исследованию Э. Ч. Тумутовой с соавторами, у 50 % студентов отмечается высокий уровень тревожности по результатам теста Ч. Д. Спилбергера-Ю. Ханина [6].

На следующем этапе был установлен уровень депрессии у студентов-выпускников с различным уровнем ЛТ.

В группе с высоким уровнем ЛТ (9 чел.) отмечается следующий уровень депрессии:

- с критическим уровнем депрессии – 2 чел.;
- с умеренным уровнем депрессии – 5 чел.;
- с отсутствием депрессивной симптоматики – 2 чел.

В группе с умеренным уровнем ЛТ (19 чел.) отмечается следующий уровень депрессии:

- с критическим уровнем депрессии – 1 чел.;
- с умеренным уровнем депрессии – 1 чел.;
- с отсутствием депрессивной симптоматики – 17 чел.

В группе с низким уровнем ЛТ (3 чел.) отмечается следующий уровень депрессии:

- с критическим уровнем депрессии – отсутствует;
- с умеренным уровнем депрессии – отсутствует;
- с отсутствием депрессивной симптоматики – 3 чел.

Согласно исследованию Семеновой Е. А., у 65% студентов-медиков 6 курса отмечаются тревожно-депрессивные расстройства [2]. Согласно исследованию К. Р. Брагиной, на шестом курсе количественно преобладает группа риска в плане развития тревожной и депрессивной симптоматики [7].

При статистическом анализе наших данных установлено, что частота встречаемости отсутствия депрессивной симптоматики в группе с умеренным уровнем ЛТ достоверно выше, по сравнению с группой с высоким уровнем ЛТ ($p \leq 0.001$). Достоверность различий частоты встречаемости критического уровня депрессии при сравнении группы с умеренным уровнем ЛТ и группы с высоким уровнем ЛТ, не достигает статистической значимости.

Таким образом, при умеренном уровне ЛТ депрессивная симптоматика отсутствует. Тогда как, наличие высокого уровня ЛТ еще не подразумевает обязательного наличия депрессии.

Однако, по данным Н. А. Корнетова и А. В. Сорокиной, при наличии тревожности у студентов, депрессия достигала у них высокого уровня; а в случае отсутствия у студентов тревоги, отсутствуют и симптомы депрессии [4].

Выводы.

1. критический уровень депрессии отмечается у 9,7% чел.; умеренный уровень депрессии – 19,3% чел.; отсутствие депрессивной симптоматики – 71% чел.;

2. высокий уровень ЛТ – 29% чел.; умеренный уровень ЛТ – 61,3% чел.; низкий уровень ЛТ – 9,7% чел.

3. частота встречаемости отсутствия депрессивной симптоматики в группе с умеренным уровнем ЛТ достоверно выше, по сравнению с группой с высоким уровнем ЛТ ($p \leq 0.001$).

4. достоверность различий частоты встречаемости критического уровня депрессии при сравнении группы с умеренным уровнем ЛТ и группы с высоким уровнем ЛТ, не достигает статистической значимости.

5. данное исследование является пилотажным и требует дальнейшего проведения.

Литература:

1. Елькова, Л. С. Гендерные особенности в отношении к здоровому образу жизни студентов вуза / Л.С. Елькова // Актуальные задачи педагогики : материалы междунар. науч. конф., г. Чита, декабрь 2011 г. // Чита : Изд-во Молодой ученый, 2011. – С. 207–209.

2. Семенова, Е.А. Выявление и профилактика суицидальных тенденций в рамках нервно-психических расстройств у студентов-медиков

при сравнительном анализе с ведущими вузами / Е.А. Семенова // **Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. ст. по материалам XXXVIII междунар. науч.-практ. конф., Новосибирск, 17 марта 2014 г.** // Новосибирск : Изд. СибАК, 2014. – С. 234–239.

3. Сидорова, А. В. Посттравматические стрессовые расстройства у студентов медицинского вуза / А.В. Сидорова, И.С. Иванова, М.Ю. Судякова, А.П. Андреева // *Международный студенческий научный вестник [Электронный ресурс]*. – 2015. – №1; Режим доступа: www.eduherald.ru/122-11963. Дата доступа: 04.06.2015.

4. Корнетов, Н.А. Коморбидность тревожных и депрессивных расстройств в студенческой популяции / Н.А. Корнетов, А.В. Сорокина // *Успехи современного естествознания*. – 2010. – №9. – С. 133–134.

5. Голдберг, Д. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель / Д. Голдберг, П. Хаксли // пер. с англ. Д. Полтавца. К.: Сфера, 1999. – 256 с.

6. Тумутова, Э.Ч. Тревожно-депрессивные расстройства у студентов медицинского факультета БГУ / Э.Ч. Тумутова, А.Б. Дуринова, Н.Н. Страмбовская // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2008. – № 3 (61). – С. 147–148.

7. Брагина, К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К.Р. Брагина // *Вісник Вінницького державного медичного університету*. – 2003. – Т. 7, вип. 2/2. – С. 849–851.

НАРУШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ ФУНКЦИИ РЕЧИ В АСПЕКТЕ РАССТРОЙСТВА АБСТРАКТНО-СМЫСЛОВОГО КОМПОНЕНТА МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Запорожченко Д.С.

Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград, Россия

Большинство психических и неврологических заболеваний, сопровождающиеся интеллектуальным дефектом, неизбежно влекут за собой различные расстройства речи и коммуникации, например при умственной отсталости, дегенеративных заболеваниях и пр. При шизофрении, относящейся к кругу эндогенных психических заболеваний, интеллектуальные нарушения проявляются только на глубокой стадии патологического процесса, однако этот факт не обуславливает нарастание расстройств речи и коммуникации в развитии болезни. Трудности в социальной адаптации, в том числе и во взаимодействии, коммуникации с людьми, возникают на ранних этапах развития заболевания. Отечественные и зарубежные ученые, исследовавшие особенности речи при шизофрении, сделали большой вклад в изучение данной проблемы. Анализ отечественных

и зарубежных работ показал, что на данный момент выделяют такие нарушения речи, вовлеченные в патологический процесс, как: разорванность, бессвязность, вербигерации, шизофазия и т.д. Стоит обратить внимание на то, что в последние десятилетия ведется активный переход от рассмотрения данных нарушений в феноменологическом описании к количественному и качественному анализу их структуры, динамики и взаимосвязи с другими расстройствами. В данной работе рассматриваются некоторые из них.

Во многих исследованиях подчеркивается взаимосвязь особенностей речевой сферы с расстройствами других психических функций при шизофрении, которым выделяется важное место в формировании нарушений речевой коммуникации.

В психолингвистическом анализе было показано, что нарушения сложной координированной речевой деятельности возникают вследствие диссоциации между составляющими ее компонентами – семантическим, грамматическим, физическими и другими, что определяет основные нарушения функции речи – смыслообразующей и коммуникативной; также была составлена классификация речевых нарушений [9].

Не маловажен и тот факт, что в нейропсихологических исследованиях восприятия речи у больных шизофренией в условиях дихотического прослушивания слов и высказываний выявился такой феномен как «сглаживание» полушарной специализации при одновременном снижении функционирования по мере прогрессирования заболевания [13]. Так, в исследовании нейрокогнитивного дефицита больных шизофренией с апато-абулическим синдромом была проведена связь нарушений речевой коммуникации в форме значительных трудностей поддержания диалога и ухода от вопросов с поражением префронтальных корковых областей, подкорковых ганглиев и нарушением вертикальных связей в этой области. [2].

Примечательно также то, что на основании ассоциативных проб удалось выявить речевые особенности, характерные для больных шизофренией: снижение вербальной беглости, нарушение семантической структуры ассоциаций, внезапные переходы от одного понятия к другому, а также включения неподходящих слов [1]. Таким образом, было показано, что смысловая обработка воспринимаемых стимулов страдает преимущественно на образном уровне семантического кодирования. Помимо этого был выявлен ряд специфических особенностей вербального компонента мышления у больных шизофренией, среди которых: выраженное снижение предметной отнесенности образов, невозможность построения смыслового образа, дезинтеграция образного и вербального кодов семантического кодирования [3].

В описанных выше исследованиях показано, что речевые нарушения при шизофрении связаны, прежде всего, с расстройствами мышления при данном заболевании, однако этот фактор не является единственным. В сравнительном анализе афатических нарушений и речи при шизофрении был

подчеркнут первичный фактор нарушения сферы общения в формировании изучаемой симптоматики [10]. Данный результат был получен при исследовании больных с выраженной негативной симптоматикой. Речь таких больных в результате становится не направленной, высвобожденной из социальной ситуации, патологически полисемантической. Исходя из этого, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что особенности речи при шизофрении связаны также с нарушением социального взаимодействия и «оторванности» больного от действительности, что в свою очередь выражается в аутизме. Так, речь больного с аутичными тенденциями и преобладанием апатических нарушений эмоциональной сферы не может быть продуктивной, диалогической и потому, что затрудняется адекватное определение эмоциональной экспрессивности окружающих его людей. Эмоциональная экспрессивность определяется высотой тона, интонацией, эмоциональным содержанием высказывания, что недоступно для определения больным с выраженными негативными симптомами. И таким образом, описанные выше исследования подчеркивают важность влияния экстралингвистических факторов (мышление, аутизм, снижение коммуникативной направленности) в формировании речевых расстройств при шизофрении [8]. Примечательно, что в патопсихологическом исследовании проблемы процесс восприятия речевых сигналов, основывающийся на использовании акустических эталонов прошлого речевого опыта, у больных шизофренией изменен в связи с особенностями актуализации сведений из прошлого опыта. Это заключается в тенденции к уравниванию вероятностей актуализации речевых связей [6, 7]. Этот же феномен наблюдался в зарубежных исследованиях, в которых было сделано предположение, что бедность речи и бессвязность связаны с подбором слов из внутренней речи [14].

Таким образом, выстраиваются сложные взаимосвязи, которые составляют с т. з. патопсихологии ядро патологического процесса, описанного Тихомировым О.К. в 1969 году, включающего 3 звена:

- 1) нарушение мотивационной сферы, которое приводит к нарушению личностного смысла;
- 2) нарушение личностного смысла приводит к уравниванию стандартных и нестандартных признаков, причем предпочтение может отдаваться последним;
- 3) происходит расстройство селективности информации в результате нарушения актуализации знаний прошлого опыта.

Из этой схемы видно, что расстройства мышления, приводящие к нарушениям речевой коммуникации, обусловлены дефектом мотивационной сферы. Такие расстройства мышления как: разноплановость, соскальзывание, резонерство являются следствием уравнивания стандартных и нестандартных признаков. В таком случае можно говорить о расстройствах соотношения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности в нарушениях взаимодействия сигнальных

систем. Под абстрактно-смысловым компонентом в данном случае понимается способность психической деятельности в процессе интериоризации наделять реальные предметы смыслом и объединять их общими признаками; данное качество развивается с освоением социокультурного опыта. Нарушения абстрактно-смыслового компонента в клинике шизофрении проявляется в преобладании опоры на «латентные» признаки в решении мыслительных задач у больных при нарушении селективности информации. Очевидно, что с прогрессированием эндогенного патологического процесса при шизофрении, описанные выше нарушения, усиливаются до полной диссоциации и распада психической деятельности, вследствие чего проявляются такие нарушения мышления и речи как: разорванность, бессвязность, шизофазия и пр..

Таким образом, даже на ранних этапах заболевания возникают трудности в речевой коммуникации у больных шизофренией, в частности из-за нарушения абстрактно-смыслового компонента и соотнесения его с предметно-конкретным компонентом в мышлении. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека [4]. В связи с этим в социальной жизни больных не сформировано адекватное целеполагание, способность к прогнозированию, к эмпатии в плане дифференцировании эмоций других людей в том числе. Важно отметить, что трудности в социальной адаптации на ранних этапах заболевания проявляются в невозможности продуктивного социального взаимодействия, что проявляется в жизни больного следующими явлениями: открытыми конфликтами с окружающими людьми, социальной изоляцией больного, непониманием собственного состояния из-за противоречащих тенденций, страху, тревоге и т. д..

Исследование нарушений мышления в рамках абстрактно-смыслового компонента и последующее составление и проведение психологической коррекционной программы, направленной на элиминацию специфических нарушений мотивационной сферы и тренировку способности к обобщению и анализу в мыслительной деятельности проводились на базе СО ГПВИ ГССУ. Пациенты должны были научиться анализировать эмоции, чувства, поступки других и свои собственные, прогнозировать исход от своих действий, выделять наиболее важные признаки, которыми можно руководствоваться в принятии решения. В программе использовались приемы когнитивно-поведенческой терапии. Коррекционная группа состояла из 8 пациентов, больных параноидной шизофренией от 40 до 50 лет с умеренно выраженным расстройством абстрактно-смыслового компонента и не резко выраженным апато-абулическим синдромом. В результате проведенных занятий психологическое коррекционное воздействие благотворно повлияло на способности к дифференцированию, обобщению, прогнозированию, подготовило почву для эмпатийного взаимодействия с другими людьми.

Несмотря на то, что программа не была направлена на коррекцию речевой коммуникации при заболевании, однако по прохождению нескольких занятий пациенты могли уже самостоятельно правильно выделять эмоциональные состояния других людей, собственные, и давать корректное определение эмоции, основываясь на внешних невербальных признаках. Также было замечено, что некоторые пациенты с симптомами соскальзывания и резонерства стали давать более конструктивные решения при предъявлении проблемных ситуаций. В результате проделанной работы выявилась тенденция к улучшению не только корректируемых показателей, но также и эмоциональной и речевой сфер больных. Это позволяет сделать вывод о том, что в результате воздействия на мотивационную сферу и мышление возможна коррекция речевой коммуникации. Для составления программы могут быть использованы работы Хрящевой Н. Ю. «Психогимнастика в тренинге» [12], Фопеля К. «Создание команды. Психологические игры и упражнения» [11], Ковалец И. В. «Азбука эмоций» [5].

В заключении хотелось бы отметить, что для изучения расстройств речевой коммуникации при шизофрении и последующего составления психологической коррекционной программы необходимо использовать качественный анализ всех структурных компонентов психической деятельности, подверженных эндогенному патологическому процессу, и комплексный подход, включающий фармакотерапевтическое лечение совместно с тренировкой продуктивного взаимодействия всех сфер психической деятельности.

Литература:

1. Алфимова, М. В. Психологические и мозговые механизмы нарушений речевых ассоциативных процессов при шизофрении / М. В. Алфимова, Л. Г. Уварова, В.И. Трубников // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. –Т. 11. – № 1.– С. 67–74.
2. Бомов, П. О. Нейрокогнитивные расстройства у больных шизофренией с поздним дебютом и апато-абулическим типом дефекта личности / П.О. Бомов //Альманах молодой науки. Оренбургская государственная медицинская академия. – 2013. –№ 1. – С. 34–39.
3. Жигэу, Е.И. Особенности смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией / Е.И. Жигэу. – М., 2004.
4. Зейгарник, [Б.В.](#) Патопсихология / [Б.В.](#) Зейгарник. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.
5. Ковалец, И.В. Азбука эмоций: Практическое пособие для работы с детьми, имеющими отклонения в психофизическом развитии и эмоциональной сфере / И.В. Ковалец. – М.: Владос. – 2013. – 129 с.
6. Критская, В. П. Особенности восприятия речи больными шизофренией // психол. наук. – М. 1966.

7. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: МГУ, 1991. – 256 с.
8. Леонтьев, А.А. Клинико-психолингвистическое исследование разорванности речи у больных параноидной формой шизофрении / А.А. Леонтьев, Л.Л. Рохлин, Л.Б. Савицкая, А.М. Шахнарович, // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1973. – Т. 73. – Вып. 12. – С. 1858-1863.
9. Савицкая, А.Б. Расстройства речи у больных параноидной формой шизофрении / А.Б. Савицкая. – М., 1975. – 34 с.
10. Лебединский, М.С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников / М.С. Лебединский // Советская психоневрология. – 1938. – №3. – С. 56–64.
11. Фопель, К. Создание команды. Психологические игры и упражнения / К. Фопель, /Пер. с нем. – М.: Генезис. – 2003. – 400 с.
12. Хрящева, Н.Ю. Психогимнастика в тренинге / Н.Ю. Хрящева. – Спб., 1993.
13. Черниговская, Т.В. Специфика полушарной асимметрии восприятия интонаций в норме и при шизофрении / Т.В. Черниговская, С.Э. Давтян, Н.Н. Петрова, К. Н. Стрельников // Физиология человека. – 2004. – Т. 30. – № 4. – С. 32–39.
14. Allen Heidi A., Peter F. Liddle, Christopher D. Frith. Negative features, retrieval processes and verbal fluency in schizophrenia // The British Journal of Psychiatry. 1993. Vol. 163 (6). P. 769–775. doi. org/10.1192/bjp.163.6.769.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ

*Истомина Е.В. Научный руководитель – доктор медицинских наук,
профессор В.В. Лукьянов*

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Проблема формирования коммуникативных навыков у подростков-сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей, с интеллектуальными нарушениями является одной из актуальных в специальной педагогике и психологии. От умения конструктивно взаимодействовать с окружающими зависит последующий уровень адаптации и социализации их в общество.

С целью выявления особенностей коммуникативной сферы рассматриваемой нами категории подростков мы провели исследование, инструментами которого стали тест «Рука» Вагнера (Hand-test), Цветовой тест М. Люшера, тест «Дом. Дерево. Человек».

Исследование проводилось на базе ОКОУ «Новопоселеновская школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья» Курского района Курской области. В нем принимали участие 19 подростков 13-16 лет – ученики 6-8 классов.

Тест «Рука» Вагнера (Hand-test), в отличие от других проективных методик, относительно простой, что является важным в работе с детьми с интеллектуальными нарушениями. В связи с существованием тесной взаимосвязи развития функции руки с развитием головного мозга, и её вовлечением во внешнюю активность, предлагая обследуемым в качестве визуальных стимулов изображение руки, выполняющей разные действия, можно сделать выводы о тенденциях активности обследуемых.

По результатам обследования, преобладание агрессивных тенденций наблюдается у 31% детей.

Низкие показатели по шкале «Активная безличность» отмечаются у 26% подростков, «Пассивная безличность» - 74%. Большое количество ответов по шкале «Пассивная безличность» наблюдается у 26% подростков. Высокий процент безличных ответов говорит о снижении значения социума в жизни подростков, о значительном снижении общего уровня активности испытуемых.

Низкие показатели по категории «Коммуникация» отмечаются у 42% подростков. Отсутствие или небольшое число ответов по категории «Эмоциональность» выявлено у 73% подростков с интеллектуальными нарушениями. Обращает на себя внимание снижение числа ответов по категориям «Эмоциональность» и «Коммуникация», что может свидетельствовать о наличии проблем в сфере социальных контактов испытуемых, отгороженности от окружающих.

Цветовой тест М. Люшера – методика, использующая феномен цветопредпочтения для диагностики нервно-психических состояний и выявления внутриличностных конфликтов [2, С.3]. С помощью теста были выявлены следующие особенности подростков с нарушением интеллекта, воспитывающихся в школе-интернате: тревога отмечается у 63% обучающихся; наличие компенсаций, выражающихся в форме вынужденного, вычурного, самозащитного поведения и соответствующих переживаний наблюдается у 52 % воспитанников.

Качественный анализ результатов суммарного отклонения от вегетативной нормы показал отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности у 11% испытуемых. Незначительный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности наблюдается у 26% обследуемых подростков. У 31% подростков с интеллектуальными нарушениями отмечается средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности. Повышенный уровень непродуктивной нервно-психической напряженности наблюдается у 21% подростков, воспитывающихся в школе-интернате, с интеллектуальными нарушениями.

Общий эмоциональный фон характеризуется повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью, вероятностью срыва деятельности и поведения. У 11% подростков отмечается выраженная непродуктивная нервно-психическая напряженность, которая проявляется в повышенной утомляемости, «застревании» на эмоциональных переживаниях, отсутствии целенаправленности действий, преобладании в эмоциональном состоянии тревоги, предчувствия неприятностей, отсутствия желания действовать.

Анализ результатов расчета вегетативного коэффициента показал у 15% обследуемых подростков наличие истощенности, установки на бездействие, хронического переутомления, пассивного реагирования на трудности, неготовности к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях. Что, на наш взгляд, приводит к коммуникативным трудностям и вызывает необходимость проведения восстановительных мероприятий.

Установка на оптимизацию расходования сил выявлена у 21% подростков с интеллектуальными нарушениями. Оптимальная мобилизация физических и психических ресурсов, установка на активное действие отмечается у 53% испытуемых.

У 11% подростков с интеллектуальными нарушениями, воспитывающихся в школе-интернате, проявляется избыточное возбуждение, суетливость, импульсивность, нетерпеливость, снижение самоконтроля, необдуманные поступки, низкая эффективность действий, панические реакции. Это, в свою очередь, приводит к проблемам в коммуникации. Для таких подростков, на наш взгляд, необходимы разноплановые релаксирующие и успокаивающие процедуры.

Тест «Дом. Дерево. Человек» применяется для индивидуальной оценки личности, степени её адаптированности, даёт человеку свободу выражения себя через рисунок, выявляет отношение к жизни и к миру в целом [3, С. 97].

На основе анализа тестовых показателей: порядка выполнения задания; нажима; размещения на рисунке; цвета; деталей; линий и контуров; перспективы; пропорций; отдельных детали в изображении дома, дерева и человека у обследуемой группы подростков с интеллектуальными нарушениями, воспитывающихся в школе-интернате, были выявлены следующие особенности коммуникативной сферы:

- замкнутость, трудности в общении, установлении контактов - 57%;
- агрессия – 53%;
- страхи, тревожность – 57%;
- негативизм – 26%;
- подозрительность – 26%;
- недостаток общения – 37%;
- тенденция к отчуждению и оппозиции -53%.

Несмотря на наличие характеристик, мешающих конструктивному взаимодействию с окружающими, у данной категории подростков в ряде случаев выявлена готовность к контактам - 42%.

Таким образом, у ряда подростков с интеллектуальными нарушениями, воспитывающихся в школе-интернате, в ходе исследования были выявлены следующие особенности коммуникативной сферы: агрессивные тенденции, подозрительность, негативизм, отгороженность от окружающих, сложности в сфере установления контактов, низкий уровень социальной активности, тревога, наличие компенсаций: вынужденного, вычурного, самозащитного поведения и соответствующих переживаний.

Полученные с помощью выбранных нами методик данные дополняют друг друга и свидетельствуют о необходимости проведения коррекционных занятий по формированию и развитию коммуникативных навыков.

Литература:

1. Интерпретационные таблицы. Приложение к тесту М. Люшера. – СПб., 2003.
2. Тимофеев, В.И. Цветовой тест М. Люшера (стандартизированный вариант). Методическое руководство / В.И. Тимофеев, Ю.И. Филимоненко. – СПб., 2003.
3. Шевченко, М.А. Психологические рисуночные тесты для детей и взрослых / М.А. Шевченко. – М., 2014.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНЫМ ВАРИАНТОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

*Миняхина К.А. Научный руководитель – доктор психологических наук
профессор Никишина В.Б.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

По данным исследования Всемирной организации здравоохранения, проведенному в 2014 году, Россия занимает четвертую позицию из 188 в рейтинге стран мира по употреблению алкоголя [1]. Согласно данным Научного центра психического здоровья, показатель коморбидности алкогольной зависимости с другими заболеваниями составляет 78% (возникновение шизофрении среди алкоголиков наблюдается в 4 раза чаще, чем в популяции здоровых) [2].

Алкогольная зависимость, или хронический алкоголизм, характеризуется не только стойкой физической и психической зависимостью, но и стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией, которая сопровождается интеллектуальным снижением. Отличительной особенностью алкогольной деградации является нравственно-этическое снижение, проявляющееся в беспечности, ослаблении чувства совести, эгоизме, паразитических тенденциях, эмоциональном огрубении, лживости и т.д. [3].

У 45-70% больных алкоголизмом наблюдается выраженное интеллектуальное снижение с ухудшением способности к абстрактному

мышлению и решению конкретных проблем, ухудшением памяти и психомоторных реакций [5]. На отдаленных этапах болезни развивается слабоумие, которому на ранних стадиях заболевания предшествуют неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

Однако, говоря о коморбидности алкогольной зависимости и шизофрении, стоит рассматривать данную проблему с двух сторон: влияние шизофрении на алкоголизм и влияние алкоголизма на шизофрению.

В первом случае, проявления патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома имеют меньшую выраженность, что вызвано нарушениями эмоционально-волевого компонента психики при шизофрении. При этом наблюдается значительное усиление алкогольной деградации.

С другой стороны, у больных обостряется галлюцинаторно-бредовая симптоматика, но снижается шизофреническая аутизация в связи с большей живостью, общительностью и активностью больных алкоголизмом. Исследования указывают на то, что алкоголизм в сочетании с шизофренией снижает эмоционально-волевые проявления шизофренического дефекта и препятствует специфическому распаду процессов мышления [2].

Далее представлен клинический разбор пациента Г., 15.06.1968 года рождения (46 лет). Диагноз по МКБ-10 - F10.20, F 20.6 (коморбидная алкогольная зависимость с шизофреническим расстройством).

Субъективный анамнез: со слов больного перенес несколько операционных вмешательств, при этом дважды переносил длительный общий наркоз. Не женат, детей нет. Сожительство с женщиной на протяжении 4х лет, на данный момент проживает один. Имеет среднее образование, по специальности не работал. Имеет судимость (с 1993г. по 1998г.) за убийство (уточняет, что убийство по неосторожности). Активное употребление алкоголя начал в 30 лет после освобождения из тюрьмы, алкоголь впервые попробовал в 15 лет (9 класс). На протяжении 15 лет пьет запоями, из них 10 лет пьет в одиночестве, в компании не нуждается. Запой длились до 2х месяцев, после чего, со слов пациента, начал сознательно сокращать их частоту и длительность. Последний запой длился 5 дней. Начал употребление алкоголя с пива, после чего перешел на водку и суррогаты. На данный момент употребляет различные алкогольные коктейли («Виноградный день», «Джин Тоник»). На протяжении 15 лет 3-4 раза в год проходит лечение в наркологической больнице по собственному желанию, считает себя психически нездоровым, алкоголиком. Находясь на лечении в стационаре, продолжает употреблять алкоголь, подрабатывает санитаром. 5 лет назад пробовал мак, на данный момент наркотические вещества не употребляет, не курит. Похмельный синдром сочетается с сильным раздражением и агрессией к окружающему. Алкогольных психозов, со слов пациента, не было.

Диагностическая схема исследования представлена набором нейропсихологических (исследование праксиса, гнозиса, речи, счетных операций, интеллектуальных процессов) и патопсихологических

(исследование внимания, мышления, памяти) проб (Балашова Е., Ковязина М., 2010).

Больной ориентирован в месте, времени и собственной личности. Дату называет верно. Отношение к исследованию положительное, на вопросы отвечает развёрнуто, подробно. В контакт вступает охотно. Внешний вид опрятный, проявляет интерес к своим результатам, спрашивает о наличии ошибок, если замечает их, то стремится исправить самостоятельно. В отделение поступил по собственному желанию.

Исследование и оценка функциональной межполушарной асимметрии (моторная; слуховая и слухоречевая; зрительная) выявили доминирование левого полушария.

При исследовании памяти были получены следующие результаты: кривая запоминания по методике "10 слов" составила 6-8-9-9 слов, отсроченное воспроизведение – 7 слов, что говорит о незначительном снижении объема механического запоминания. Особенности или нарушений при воспроизведении рассказа не выявлено, сюжет был передан верно, смысл рассказа доступен.

При исследовании внимания были получены следующие результаты: в методике "Шульте" наблюдался достаточный темп выполнения задания (41 с., 47 с., 43 с., 49 с.).

При исследовании мышления были получены следующие результаты: переносный смысл пословиц, поговорок и метафор понимает верно, понимание смысла рассказов и сюжетных картин доступно. Инструкции понимает верно и с первого раза. Исключение 4-го лишнего производит верно, нарушения процессов обобщения и абстрагирования не выявлено.

При исследовании праксиса были получены следующие результаты: пробы на динамический праксис и реципрокную координацию выполняет верно, в достаточном темпе; оральный праксис без нарушений; позный праксис без нарушений.

При исследовании гнозиса были получены следующие результаты: реалистичные, перечеркнутые и наложенные изображения узнает и называет верно; лицевой, цветовой, буквенный и пространственный гнозис без нарушений.

При исследовании счетных операций были получены следующие результаты: счетные операции доступны, отсчитывание от 100 по 7 выполнил без ошибок, в достаточном темпе.

При исследовании речи были получены следующие результаты: автоматизированная и дезавтоматизированная речь без нарушений, чтение и письмо без нарушений.

Таким образом, разбор клинического случая пациента Г. показал, что, алкогольная зависимость в коморбидности с шизофреническим расстройством создает специфический профиль организации психической деятельности, в котором наблюдается сохранность как низших, так и высших

психических процессов, что подтверждается результатами нейропсихологической и патопсихологической диагностики.

Литература:

1. www.who.int/ru
2. www.psychiatry.ru
3. *Кравченко, С.Л. Алкогольная деградация у женщин с разной прогрессивностью и давностью алкоголизма / С.Л. Кравченко // Вопросы наркологии. – 2002. – №6. – С. 18-25.*
4. *Никишина, В.Б. Ассоциативные механизмы состояния зависимости на примере алкогольной зависимости [Текст] / В.Б. Никишина, К.С. Купреева // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2013. – Т. XLV. № 4. – С. 90-91.*
5. *Тархан, А.У. Особенности нарушений высших психических функций при алкогольной зависимости и их прогностическое значение / А.У. Тархан // Вопросы наркологии. – 2001. – №4. – С. 68-77.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИИ

Павлова Л.Е., Недуруева Т.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.

В педиатрии оказание медицинской помощи осуществляется ребенку. Но в виду возрастных и правовых особенностей, ответственность и принятие решений за ребенка несут родители. Поэтому на первый план выходит общение и взаимодействие между родителями (в нашей стране чаще это мать ребенка) и врачом. В результате такого взаимодействия формируется особая система отношений «врач – родитель ребенка-пациента».

Психологические аспекты педиатрической помощи — сложная научная проблема, степень разработки которой и в отечественной, и в зарубежной медицинской психологии всё ещё далека от желаемого уровня

В зависимости от состояния здоровья ребенка ему оказывают медицинскую помощь в различных учреждениях и на различных условиях. Рассмотрим наиболее частое условие оказания медицинской помощи – амбулаторная помощь. Амбулаторный прием происходит в участковых поликлиниках.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ КГДП 8 и ОБУЗ КГДП 5 в декабре-феврале 2014-2015 гг. В исследовании приняло участие 35 матерей, обратившихся за медицинской помощью для детей. Методы исследования - проведение клинической беседы и наблюдение с использованием стандартизированного бланка.

На основании клинической беседы, нами получены следующие данные. Полное доверие врачам высказали 12% матерей, 64% стараются перепроверить назначения врача, 6% всегда перепроверяют назначенное

лечение, 12% никогда не перепроверяют. 22% матерей советуются с другими врачами, 18% советуются с родственниками, 22% советуются с более «опытными» мамами, 64% ищут информацию о лекарствах и способах лечения на интернет-страницах. 8% советуются по поводу лечения детей с помощью интернет-форумах.

В процессе беседы к характеристикам «идеального врача» матери отнесли в 8 индивидуально-психологических характеристик врач, и только 1 характеристика соответствовала профессиональной деятельности врача.

На основе данных полученных с помощью клинической беседы и включенного наблюдения можно сделать следующие выводы. На контакт между врачом и матерью объективно отводится мало времени, по факту не более 10-15 мин. За отведенное время врач должен успеть просить мать и ребенка, провести осмотр, поставить диагноз, назначить лечение и заполнить нормативную документацию. Матери же по результатам опроса, испытывают нехватку времени для общения с врачом и воспринимают данный факт, как игнорирование со стороны врача невнимательность к ситуации заболевания ребенка.

В целом матери не довольны складывающимися отношениями с врачом, малая часть матерей испытывает доверие к назначенному лечению. Основная часть матерей стремится перепроверить назначения лечащего врача, различными способами. Основной способ проверки – это поиск в сети интернет информации о заболевании, методах лечения и лекарственных препаратах. И не всегда полученная информация о верна, а также согласуется с информацией, полученной от врача, что детерминирует сомнения в правоте врача, возможные конфликтные ситуации, нарушение контакта между врачом и матерью, и как следствие нарушение выполнения назначенного лечения.

Таким образом из всего вышесказанного следует заключить важность психологического сопровождения оказания медицинской помощи в педиатрии.

Литература:

1. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с.
2. Конева, Е.В. Характеристики обыденных представлений о взаимодействии врач – родители – ребенок и чувствительность к внешним факторам / Е.В. Конева, В.К. Солондаев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4(27) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 13.12.2014).
3. Лапин, И.П. Комплаенс докладчика и слушателя: приглашение задуматься / И.П. Лапин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22.– № 2. – С. 81-85.
4. Полунина, Н.В. Итоги реализации национального проекта «Здоровье» в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях / Н.В. Полунина,

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ХИМИЧЕСКОЙ «МИКСТ» ЗАВИСИМОСТЬЮ

Перегуда С.Н., Эрденко Д.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность. Наиболее активными потребителями смесей является молодежь. По неофициальным данным в России около 70% лиц до 21 года пробовали или употребляют спайс[1]. Период 2013—2014 годов характеризуется резким всплеском распространения в России синтетических соединений, так называемых - «дизайнерские наркотики». К ним относят различные наркотические соединения, по химическому составу полностью воспроизводящие наркотические свойства последнего либо близкие, но не идентичные по строению вещества[2].

Влияние смесей на психику человека разнообразное и очень сильное: нарушения эмоционально-волевой сферы (от эйфории до отрешённости и ухода в себя), нарушения двигательной сферы пространственной координации (стереотипии, невозможности реализации программы действия и др.), появление слуховых и зрительных галлюцинаций различного эмоционального и содержательного характера; нарушения мышления (уверенность в необычной силе и всемогуществе, бредовые идеи и др.) [4]. В данном клиническом разборе будут рассмотрены нейропсихологические особенности высших психических функций у пациента, с химической «микст» зависимостью.

Клинический разбор. При обследовании использовались: клиническая беседа, наблюдение, комплекс нейропсихологических проб А. Р. Лурия: таблицы Шульте, отсчитывание от 100 по 7, исключение 4-го лишнего, сравнение понятий, методика «опосредование мышления», методика «10» слов, запоминание текстов, проба «Заборчик», пробы на гнозис: узнавание реальных, перечёркнутых, силуэтных изображений, узнавание конфликтных фигур, узнавание фигур Поппельрейтера, узнавание букв, цифр и цветов, узнавание слепых часов, рисование часов, копирование геометрических фигур, срисовывание фигур Рея-Остерлица, проба кулак-ребро-ладонь, проба Озерецкого, проба на реакцию выбора, пробы Хеда, проба на мануальный праксис, прямой и обратный счёт от 1 до 10, понимание слов, фраз и текста, сюжетные картинки, повтор звуков, повтор комплекса звуков, составление устного рассказа по картинкам.

Объективный анамнез: Пациент Е. Год рождения: 01.01.91. Возраст – 24 года. Не женат. Поступил в отделение ОННП 16.04.2015 году в 12:30. Диагноз при поступлении по МКБ-10: F19.40.

Субъективный анамнез: Имеет среднее специальное образование. Окончил 9 классов, далее учился в электротехническом техникуме и торгово-экономическом колледже. В школе с первого по пятый класс учился на «хорошо» и «отлично», далее до 9 класса учился «плохо». Объясняет это наличием «плохих» отношений со сверстниками: «в нашем классе было сложно идти к просвещению». Указывает, что был предметом издевательства со стороны одноклассников. Друзей было очень мало, по словам испытуемого: «если их можно считать друзьями». Учиться нравилось, любимые предметы: математика и физика. Окончив школу (2006 год), пошёл в армию. Отношения с сослуживцами были напряжёнными, доходили до конфликтов. После службы работал продавцом в магазине одежды. Уволился по собственному желанию. Не женат. Семейный состав на данный момент: мать, бабушка, дедушка, брат, сестра. Отец умер. Мать переехала год назад, отношение уже полгода с ней не поддерживаются. Отношения с нынешней семьёй благополучные. На вопрос о том, кто был инициатором поступления в стационар, отвечает, что он сам. При более подробном опросе, отказные реакции.

В детстве были травмы головы. Хронические заболевания отсутствуют. Курит сигареты 14 лет, начал со школы в компании сверстников. Там же стал употреблять алкоголь, в основном пиво и вино. Марихуану попробовал впервые перед службой в армии, также в компании. Первое ощущение – эйфория, спокойствие. Стал употреблять периодически, но не каждый день. Далее, после 14 разового употребления понял, что испытывает удовольствие не от самого приёма наркотического вещества, а при «отхождении». Возникла «спокойная тишина», слышал знакомые и незнакомые голоса, дружески к нему настроенные: «подсказывали мне, правильно я иду, в верном ли направлении...». Сами голоса начал слышать ранее, в 16 лет. Иногда возникали наплывы мыслей (началось после прочтения книги, в 20 лет), часто не мог выделить нужную мысль, много фантазировал, размышлял о строении мира. 4 раза за жизнь возникало «едкое чувство напряжения в груди», в течение которого пациенту было сложно мыслить и в основном всегда лежал. С употреблением наркотических веществ голоса стали более императивными и негативными. Состояние ухудшилось с употреблением спайса, «соли» и их смесей. После потребления спайса указывает, что «обрубают память», появляется заторможенность. После употребления «соли» испытывает прилив бодрости, после сильная подавленность, тоска. Употреблял не внутривенно (слова пациента: «Всегда был против этого»). Общее время употребления наркотических веществ более 3 лет. Не употребляет наркотики полгода.

Профиль латеральной организации – правый (использовались пробы: опросник Аннетт, перекрест пальцев рук, проба «подзорная труба», проба «поза Наполеона», проба «кулак на кулак»). Жалобы: «скучно, настроение подавленное». Ориентировка в себе, личности и в пространстве сохранна. В контакт вступает охотно, настроен доброжелательно, ответы подробные,

отвечает заинтересованно. В начале клинической беседы отвечал коротко, далее ответы были очень подробные и объёмные, затрагивающие личные тематики. Внешний вид опрятный. Мимика тусклая. Критика к своему состоянию формальная. В большинстве случаев ответы на вопросы адекватны, иногда проявляются неадекватные. Утомляемости не наблюдается. Эмоциональный фон ровный, без выраженных эмоциональных реакций. Жестикуляция маловыраженная.

Отсчитывание от 100 по 7 выполнил за 51 секунду с ошибками в расчёте, ошибку допустил в начале («93 – 7 = 81»). В середине выполнения пробы сообщил, что допустил ошибку, исправил её и в заключении дал правильный ответ. Поиск чисел в таблицах Шульте (серии: 1) 1 мин 9 сек. 2) 1 мин 2 сек. 3) 1 мин 7 сек. 4) 58 сек.) выполняет не равномерно по темпу, преимущественно медленно с застреваниями в середине выполнения (в 1 серии застревание на 10 секунде выполнения.; во 2 серии застревание на 11 секунде выполнения; в 3 серии застревание на 13 секунде выполнения; в 4 серии застревание на 15 секунде выполнения; время застревания около 6 - 7 секунд). В начале и в конце темп выполнения достаточно высокий. Включившись в выполнение данных проб испытуемый оживился, появился выраженный интерес, стал разговорчив. При выполнении и после выполнения проб усталости не наблюдается.

Запоминая 10 слов (дом, лес, кот, стол, звон, ночь, игла, пирог, брат, крест), испытуемый активно использует опосредование при помощи пальцев для лучшего запоминания. Серии выполнения пробы: 1) 6 слов; 2) 6 слов; 3) 7 слов; 4) 8 слов; отсроченное воспроизведение - 7 слов. Часто при назывании слов наблюдается соскальзывание: пациент начинает рассуждать на предоставленные слова, пытается раскрыть их содержание. Наблюдается привнесение конфабуляций: «река», «яйцо» и их повтор в других сериях. Во всех сериях воспроизводит преимущественно последние 5 слов (ночь, игла, пирог, брат, крест).

Методики исключение 4-го лишнего, сравнение понятий выполняет с особым интересом. При подробной расспросе указывает, что любит «собирать логические пазлы», так как «голоса часто играют с ним, как и все люди играют в игру». Сравнивает понятия: сова – человек (живые существа, «человек как сова может летать во сне); огонь – вода («огонь уничтожает, вода – жизнь»); ворона – самолёт («летают, имеют крылья», «цвет не совпадает»); берёза – муравей («ветви берёзы как лапки у муравья», «берёза словно перевернутый человек, ветви – его возможные пути»). Исключение 4-го лишнего: кот («всё остальное цветы»); телефон («музыка больше связывает, чем остальное»); катушка («у всех остальных есть отверстие»); книга («на замках, хотя книга тоже на замке, пока не прочитаешь»); монета («остальное всё время»); очки («средства измерения»); топор («спиральные»); воздушный шар («более экологическое средство», «нет железа в строении», «нет лишняя машина, так как на колёсах», «нет, лишние полоски» (указывает на полоски на карточках, отделяющие предметы)). При

выполнении предлагает много вариантов, наполненных личностным предпочтением. Выбирает то верные («лишняя балалайка») то неверные варианты («нет, всё-таки телефон») в пределах одного стимульного материала. При выполнении методики «Опосредование мышления» фиксирует выражения преимущественно схематично. Из 13 зафиксированных словосочетаний и слов воспроизвёл 8.

Нейропсихологическая оценка праксиса по следующим параметрам. Тонус мышц в норме. Выполнение пробы Озерецкого плавное, без застреваний. Выполнение пробы «кулак-ребро-ладонь» плавное, но иногда проявляются элементы инертности и упрощения программы. В начале темп выполнения средний; переход постепенный, без резких ускорений и застреваний. Через 5 – 10 секунд выполнения наблюдаются упрощение программы: ребро под уклоном; пропуск среднего звена. При этом упрощение программы корректируется, темп выполнения низкий, наблюдается инертность: пациенту сложно перестроить старую программу действия на новую. Далее темп выполнения пробы возвращается к оптимальному, ошибок не наблюдается. Выполнение под зрительным и речевым контролем изменений не приносит. Пробу на реакцию выбора выполняет безошибочно.

Пробу Хеда выполняет без ошибок: устойчивая и оптимальная перешифровка оптико-пространственной организации двигательного акта. «Заборчик» выполняет верно (время выполнения = 1 мин 7 секунд): узор аналогичен образцу, застреваний и пропуском не замечено. Копирование фигуры Рея-Остерлица, срисовывание куба указывают на лабильный характер функционирования оптико-пространственного праксиса. В начале пациент скопировал фигуру Рея-Остерлица с искажением (с лишним элементом), которое к концу выполнения пробы исправил. С срисовыванием куба не справился: получалась плоская разобшённая фигура. После повторного предъявления (через 10 минут), испытуемый справился с заданием. С последующим предъявлением рисунка с кубом для срисовывания испытуемый как и в первый раз не справился, но при этом фигура стала более объёмной, не смотря на значительные искажения.

Реальные, контурные, перечёркнутые объекты, конфликтные фигуры и фигуры Поппельрейтера узнаёт и называет. Буквы (перечёркнутые, цветные, комплексные) узнаёт и называет. Цифры (римские, арабские) и цвета (название, предметы имеющие данный цвет) узнаёт и перечисляет. Известные лица узнал и перечислил верно. Пространственное отношение предметов фиксирует безошибочно. Считает (примеры на сложение, вычитание, деление, умножение в одно, два действия) без ошибок, с интересом. Отношения между числами понимает и фиксирует правильно.

Письмо и чтение без ошибок, последовательны, без застреваний и пропусков, темп оптимальный. Экспрессивная речь внятна, выразительна, последовательна. Прямая и обратная автоматизированная речь в норме (прямой и обратный счёт от 1 до 10 и перечисление месяцев выполняет

правильно). Верно повторяет звуки, пары звуков, слова и предложения. Простые и сложные слова понимает, с логико-грамматическими конструкциями справляется без затруднений.

Выводы. Полученные данные указывают на невыраженную инертность психических процессов, незначительно выраженную истощаемость и значительно выраженную инертность внимания; снижение функций модально-неспецифической памяти, что говорит о снижении функционирования подкорковых структур головного мозга.

Невыраженное нарушение мотивационного компонента мышления в виде его разноплановости, лабильность мышления, что указывает о снижении функционирования медиобазальных отделов лобной коры.

Наблюдаются невыраженные затруднения оптико-пространственного праксиса (искажение метричности, размерности, объёмности), проявляющиеся в его лабильном характере, что указывает на снижение функционирования теменно-затылочных отделов головного мозга преимущественно правого полушария. Динамический праксис затруднён, наблюдается также лабильный характер в выполнении.

Узнавание реальных, контурных, перечёркнутых изображений в норме. Узнавание конфликтных фигур и фигур Поппельрейтера не нарушено. Буквенный, цифровой, цветовой, лицевой и пространственный гнозис в норме.

Письмо и чтение сохранены. Прямая и обратная автоматизированная речь в норме, экспрессивная и импрессивная речь не нарушены.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

Во-первых, у пациента выделены 3 основных нейропсихологических синдрома: синдром поражения подкорковых структур головного мозга, синдром поражения медиобазальных лобных отделов и синдром поражения теменно-затылочных отделов головного мозга преимущественно правого полушария;

Во-вторых, в данном случае наблюдается значительное патогенное влияние нарушений функционирования подкорковых структур и медиобазальных лобных отделов головного мозга на функционирование теменных отделов, проявляющихся в лабильном и инертном характере функциональной организации данных функций.

Литература:

1. Алексеева, Д.Н. Распространённость употребления спайса и других синтетических каннабиноидов в молодёжной среде / Д.Н. Алексеева, Е.Е. Дюкова, М.А. Пальчиков, Е.Д. Флекнина / Материалы 16-ой межрегиональной научно-практической конференции.– Воронеж, 2014. – С. 3 – 7.
2. Ленчик, М.В. Пути совершенствования национального законодательства, направленного на противодействие распространению «дизайнерский» наркомании / М.В. Ленчик //

- Вестник сибирского юридического университета ФСКН России. – №4 (17). – 2014. – С. 54 – 62.
3. Никишина, В.Б. Построение психологического тезауруса состояния зависимости / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая // Вестник КГУ им. Некрасова. – №4. – Курск, 2010. – С. 213 – 218.
 4. Чухрова, М.Г. Психические и психосоматические последствия потребления спайсов / М. Г. Чухрова, С. В. Пронин, Н.В. Рыбальчук, В.Э. Иванова // Мир науки, культуры, образования. – №1 (50). – 2015. – С. 423 – 426.

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС

*Редькин А.И. Научный руководитель – доктор психологических наук,
профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии
Молчанова Л.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблема регуляции жизнестойкости спасателей МЧС не вызывает сомнений, поскольку специфика профессиональной деятельности с этих специалистов может способствовать возникновению как негативных психических состояний [1; 7], так и способности личности им противостоять [5; 6; 8]. Психологический конструкт, отражающий способность личности противостоять влиянию различных стрессогенных факторов, получил название “hardiness” [3]. Так, в отечественной литературе это слово переводилось как “жизнестойкость”.

Согласно С. Мадди “hardiness” (жизнестойкость) представляет собой тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, именно потому, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах [3]. В структуру жизнестойкости входят установки включенности (участия в социальном взаимодействии, постоянного контакта с окружающими, что задает позиция сотрудничества), контроля (стремления влиять на жизненные события в противовес ощущению беспомощности, что задает ценность надежности) и вызова (принятия жизненного риска в противовес безопасности и снижению напряжений, что порождает ценность творчества). В этой связи особенно важной в исследовательском и практическом плане является установочная регуляция жизнестойкости спасателей МЧС, специфика деятельности которых характеризуется постоянным или эпизодическим воздействием различных стрессогенных факторов.

В нашем исследовании придерживаемся точки зрения А.С. Шарова, согласно которой психологические механизмы жизнестойкости

рассматриваем как постоянно действующая или ситуативно возникающая под влиянием конкретной психологической ситуации целостная психологическую систему, которая обеспечивает выполнение тех или иных регулятивных функций [9].

Цель исследования состоит в выявлении особенностей установочных механизмов регуляции жизнестойкости спасателей МЧС.

Жизнестойкость спасателей МЧС выступает в качестве объекта исследования.

Особенности установочных механизмов регуляции жизнестойкости спасателей МЧС является предметом исследования.

Эмпирическое исследование проводилось на базах подразделений МЧС г. Курска. В нем приняли участие спасатели МЧС в количестве 60 человек мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет. Стаж профессиональной деятельности составил 0,5-25 лет. В эмпирическом исследовании использовались следующие тестовые методики: опросник жизнестойкости (С. Мадди) в адаптации Д.А. Леонтьева [2], методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере (О.Ф. Потемкина) [4]. В группу методов количественной и качественной оценки данных вошли методы описательной, сравнительной и многомерной статистики. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения ("Statistica 6.0").

Анализ средних значений показателей жизнестойкости и отдельных ее элементов, полученных с помощью опросника жизнестойкости (С. Мадди) в адаптации Д.А. Леонтьева [2], свидетельствует о высоком уровне выраженности: уровня жизнестойкости: $X_{cp.}=97,54\pm 16,95$; и её элементов: вовлеченности: $X_{cp.}=43,71\pm 8,57$; контроля: $X_{cp.}=35,00\pm 6,71$; принятия риска: $X_{cp.}=18,82\pm 4,40$.

На основе метода полярных (контрастных) групп (Д. Фланаган) из общей выборки участников исследования нами были сформированы две группы: с высоким и низким уровнем жизнестойкости.

Проведенный корреляционный анализ взаимосвязей между показателями жизнестойкости и её элементов с показателями социально-психологических установок у спасателей МЧС, имеющих низкий уровень жизнестойкости, указал на следующие результаты (см. таблицу 1).

Таблица 1

Значимые корреляции жизнестойкости и её элементов и показателей состояния психического выгорания спасателей МЧС с низким уровнем жизнестойкости

Наименование показателя	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Ориентация на процесс	0,86**	0,10	0,35*	0,59**

Ориентация на результат	0,48**	0,04	0,43**	0,42*
Ориентация на альтруизм	0,51**	-0,13	0,12	0,24
Ориентация на эгоизм	0,20	0,05	0,24	0,21
Ориентация на труд	0,33	0,09	0,25	0,29
Ориентация на свободу	0,36*	0,06	0,38*	0,35*
Ориентация на власть	0,10	0,25	0,24	0,25
Ориентация на деньги	0,08	0,03	0,13	0,10

*– статистическая значимость при $p \leq 0,05$

**– статистическая значимость при $p \leq 0,001$

Значимые и высоко значимые корреляционные взаимосвязи положительной направленности умеренной, средней и сильной степени выраженности выявлены преимущественно между всеми показателями социально-психологических установок и элементами жизнестойкости спасателей МЧС, имеющих низкий уровень жизнестойкости, что позволяет прогнозировать низкий уровень жизнестойкости при низкой процессуальной и незначимости свободы.

Корреляционное исследование взаимосвязей между показателями жизнестойкости и её элементов с показателями социально-психологических установок у спасателей МЧС, имеющих высокий уровень жизнестойкости, указало на наличие корреляций средней степени выраженности между показателями «вовлеченность» и «ориентация на процесс» ($r=0,63^{**}$), сильной степени выраженности между показателями «жизнестойкость» и «ориентация на процесс» ($r=0,97^{**}$) (см. таблицу 2).

Таблица 2

Значимые корреляции жизнестойкости и её элементов и показателей состояния психического выгорания спасателей МЧС с высоким уровнем жизнестойкости

Наименование показателя	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Ориентация на процесс	0,63**	0,15	0,19	0,97**
Ориентация на результат	0,24	0,06	0,10	0,38
Ориентация на альтруизм	0,01	0,12	0,21	0,23
Ориентация на эгоизм	0,27	0,00	-0,21	0,20
Ориентация на труд	0,23	0,10	-0,002	0,35
Ориентация на свободу	-0,10	0,21	0,13	0,13

Ориентация на власть	-0,03	0,14	0,03	0,09
Ориентация на деньги	0,30	-0,01	-0,18	0,24

*– статистическая значимость при $p \leq 0,05$

**– статистическая значимость при $p \leq 0,001$

Таким образом, высокий уровень жизнестойкости и включенности в профессиональную деятельность обеспечивается процессуальной направленностью.

Исследование установочных механизмов регуляции жизнестойкости спасателей МЧС осуществлялось с использованием сравнительного (критерия U-Манна-Уитни) и множественного регрессионного анализа (обратного пошагового метода) и указало на следующие результаты.

Уровень выраженности показателей социально-психологических установок спасателей МЧС преимущественно соответствует среднему уровню выраженности, за исключением низких значений показателей «ориентация на эгоизм» и «ориентация на деньги», независимо от уровня жизнестойкости, а также «ориентация на процесс», «ориентация на власть» у спасателей МЧС с низким уровнем жизнестойкости. Сравнительный анализ средних значений показателей социально-психологических установок спасателей МЧС указал на значимое преобладание показателей таких социально-психологических установок, как «ориентация на результат» ($X_{cp.1}=4,97 \pm 1,95$; $X_{cp.2}=3,69 \pm 2,37$; $U_{эмп.}=420,0^*$ при $p=0,033$), «ориентация на альтруизм» ($X_{cp.1}=4,26 \pm 1,81$; $X_{cp.2}=3,29 \pm 2,14$; $U_{эмп.}=425,0^*$ при $p=0,037$) у спасателей МЧС, имеющих высокий уровень жизнестойкости (см. таблицу 3)

Таблица 3

Значимость различий в уровнях выраженности показателей социально-психологических установок у спасателей МЧС с различным уровнем жизнестойкости (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U_{эмп.}^* \leq U_{кр.}$)

№ п/п	Наименование показателя	Жизнестойкость				(1)-(2)	
		Низкий уровень		Высокий уровень		$U_{эмп.}$	p
		$X_{cp.} \pm \sigma_x$	Качественный	$X_{cp.} \pm \sigma_x$	Качественный		
1.	Ориентация на процесс	2,43±1,29	низкий	4,06±1,86	средний	290,00*	0,000
2.	Ориентация на результат	3,69±2,37	средний	4,97±1,95	средний	420,00*	0,033
3.	Ориентация на альтруизм	3,29±2,14	средний	4,26±1,81	средний	425,00*	0,037
4.	Ориентация на эгоизм	2,00±1,57	низкий	2,50±1,48	низкий	474,50	0,141
5.	Ориентация на труд	3,86±2,99	средний	4,62±3,01	средний	499,00	0,244
6.	Ориентация на свободу	3,77±2,22	средний	4,29±1,87	средний	511,50	0,311
7.	Ориентация на власть	2,31±1,25	низкий	2,41±1,48	средний	593,50	0,985

8.	Ориентация на деньги	2,26±1,65	низкий	3,00±2,02	низкий	464,00	0,107
9.	Оценивание результатов	5,23±1,85	средний	5,38±1,84	средний	573,50	0,789

* - статистическая значимость

Таким образом, спасатели МЧС, имеющие высокий уровень жизнестойкости, в большей степени ориентированы на альтруистические ценности и получение результата в своей деятельности, часто в ущерб себе, вопреки помехам и неудачам.

Низкий уровень жизнестойкости спасателей МЧС обеспечивается такими психологическими механизмами, как «ориентация на процесс» ($\beta=5,26$ при $p=0,0002$), «ориентация на результат» ($\beta=-2,27$ при $p=0,032$), «ориентация на альтруизм» ($\beta=-4,74$ при $p=0,004$), «ориентация на труд» ($\beta=1,99$ при $p=0,012$) ($R=0,77$, $F=3,97$, $KMD=0,59$, $df=9,25$, $p=0,003$). На «вовлеченность» спасателей МЧС, имеющих низкий уровень жизнестойкости, влияют такие социально-психологические установки, как: «ориентация на процесс» ($\beta=3,04$ при $p=0,000$) ($R=0,88$, $F=9,15$, $KMD=0,77$, $df=9,25$, $p=0,000006$), а «принятие риска» - «ориентация на процесс» ($\beta=1,11$ при $p=0,031$), «ориентация на результат» ($\beta=1,36$ при $p=0,002$), «ориентация на альтруизм» ($\beta=-2,37$ при $p=0,0005$), «ориентация на эгоизм» ($\beta=0,96$ при $p=0,051$), «ориентация на труд» ($\beta=0,91$ при $p=0,004$) ($R=0,75$, $F=3,87$, $KMD=0,56$, $df=9,25$, $p=0,006$). Таким образом, низкая жизнестойкость, спасателей МЧС поддерживается процессуальной направленностью, «разумным эгоизмом», установкой на труд, в ущерб выходным и отпуску.

На высокий уровень жизнестойкости спасателей МЧС влияют такие социально-психологические установки, как «ориентация на процесс» ($\beta=-2,90$ при $p=0,000$) ($R=0,97$, $F=50,71$, $KMD=0,95$, $df=9,20$, $p=0,0000$). Таким образом, стремление спасателей МЧС вопреки всему достичь результата в своей деятельности повышают жизнестойкость.

Литература:

1. Агапитова, Е.С. Психологические ресурсы жизнестойкости и проблема предупреждения эмоционального выгорания у сотрудников МЧС / Е.С. Агапитова, Н.А. Левина // Социально-экономические явления и процессы. – №7-8 (041-042), 2012. – С. 238-243.
2. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 33 с.
3. Мадди, С. Теории личности: сравнительный анализ / С. Мадди // Пер. с англ. И. Авидона, А. Батустина, П. Румянцевой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 539 с.
4. Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере URL: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/2010-05-28-14-04-32/234-attitude>. (дата обращения: 15.10.2014).

5. Молчанова, Л.Н. Жизнестойкость как детерминанта состояния психического выгорания у спасателей МЧС /Л.Н. Молчанова, А.И. Редькин // Перспективы науки и образования. – №1. – 2014.- С.216-223.
6. Молчанова, Л.Н. Жизнестойкость как психологический ресурс в регуляции состояния психического выгорания в условиях экстремальной деятельности / Л.Н. Молчанова, Т.В. Недуруева, А.А. Кузнецова // Международный журнал экспериментального образования. – № 2-1.– 2015. – С.88-89.
7. Молчанова, Л.Н. Закономерности трансформации состояния психического выгорания у представителей экстремальных профессий / Л.Н. Молчанова // Перспективы науки и образования. – №4. – 2013. – С.161-169.
8. Фомина, А.Н. Феномен жизнестойкости с точки зрения уровневого подхода к психике человека / А.Н. Фомина.– [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.klex.ru/gro>.
9. Шаров, А.С. Система ценностных ориентаций как психологический механизм регуляции жизнедеятельности человека: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. С. Шаров. – Новосибирск, 2000. – 27с.

К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ В КОНТЕКСТЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА С ИНТЕРАКТИВНЫМИ МЕДИАПРОДУКТАМИ

*Савицкий А.В., Разуваева Т.Н. Научный руководитель –доктор
психологических наук, профессор Разуваева Т.Н.*

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Современный мир невозможно представить без интернет-технологий. Огромная часть социальных процессов общения перешли в интернет. Коммуникация людей опосредствуется виртуальной средой, и вхождение в эту среду может протекать по-разному: как позитивно, так и негативно. В качестве негативного полюса, обычно говорят о случаях, когда виртуальная-среда так захватывает людей, что в ней они могут проводить изрядную часть времени в ущерб реальному социальному взаимодействию. Для обозначения таких негативных случаев в современной психологической науке появилось такое понятие, как интернет-аддикция, которую некоторые исследователи связывают с нехимическими зависимостями, такими как работоголизм и гэмблинг [3].

При достаточно большом потоке исследований на тему интернет-зависимости единой точки зрения на психологический механизм ее возникновения в настоящее время не существует. Возникновение интернет-зависимости, как правило, связывают с возможностью гибкой смены ролей в

виртуальном пространстве, возможностью переживания нового опыта, анонимностью, дающей чувство безопасности и т.п.

Если рассматривать частные исследования на эту тему, то они обычно касаются изучения тех или иных личностных особенностей людей с разной степенью погруженности в виртуальную среду. При этом сами параметры интернет-среды, которые могли бы быть триггерами, запускающими формирование зависимости или облегчающие вхождение пользователя в виртуальный мир, в экспериментальных условиях практически не изучаются. В большинстве исследований интернет-аддикции процесс, характеризующий взаимодействие человека с интернет средой, констатируется пост-фактум, обычно через анализ данных опросников о количестве времени, проведенном в сети, и тестов, направленных на выявление тех или иных личностных особенностей.

На наш взгляд, одним из важных параметров виртуальной среды, обеспечивающим гибкость взаимодействия человека с информацией в интернете, является возможность реагирования системы на действия пользователя, которую мы связываем с интерактивностью. Интерактивность понимается как диалоговое взаимодействие, организованное программно-аппаратными средствами через символично-графический интерфейс художественного цифрового экранного произведения, где ключевой задачей является погружение зрителей в заданное автором пространство [3].

Именно возможность быстрой обратной связи, основанная на диалогических коммуникативных моделях [6], позволяет говорить о смещении полюса взаимодействия человека с информацией в системе «субъект-объект» ближе к полюсу отношений «субъект-субъект».

Мы исследовали то, как влияет внедренный компонент интерактивности в медиапродукт, содержащий проблемную ситуацию, на принятие решения пользователем по сравнению с принятием решения пользователями, получившими информацию посредством неинтерактивного медиапродукта. Таким образом, в нашем исследовании мы сделали попытку операционализации компонента интерактивности, связанного с возможностью гибкой обратной связи с пользователем.

Данное предположение об интерактивности виртуального пространства и внедрение диалогических моделей в медиапродукты согласуется с существующими исследованиями на тему интернет-аддикции, в которых отмечается динамичное взаимодействие между аддиктом и виртуальным миром посредством обратной связи, что может приводить к ослаблению связей с реальностью [1].

Рассматривая интерактивность как некий триггер, облегчающий вхождение в заданную среду, или как средство, обеспечивающее сокращение психологической дистанции, нас заинтересовал вопрос выбора пользователей в проблемной ситуации. Проблемы риска и выбора, особенно в ситуации неопределенности, связаны друг с другом. В частности риск с точки зрения субъекта есть там, где есть несоответствие между необходимыми и

имеющимися возможностями для управления ситуацией. Также важным параметром является когнитивная репрезентация риска – психологический фактор, позволяющий принять риск не просто на когнитивном уровне, но и перевести его на уровень действия [6].

Исходя из этого, можно говорить о том, что когнитивный стиль человека, как способ его оперирования с проблемной ситуацией, является тем психологическим фактором, который связан с когнитивной репрезентацией риска.

В своем исследовании мы использовали на разных группах интерактивный и неинтерактивный медиапродукт, содержащий проблемную ситуацию, с возможностью последующего выбора из нескольких предложенных вариантов, с целью оценки влияния интерактивности на принятие решения. Иными словами, способствует ли погруженность в контент медиапродукта выбору более рискованного решения.

Таким образом, цель нашего исследования – изучить влияние интерактивности на выбор в проблемной ситуации.

Была выдвинута следующая общая гипотеза:

Предположение о различии выборов респондентами рискованных ответов в контрольной и экспериментальной группах.

Частная гипотеза:

Предположение о том, что в случае постановки проблемной ситуации в интерактивном формате число рискованных решений увеличится.

Схема предстоящего исследования:

R x O1 (экспериментальная группа)

R O2 (контрольная группа)

Где, **x** – воздействие (показ задания, содержащего проблемную ситуацию, и возможные варианты решения в форме интерактивного медиапродукта).

O1 – замер количества выборов (рискованных / безопасных) в экспериментальной группе после просмотра интерактивного рекламного ролика; **O2** – замер количества выборов (рискованных / безопасных) после просмотра не интерактивного рекламного ролика.

В качестве контролируемого параметра выступил показатель полезависимости / независимости испытуемых, как способ восприятия, оценки информации и принятия решения. Данный параметр нами контролировался, чтобы не принять особенности когнитивного стиля испытуемых за влияние независимой переменной. Изучение полезависимости / полнезависимости происходило после экспериментальной части при помощи методики Готшильда «Тест включенных фигур».

Выборку составили 60 человек: 21 – в контрольной, 39 в экспериментальной группе; в возрастном диапазоне от 17 до 36 лет; 25 мужчин, 35 женщин.

Этапы и процедуры исследования:

Процедура исследования состояла в общем виде из следующих этапов:

1) Подбор испытуемых (посредством социальных сетей в среде Интернет);

2) Предоставление инструкции испытуемым. В тексте инструкции находилась ссылка на рекламный ролик, который испытуемый просматривал в режиме on-line (ресурс www.youtube.com)[5]. За основу была взята и модифицирована задача, приведенная в статье «Рациональный выбор, ценности и фреймы» Д. Канемана, А. Тверски [6].

Модифицированный вариант задачи:

В одном из отдаленных поселков, численность жителей которого составляет 6000 человек обнаружен смертельный вирус. Если ничего не предпринять, то все 6000 человек умрут. Нам была экстренно выделена определенная сумма, которую мы можем потратить на одну из двух программ: программу «А», программу «Б».

Программа «А» - эвакуация. Мы можем организовать экстренную эвакуацию людей. К сожалению, месторасположение поселка таково, что мы сможем вывезти лишь 2000 человек. Людей из отдаленного района экстренно вывести не получится. Таким образом, спасая 2000 человек, 4000 - мы обрекаем на смерть.

Программа «Б» - сыворотка 33/67. Наши ученые разработали экспериментальную сыворотку. Если ее применить, существует вероятность в 33%, что она сможет поборот вирус, тогда выживут все. В то же время исследования проведены не в полной мере, и существует обратная вероятность - в 67%, что сыворотка не сработает, и тогда не спасется никто. Поэтому сыворотка и называется «33/67».

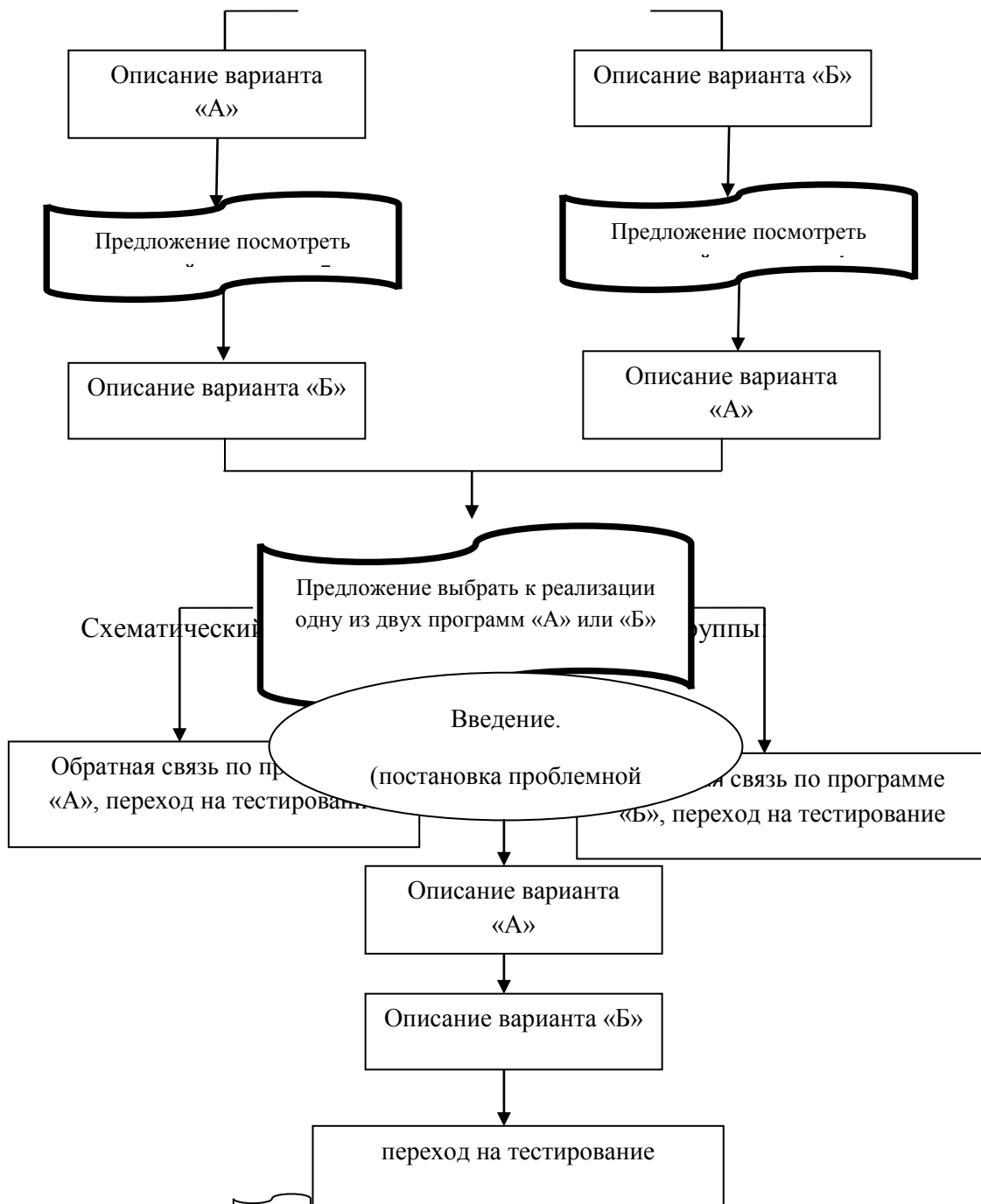
Как уже было сказано выше, мы модифицировали вариант задачи, используемый Д. Каннеманом и А. Тверски. В нашем исследовании, в отличие от иностранных ученых, мы предъявляли испытуемым всю информацию по возможным последствиям программ «А» и «Б», как с точки зрения «выигрышей», так и с точки зрения «рисков». Сделано это было для того, чтобы изучить именно влияние интерактивности на принятие решение, а не содержательный аспект предъявляемой проблемной ситуации.


В количественном соотношении варианты «А» и «Б» идентичны: математическое ожидание и в том и в другом случае составляет 2000 человек, но вариант «А» (эвакуация) относится к безопасным выборам, в то время как вариант «Б» (сыворотка) – к рискованным за счет 67% вероятности гибели всех жителей.

На основании данной задачи, нами было сделано 2 варианта заданий в формате видеоролика.

Схематический вариант ролика для экспериментальной группы:





Фигурой «» обозначен запрос пользователю на взаимодействие с роликом. Таким образом, испытуемым в экспериментальной группе была предоставлена возможность более полного взаимодействия с транслируемой информацией, возможность влиять на ход ее изложения и делать выбор в интерактивном формате в поле самого видео.

По окончании просмотра испытуемые экспериментальной и контрольной групп направлялись на on-line версию теста Готшильда «Тест включенных фигур» для оценки показателя полнезависимость/полнезависимость [5].

Результаты исследования:

В таблицах 1 и 2 представлены значения дисперсии и результаты непараметрического критерия Колмогорова-Смирнова всей выборки по данным теста Готшильда «Тест включенных фигур».

Таблица 1

**Данные частотного анализа (дисперсии)
по данным методики «Тест включенных фигур» Готшильда**

а - вычислено по данным	N	Валидные	60	сгруппированным
		Пропущенные	13	
	Медиана		1,3067(а)	
	Стд.отклонение		,54793	
	Дисперсия		,300	
	Минимум		,53	
	Максимум		2,97	

Данные частотного анализа показали незначительную дисперсию по измеряемому параметру полезависимости/полenezависимости $D[X]=0,3$, внутри всей выборки.

Данные непараметрического критерия Колмогорова-Смирнова, также подтверждают отсутствие различий между контрольной и экспериментальной группами по параметру полезависимости/полenezависимости: $p>0,05$.

Таблица 2

**Данные непараметрического критерия
Колмогорова-Смирнова по методике «Тест включенных фигур»
Готшильда**

		VAR000 09
Разности	Модуль	,330
экстремумов	Положительные	,070
	Отрицательные	-,330
Статистика Z Колмогорова-Смирнова		1,218
Асимпт. знч. (двухсторонняя)		,103

Исходя из данных, представленных в таблицах 1 и 2, можно говорить о равнозначных показателя полезависимости / полenezависимости испытуемых в контрольной и экспериментальных группах.

В таблице 3 приведены данные выборов ответов «А» и «Б» испытуемыми контрольной и экспериментальной групп.

Из полученных результатов видно, что решение задач, заданных в интерактивной форме, примерно на 50% повышает вероятность принятия испытуемыми рискованного решения по сравнению с неинтерактивным форматом.

В ходе исследования выдвинутая гипотеза подтвердилась, о чем свидетельствует увеличение числа выборов рискованных вариантов в экспериментальной группе.

Таблица 3

**Сравнительное количество выборов ответов «А» и «Б»
в контрольной и экспериментальной группах**

Группа	Всего испытуемых	Кол-во выборов вариантов:	
		«А» (безопасный)	«Б» (рискованный)
<i>Контрольная</i>	21	11 (52%)	10 (48%)
<i>Экспериментальная</i>	39	14 (36%)	25 (64%)

Таким образом, возможность взаимодействовать со средой в виде интерактивных ссылок, является тем средством, которое позволяет уменьшить психологическую дистанцию между пользователем и транслируемой информацией. Вероятно, благодаря этому, снижается критичность к оценке своих поступков. Т.е. пользователь в случае решения задачи, представленной интерактивным роликом, оценивает ситуацию не отстраненно, а более лично. Также в данном случае можно говорить о том, что погружение интерактивную в среду, связано не только с более активной позицией, но и со снижением уровня критичности к воспринимаемой информации, переоценке возможности и смещением вероятностного исхода к более желаемому (выигрышному) варианту.

Результаты данного исследования применимы для интерпретации некоторых психологических механизмов возникновения интернет-аддикции и зависимости от компьютерных игр, которые, по сути, используют данный формат взаимодействия с пользователем. Гибкость среды, обеспечиваемая системой ссылок, возможностью получения мгновенного ответа на свои действия, по-видимому, является тем средством, которое вводит человека в особое состояние, связанное со снижением критичности и переоценке своих возможностей. Данное обстоятельство, судя по всему, в случае удачного исхода выбора дает большую позитивную эмоциональную реакцию, по сравнению с негативным эмоциональным откликом в случае неудачи, что делает взаимодействие в интернет среде более привлекательным, т.к. субъективная оценка «выигрыша» в случае его появления компенсирует большую часть неудачных исходов.

Литература:

1. Буренко, Д.Л. Социально-психологическая эффективность воздействия рекламы торговой марки на целевую аудиторию: дис. ... канд. псих. наук / Д.Л. Буренко. – М.: 2005. – 251 с.
2. Канеман Д., Тверски А. Рациональный выбор, ценности и фреймы // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. – № 4. – С. 31-42.

3. Корнилова, Т.П. Психологическая регуляция принятия интеллектуального решения: дис... д-ра психол. наук / Т.П. Корнилова. – М.: МГУ, 1999. – 464 с.
4. Ресурс: URL:[http: www.simpoll.ru](http://www.simpoll.ru)
5. Ресурс: URL:[http: www.youtube.com](http://www.youtube.com).
6. Чичканов, Е.С. Интерактивность как форма диалога в пространстве цифрового экранного произведения / дис. канд. искусствоведения / Е.С. Чичканов. – СПб.: 2011.– 165 с.

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ ПЕРВОГО КУРСА**
*Савостина Е.А. Научный руководитель – кандидат психологических наук,
доцент Шкилёв С.В.*

Педагогический Институт факультета психологии Белгородского
государственного национального исследовательского университета,
г. Белгород, Россия

Активное развитие социально-экономических факторов, накопление определённых базовых знаний в различных сферах научной деятельности, стремительные процессы информатизации общества, в целом, всё это определило абсолютно новый и высокий порог требований к самому человеку. Нынешнему социуму необходим именно тот тип людей, в котором каждый сможет не только существовать в данной сфере, но и реализовывать свой внутренний потенциал в ней [1].

Для существующей в нашей стране системы образования, лидирующую позицию занимает проблема социально-психологической адаптации студентов первого курса. Ведь успешная адаптация первокурсника в ВУЗе во многом предопределяет дальнейшее профессиональное будущее и личностное развитие самого специалиста. Это и побудило нас провести лонгитюдное исследование по определению факторов, способствующих скорейшей адаптации, выявлению неких особенностей адаптивного поведения студентов-первокурсников и составить сравнительную характеристику личностных психологических сил развития[2]

Используя методику диагностики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда, мы выявили ряд особенностей и характеристик личности студента-первокурсника. Нашими испытуемыми стали 65 студентов первокурсников медицинского факультета. При анализе результатов хочется отметить, что, изучая критерий «адаптивности», средний балл которого в начале октября составлял 152,62, сменился на более высокий (162,88) при повторном тестировании в последних числах декабря. Это говорит о том, что за определённый промежуток времени испытуемые легко адаптировались к новым условиям деятельности, быстро «вошли» в новый коллектив, достаточно легко и

адекватно ориентировались в различных ситуациях, быстро выработали стратегию своего поведения и социализации.

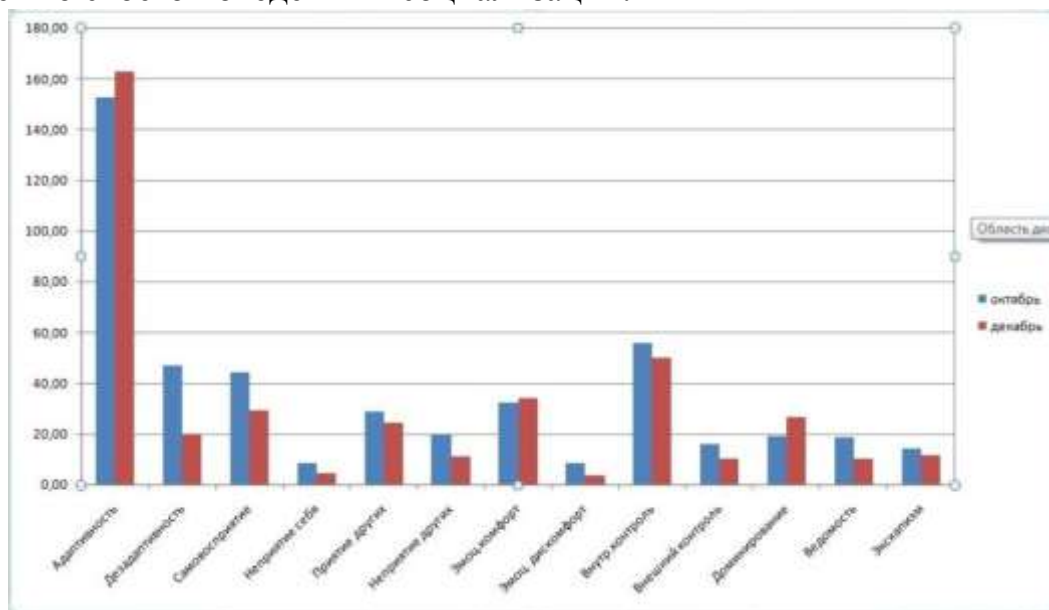


Рис.1. Динамика социально-психологических свойств адаптации

Сравнивая данные, полученные в октябре и декабре по параметру «дезадаптивности», нельзя не отметить то, что осенью средний балл приравнивался к 46,88, а уже в декабре значение стало составлять 19,95. Это объясняется тем, что в процессе адаптации успеваемость по изучаемым дисциплинам характеризуется хорошей и удовлетворительной, произошла сформированность компонентов учебной деятельности.

Вместе с тем, у студентов отмечены средние показатели (44,12 и 29,30) по параметру «самовосприятие», что характеризует их как людей с адекватной самооценкой. Сравнивая показатели осеннего и зимнего тестирования, в декабре отмечается значительный спад по баллам, что говорит о том, что большинство студентов стали редко задумываться или вообще не уделять внимания в настоящий момент собственному самовосприятию, самовыражению и собственной индивидуальности.

В сентябре средний балл по «неприятию себя» составлял 8,47, а уже в декабре он снизился до 4,40, что говорит о том, что благотворная среда вуза оказала положительное влияние на психологическое состояние большинства испытуемых и с течением некоторого времени, благодаря активной жизненной позиции и установлению новых социальных контактов, уровень «неприятия себя» снизился до положительной отметки.

Анализ средних показателей методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд по критериям «самовосприятия» и «неприятия себя» показывает, что во всех возрастных группах испытуемые демонстрируют средний уровень притяжения себя (44,12) и низкий уровень самонеприятия (4,40) (за исключением группы испытуемых, значения которых по шкале неприятия себя попадают в границы нормы). Это свидетельствует о преимущественно позитивной окраске образа собственного Я, характерной для обследованной выборки.

Анализ критерия «приятия других» позволяет нам утверждать, что происходит резкий спад баллов по сравнению с осенним тестированием (28,53 – 24,43), что, возможно, объясняется тем, что первоначально для многих испытуемых просто необходимо было понимание эмоционального состояния других членов группы посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир. А со временем, большинство студентов, уже избирает свой личный круг общения и старается вытеснять людей, которые, тем или иным образом, не соответствуют параметрам и критериям, заданным определённой группой людей [3].

«Неприятие других» рассматривается как осознанное или сложившееся в культуре на уровне обычая ограничение возможностей социальной самореализации, критическое и презрительное отношение к окружающим людям в большей степени было характерным для студентов в сентябре (19,73). Затем в декабре уровень ответов снизился до 10,93, что означает положительное доброжелательное отношение к другим членам группы, благотворное влияние ВУЗа, учебной и внеучебной деятельности на факультете.

Числовое значение эмоционального комфорта с 32,07 повысилось до 33,92, что как раз и подтверждает тот факт того, что учебный процесс довольно часто сопровождается нарастанием эмоционального напряжения и последующей эскалацией тревоги и страха, но в положительно созданной адаптированной среде данные параметры создают вовсе не негативный трамплин для благотворного эмоционального комфорта студента, а наоборот, позволяют испытуемым находиться в состоянии уверенности, спокойствия, удобства. Следующий критерий оценки это «эмоциональный дискомфорт». В ходе тестирования опрошенных студентов, на момент осеннего подсчёта баллов среднее значение не превышало 8,40, но уже зимой отметка среднего значения соответствовала 3,65, что говорит о том, что испытуемые смогли снизить в ходе адаптационного периода у себя наблюдаемые состояния в начале обучения в ВУЗе, характеризуемое как состояние, переживаемое как неприятное, тягостное. Следующий параметр, на который стоит обратить внимание, это «внутренний контроль» испытуемых, показатель которого снизился с 55,55 до 50,17. Это говорит о том, что в ходе адаптации в ВУЗовской среде у студентов произошло адекватное самопонимание, осознание, самоконтроль, понимание собственной психической жизни, взаимосвязей и взаимоотношений в самом себе и с самим собой, представления о самом себе за счет интеграции сознанием неосознаваемого ранее материала.

Таблица 1

Динамика показателей социально-психологической адаптации

<u>Критерий</u>	<u>Сентябрь</u>	<u>Декабрь</u>
Адаптивность	152,62	162,88
Деадаптивность	46,88	19,95
Самовосприятие	44,12	29,30
Неприятие себя	8,47	4,40
Приятие других	28,53	24,43
Неприятие других	19,73	10,93
Эмоциональный комфорт	32,07	33,92
Эмоциональный дискомфорт	8,40	3,65
Внутренний контроль	55,55	50,17
Внешний контроль	16,02	10,23
Доминирование	19,10	26,43
Ведомость	18,77	10,10
Эскапизм	14,18	11,67

А вот изучая критерий «внешнего контроля» хотелось бы отметить, что его показатели также снизились с 16,02 до 10,23, что говорит о том, как внешняя среда обстоятельств влияет на успехи испытуемых и их плодотворную деятельность. Большинство испытуемых, подверженных внешнему контролю, склонны верить в то, что их судьба зависит от удачи, случая или власти имущих. У показателя «доминирование» - главенствующее положение над другими субъектами (господствование, преобладание, быть основным, командование) среднее значение в октябре равнялось 19,10, но уже в декабре данный бал поднялся до 26,43, что означает повышение стремления контролировать свое социальное окружение, воздействовать на других, давать советы, обольщать, убеждать, приказывать, запрещать, отговаривать.

Говоря о показателе «ведомости», нельзя не отметить, что в осенний период у испытуемых среднее значение показателя приравнивалось к 18,77, но уже зимой опустился до 10,10. Это всё говорит о снижении зависимостей, тенденции полагаться на чужое мнение, не конкурировать, не соревноваться с другими людьми и стараются оставаться в тени и следовать указке руководителей без возражений.

Что касается уровня «эскапизма» у испытуемых, то с отметки 14,18 уже зимой у студентов данный уровень достиг отметки 11,67, что говорит нам непосредственно о том, что у испытуемых во время адаптационного периода снизился уровень стремления уйти от мрачной действительности в мир иллюзий. Также у большинства студентов эскапизм может возникать в виде ответной реакции на постоянный и сильный стресс, вызываемый психологическими травмами, напряжённой учебной деятельностью, кризисными ситуациями.

Анализ полученных нами данных по проведенной методике (методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда) показывает, что в процессе адаптации 1 курса (с октября по

декабрь) намного выше уровень показателей, отмеченных в декабре. Показатели по приятию других людей высокие, это говорит о низком уровне конфликтности в группах. Эмоциональная комфортность у студентов так же высокая, что показывает о качественном процессе адаптации в вузе. Стремление к доминированию во всех группах, по результатам проведенной методики, не высокие. В общем, можно сказать, что все показатели входят в норму, и какие – либо отклонения отсутствуют.

Литература:

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология / Г.С. Абрамова. –М.: Просвещение. – 2012.– 39 с.
2. Дербенев, Д.П. Социальная адаптация подростков / Д.П. Дербенев. – М.: Социальный журнал. – №1/2. – 2014. – 147 с.
3. Кулагина, И.Ю. Личность школьника / И.Ю. Кулагина. – М., 2013. –56 с.

СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПОДРОСТКОВ О РЕЗУЛЬТАТАХ КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Самосват О.И. Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор Никишина В.Б.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В связи с растущим числом пользователей интернета и, в частности, социальных сетей, появилась необходимость исследования процессов, происходящих в данной части виртуальной реальности.

Первая социальная сеть была создана в 1995 году Рэнди Конрэдсом и имела своей целью поиск одноклассников и общение с ними. С появлением Facebook в 2004 году произошел резкий скачек увеличения пользователей социальных сетей, тогда же появились и новые функции профилей, которые расширяли спектр возможностей использования ресурса[4].

Всего в мире на 2014 год число пользователей интернета превысило отметку в 3 млрд. человек, из них более половины являются пользователями социальных сетей (20% от населения планеты)[5]. В России число пользователей интернета достигает 80 млн. человек, из них 95% являются пользователями социальных сетей. Согласно статистическим данным Adobe Social- количество пользователей социальных сетей с 2010 по 2015 год выросло почти в два раза (с 37,5 млн. человек до 76 млн.)[8]. Из них больше половины общего числа пользователей насчитывает молодежь.

Подросток, желающий отделиться от родителей, ищет группу, в которой он мог бы проявить себя как взрослый [1, 2]. Интернет (или социальная сеть) – самый доступный и безопасный (с точки зрения подростка) способ нахождения такого общения. Но, на самом деле, он часто приводит подростков к деструктивным движениям, так как появившееся

половое влечение и обострившаяся эмоциональная возбудимость актуализирует влечение к агрессии, демонстративности, конформизму.

Социальная сеть выступает как система пользователей, соединенных виртуальными взаимосвязями [6, 8]. Процессы, происходящие в социальных сетях, могут быть не связаны с процессами объективной реальности [4,6], однако, они оказывают влияние на самовосприятие подростка и его коммуникативное поведение.

Каждый подросток, регистрируясь в социальной сети и проявляя в ней коммуникативную активность, рассчитывает на определенный результат своей деятельности [7]. Мы выделили следующие категории возможных результатов коммуникативной активности в социальных сетях: социальное принятие; коммуникация; информация; уверенность в себе; деятельность; самовыражение; снятие стресса, способ отвлечься от проблем, развлечения; иное.

Социальное принятие в социальной сети выражается в получении элементов социального одобрения социальной сети. Ключевыми элементами социального одобрения социальной сети, являются – лайки, комментарии, репосты, подписки. По средствам получения социального одобрения в социальных сетях, человек реализует свою потребность в социальном принятии.

Коммуникация в социальной сети выражается как в приватной коммуникативной активности, так и в групповой коммуникации, так и в форме монолога по средствам публикации информации на персональной странице профиля, без дальнейшего диалога к ней. По средствам коммуникации в социальных сетях, человек реализует свою потребность в общении.

Информация в социальной сети может содержаться как в открытом доступе, так и в закрытом. Информация в социальных сетях представлена в виде текста, графических изображений, фото и видео материалов. Зачастую, социальные сети располагают богатой базой информации по любому интересующему запросу. По средствам получения информации через социальные сети, человек реализуют свою потребность в знаниях.

В социальной сети возможно повысить уверенность в себе, это можно сделать в виду различных феноменов социальных сетей. Например, используя феномен анонимности, можно изображать определенного персонажа в коммуникации, чувствуя себя уверенней за счет сокрытия информации о своей реальной личности. Также в виду феномена опосредованной коммуникации, общение в социальной сети является более безопасным, чем в объективной реальности (больше времени на ответ, есть возможность исправиться, есть возможность исключить или исказить эмоциональный компонент и т.п.). По средствам повышения уверенности в себе в социальных сетях, человек может приобрести большую уверенность в реальном общении (возможен и обратный механизм).

В социальной сети возможны различные виды деятельности. Через социальную сеть можно устанавливать деловые отношения, можно рекламировать свою продукцию или свою деятельность, можно строить карьеру, приглашать большие группы людей на мероприятия и т.п. Существуют различные бизнес-проекты работающие именно через социальную сеть. Осуществляя различные виды деятельности в социальных сетях, человек может реализовать свою потребность в самореализации.

Социальная сеть позволяет пользователю самовыражаться в любом интересующем его направлении. Начиная от возможности самостоятельно составить свой профиль, свой плейлист, свой список друзей и т.п., и заканчивая возможностью публиковать свои продукты творчества для широкой аудитории и участием в конкурсах с получением материальных призов. Таким образом, самовыражение в социальных сетях реализует потребность человека в самореализации, принятии и творчестве.

Снятие стресса и способы отвлечься от проблем – это еще одна возможность социальных сетей. В социальных сетях человек сам контролирует процесс своей активности. Он выбирает темп, выбирает качество и количество информации, коммуникации и деятельности в социальных сетях. Социальные сети представляют обширный выбор средств для снятия стресса – музыка, игры, любые направления хобби, специализированные группы, содержащие методы и технологии избавления от стресса и прочее. Выбирая социальную сеть как способ избавления от стресса, человек реализует свою потребность в безопасности и отдыхе. Однако целенаправленный поиск субъектом безопасности и отдыха в социальных сетях может стать причиной возникновения от них зависимости [7].

Развлечения в социальных сетях представлены в виде ролевых игр, онлайн игр, приложений, аудио и видео файлов, графических изображений, статей и т.п. Выбирая социальную сеть как способ развлечения, человек реализует свою потребность в отдыхе и деятельности.

Могут быть и иные результаты коммуникативной активности в социальных сетях, которые субъективно значимы для пользователей (сексуальное удовлетворение, поиск острых ощущений и др.).

Таким образом, мы выдвинули гипотезу о том, что социальные сети реализуют нереализованные потребности индивида из объективной реальности.

Мы выделили для себя область коммуникативного поведения подростков в социальных сетях и обозначили в качестве цели исследования - изучение субъективных представлений подростков о результатах коммуникативной активности в социальных сетях. Объектом исследования является коммуникативное поведение подростков в социальных сетях. Предметом – субъективные представления подростков о результатах коммуникативной активности в социальных сетях.

Определив для себя спектр изучаемых задач, мы сформировали выборку исследования: подростки 14-17 лет русскоговорящие, активно использующие социальные сети (не менее трех) (111 человек). Исследование осуществлялось в социальных сетях Facebook [<https://ru-ru.facebook.com>], Twitter [<https://twitter.com>], ask.fm [<http://ask.fm>], Спрашивай.ру [<http://sprashivai.ru>] в 2013-2015 г.г.

Исследование проводилось посредством следующих методов и методик: опросник «Что вам дают социальные сети». Результаты опроса «Что вам дают социальные сети» представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты опроса «Что вам дают социальные сети»

№	Показатель	Число	Процент
1	Социальное принятие	73	66%
2	Коммуникация	92	83%
3	Информация	89	81%
4	Уверенность в себе	33	30%
5	Деятельность	26	23%
6	Самовыражение	49	44%
7	Снятие стресса. Способ отвлечься от проблем.	98	88%
8	Развлечения	92	83%
9	Иное	22	20%

Ключевыми результатами коммуникативной активности в социальных сетях среди подростков являются – коммуникация (83%), информация (81%), снятие стресса (88%), развлечения (83%).

Таким образом, подростки реализуют в социальных сетях следующие нереализованные потребности – безопасность и отдых, знания, общение.

Большая часть подростков обращаются к социальным сетям в надежде отвлечься от проблем и избавиться от стресса. Подросток имеет возможность сам контролировать свои действия в социальной сети и выбирать область, в которой он будет осуществлять деятельность. Он может поделиться своими проблемами, или почитать о похожих проблемах в тематических сообществах, он может отвлечься изучая информация, которая представлена в социальных сетях в различных формах, может выплеснуть накопившиеся эмоции и стресс проецируя их на людей или объекты не относящиеся к его близкому кругу (а значит безопасные).

Подростки обращаются к социальным сетям в поисках общения. Завести знакомство и поддерживать коммуникацию в социальных сетях намного проще, чем в объективной реальности. Это безопаснее, а также гарантирует подростку то, что он сам сможет контролировать количество и качество своего общения.

Выводы. Каждый подросток, регистрируясь в социальной сети и проявляя в ней коммуникативную активность, рассчитывает на определенный результат своей деятельности. Категории возможных

результатов коммуникативной активности в социальных сетях: социальное принятие; коммуникация; информация; уверенность в себе; деятельность; самовыражение; снятие стресса, способ отвлечься от проблем, развлечения; иное.

Социальное принятие в социальной сети выражается в получении элементов социального одобрения социальной сети. По средствам получения социального одобрения в социальных сетях, человек реализует свою потребность в социальном принятии.

Коммуникация в социальной сети позволяет человеку реализовать свою потребность в общении.

Информация в социальных сетях представлена в виде текста, графических изображений, фото и видео материалов. По средствам получения информации через социальные сети, человек реализуют свою потребность в знаниях.

В социальной сети возможно повысить уверенность в себе, это можно сделать в виду различных феноменов социальных сетей. По средствам повышения уверенности в себе в социальных сетях, человек может приобрести большую уверенность в реальном общении (возможен и обратный механизм).

В социальной сети возможны различные виды деятельности. Осуществляя различные виды деятельности в социальных сетях, человек может реализовать свою потребность в самореализации.

Социальная сеть позволяет пользователю самовыражаться в любом интересующем его направлении, это реализует потребность человека в самореализации, принятии и творчестве.

Социальные сети представляют обширный выбор средств для снятия стресса – музыка, игры, любые направления хобби, специализированные группы, содержащие методы и технологии избавления от стресса и прочее. Выбирая социальную сеть как способ избавления от стресса, человек реализует свою потребность в безопасности и отдыхе.

Развлечения в социальных сетях представлены в виде ролевых игр, онлайн игр, приложений, аудио и видео файлов, графических изображений, статей и т.п. Выбирая социальную сеть как способ развлечения, человек реализует свою потребность в отдыхе и деятельности.

Могут быть и иные результаты коммуникативной активности в социальных сетях, которые субъективно значимы для пользователей (сексуальное удовлетворение, поиск острых ощущений и др.).

Социальные сети реализуют нереализованные потребности индивида из объективной реальности. Подростки реализуют в социальных сетях следующие нереализованные потребности – безопасность и отдых, знания, общение.

Ключевыми результатами коммуникативной активности в социальных сетях среди подростков являются – коммуникация, информация, снятие стресса, развлечения.

Большая часть подростков обращаются к социальным сетям в надежде отвлечься от проблем и избавиться от стресса, а также в поисках общения.

Литература:

1. Выготский, Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский.– Педагогика-Пресс. – 1999. – С. 536.
2. Левин, К. Динамическая психология: Избранные труды / К. Левин. – М.: Смысл. – 2001. – С. 572.
3. Никишина, В.Б. Состояние зависимости: метапсихологический анализ / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая. – Курск: КГМУ, – 2012. – С.252.
4. Социальные сети и виртуальные сетевые / отв. ред. Л.Н. Верченков, Д.В. Ефременко, В.И. Тищенко.– М: ИНИОН РАН, 2013.–360 с.
5. ФОМ Интернет. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://runet.fom.ru>.
6. Шилина, М.Г. Коммуникация в интернете: методологические основания в исследовании / М.Г. Шилина // Известия Юго-Западного государственного университета. – 2014. – № 4 (55).– С. 127-130.
7. Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – М.: Педагогика. – 1989. – С. 560.
8. Adobe Social. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.adobe.com/ru>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПЕДАГОГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ИХ ЛИЧНОСТИ

Е.И. Сапега

Белорусский государственный университет, г. Минск, Беларусь

Профессиональные деформации являются распространенным явлением в сфере педагогической деятельности [1; 3; 4]. По словам Э.Ф. Зеера, профессиональные деформации можно отнести к разновидности профзаболеваний, их появление неизбежно. Проблема заключается в профилактике и технологиях преодоления деформаций.

Профессиональные деформации стали подробнее описываться, начиная с 60-х годов XX века. Профессор Р. Конечный и доктор М. Боухал считали, самое большое влияние профессиональная деформация оказывает на личностные особенности представителей тех профессий, работа которых связана с людьми и которые обладают трудно контролируемой и ограничиваемой властью: чиновники, руководители, специалисты по кадрам, педагоги, врачи, психологи. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется. Крайняя форма деформации личности выражается в формальном, функциональном отношении к людям и

проявляется в профессиональном жаргоне, в манерах поведения и даже в физическом облике.

Слово «деформация» (от лат. *deformatio* – искажение) означает изменение физических характеристик тела под воздействием внешней среды [2].

Психологической основой для деформации личности является невозможность успешно реализоваться в рамках своей профессии, что нарушает идентичность и адаптационный потенциал профессионала и проявляется в социально неадекватных профессиональных поступках [3]. Формирование тех или иных характеристик личности как профессионально важных качеств чаще всего осуществляется на неосознаваемом уровне и происходит постепенно. Педагог может и не замечать изменений, которые происходят в его личности.

Профессиональные деформации в педагогической деятельности – это искажение профиля профессионально важных качеств личности педагога: эмпатийности и сензитивности, креативности и коммуникабельности, толерантности и ответственности, способности прогнозировать и проектировать как собственную педагогическую деятельность, так и персональное развитие обучаемых.

По мнению Л.А. Вайнштейна, профессиональная деятельность человека задает направление развития его личности. Каждая профессия формирует сходные интересы, установки, черты личности, манеру поведения. В этой связи можно говорить об идентификации личности с профессией, то есть о процессе адаптации личности к требованиям конкретной деятельности. Отрицательным проявлением этого процесса и является профессиональная деформация личности, когда профессиональные привычки, стиль мышления и общения и другие особенности личности гипертрофируются и отражаются на взаимодействии с другими людьми (например, у педагогов – авторитарность, ригидность, категоричность суждений, поучающая манера общения) [2, с. 173].

Когда говорят о профессиональной деформации, традиционно имеется в виду феномен распространения привычного ролевого поведения на непрофессиональные сферы. Можно сказать, что после выхода человека из профессиональной ситуации не происходит его естественного «выпрямления», поэтому даже в личной жизни человек продолжает нести на себе «деформирующий отпечаток» своей профессии. При этом профессиональные деформации рассматриваются как проявления дезадаптации профессионала [2; 3].

Таким образом, профессиональную деформацию личности педагога можно представить как систему адаптации к условиям социума и осуществляемой деятельности и способам преобразования собственной жизнедеятельности. Следствием деформации выступают социально-психологические изменения, нарушающие целостность личности, снижающие ее адаптивность, порождающие профессионально

нежелательные качества, меняющие поведение педагога и неэффективно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с окружающими.

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью профилактики профессиональных деформаций педагогов как условия повышения качества и эффективности взаимодействия участников образовательного процесса, формированию здорового образа профессиональной жизни.

Среди интердетерминантов формирования деформаций существуют личностные факторы, напрямую оказывающие воздействие на развитие профессиональных деформаций педагогов: склонность к доминантности и эгоцентризму; консервативность и ригидность мышления; мотивация избегания неудач; неадекватный уровень самооценки и другие [1; 3; 4]. Такие факторы являются динамичными и попадают под сферу интересов системы образования. Следовательно, их можно корректировать и нивелировать благодаря своевременной диагностике и профилактике.

Наряду с личностными факторами, существуют и организационные факторы, влияющие на возникновение деформаций у педагогов: неудовлетворительные условия труда, неблагоприятный социально-психологический климат в учреждении; высокая эмоциональная включенность в деятельность – эмоциональная перегрузка; отсутствие четкой связи между процессом обучения, затраченными силами и получаемым результатом; жесткие временные рамки деятельности; ответственность перед администрацией, родителями, обществом в целом за результат своего труда; отсутствие организационной общности, социальной поддержки, недостаточное моральное и материальное вознаграждение; отсутствие значимости выполняемой работы [1; 7; 8].

Можно отметить, что психологическое воздействие на педагогов образовательной среды является значительным и влияет на поведение в зависимости от различных показателей данной среды. Окружающая среда настолько разнородна, что неизбежно вызывает целый комплекс реакций – физических и биологических, а также психологических.

К внешним условиям работы педагога можно отнести его межличностные и ролевые отношения как внутри научного сообщества – с коллегами, так и с обучаемыми (социально-контактная часть среды), и информационную среду, создаваемую в ходе продолжающегося самообразования и научной работы, а также информационные воздействия, исходящие как из профессиональной среды, так и от обучаемых. Таким образом, педагог несет на себе «багаж» социальности, являющийся продуктом образовательной среды, и навыки функционирования, выработанные социальным окружением и осуществляемой деятельностью.

Вышеперечисленные организационные факторы и проявления личностных составляющих педагогов формируют образовательную среду учреждения образования. В случае несоответствия характера организации окружающей среды человеческой природе, возникает вероятность

деструктивного влияния такой организации на психику педагогов, а впоследствии такое несоответствие может деформировать и разрушительно воздействовать на их личность, а впоследствии и на успешность профессиональной деятельности педагога.

Поэтому возникает необходимость внимательного пересмотра состояния образовательной среды, приведение ее в соответствие, в гармонию с личностным развитием и природой психологического мира педагога. То есть потребность в формировании экокультурной диалогической образовательной среды, предназначение которой заключается в создании оптимальных условий для формирования сообщества людей, способного к гармоничному взаимодействию с окружающим социальным и природным миром. Основной же целью является построение общего культурного пространства педагогическим сообществом, заботящихся о своем настоящем и будущем.

Отзываясь на перечисленные выше потребности, в последние годы в западных странах получил развитие экологический подход к образованию [5; 6]. Данный подход основывается на идеях построения системы образования, придерживающейся принципов гармоничного соответствия приобретаемых знаний с реальной окружающей действительностью, их востребованности в профессиональной и повседневной жизни. Экологическая метафора в исследованиях образования начала интенсивно применяться за рубежом с 1990-х годов в аспекте придания рассмотрению процесса образования системного характера, обеспечивающего гармонизацию его взаимоотношений с социальным и природным миром [9].

Термин экология подчеркивает ориентацию образовательного процесса на экологическое мировоззрение как бережное отношение ко всему живому и окружающему человека – к людям, природе, к животному миру. Экологическую культуру можно рассматривать как способ гармонизации отношений в системе «человек – общество – природа».

Основываясь на теоретических разработках экокультурной среды В.А. Янчука, и опираясь на выделенные им условия формирования данной среды [5; с. 71], можно предложить следующее операциональное определение настоящего конструкта.

Экокультурная образовательная среда учреждения образования – это среда с благоприятным социально-психологическим климатом, включающая педагогов, удовлетворенных своим трудом и условиями труда, с открытым типом организационной культурой учреждения, ориентированной на личность, ее ценности и потребности, с коллегиальным стилем руководства педагогическим коллективом. Это среда участников процесса образования, обладающих открытостью, контактностью, диалогичностью в межличностной коммуникации, информированностью о принимаемых в учреждении решениях и имеющих влияние на процесс принятия и реализации основных решений по актуальным вопросам деятельности.

Конструкт экокультурной диалогической среды можно представить в виде структуры, включающей в себя следующие основные компоненты.

1. *Благоприятный социально-психологический климат* в коллективе. Включает наличие позитивной атмосферы в коллективе, соблюдение принципов справедливости и толерантности (уважительного отношения к мнению других членов коллектива), сотрудничества и эмоциональной включенности – отклика у членов коллектива на достижения и неудачи педагогического коллектива, чувство гордости за коллективные успехи.

2. *Удовлетворенность работой и условиями труда* – высокий уровень удовлетворенности педагогов своими профессиональными достижениями, чувство профессионального успеха и жизненного удовлетворения, осознание своей социальной и профессиональной пригодности и полезности.

3. *Социальная поддержка* – ощущение педагогами социального благополучия и защищенности, доверия со стороны окружающих, помощи в трудных профессиональных и жизненных ситуациях.

4. *Ответственность* – развитость у педагогов чувства личной ответственности за происходящее в коллективе, принятие на себя ответственности за успех или неудачу совместной деятельности, контроль над деятельностью с точки зрения выполнения принятых правил и норм.

5. *Информированность* – хорошее знание педагогами друг друга и состояния дел в коллективе. Знание задач, стоящих перед коллективом, содержания и итогов его работы, положительных и отрицательных сторон, норм и правил поведения.

6. *Открытый тип организационной культуры* в учреждении. Основные характеристики такого типа учреждения – совместность и психологическое партнерство, выражающиеся в выработке решений, которые обсуждаются всеми участниками коллектива и принимаются на основе консенсуса. Получение информации является открытым, участники полноценно и равноправно обсуждают возможные варианты и принимают решение – интересы членов коллектива и самого коллектива не противопоставляются, считается, что обо всем можно договориться. Присутствует взаимозависимость, гармония и согласие, единство ценностей, демократичность и готовность к изменениям и диалогу, гибкость, высокая способность к адаптации.

5. *Демократический, фасилитирующий стиль управления* руководителем коллективом, при котором лидер выступает «фасилитатором», помогает группе понять общую цель, задает форму разговора и направляет его в нужное русло. Присутствует стремление администрации учреждения делегировать полномочия и разделять ответственность, используется конструктивная критика, коллегиальность в принятии решений, забота о педагогах, максимальное информирование коллектива относительно состояния дел и перспективах развития учреждения.

Учет вышеперечисленных критериев позволит внести коррективы в систему менеджмента сферы образования, разработать рекомендации по формированию экокультурной диалогической среды учреждения образования по работе с педагогами, позволяющие своевременно позаботиться об их психологическом и профессиональном здоровье и долголетию, будет способствовать успешной адаптации к педагогической деятельности, закреплению педагогов в своей профессии, построению ими конструктивного диалога в социальной и природной окружающей среде.

Литература:

1. Безносков, С.П. Профессиональная деформация личности / С.П. Безносков. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
2. Вайнштейн, Л.А. Психология труда / Л.А. Вайнштейн – Минск: БГУ, 2008. – 219 с.
3. Ермолаева, Е.П. Личность профессионала в современном мире / Современная личность: психологические исследования. Отв. ред. М.И. Воловикова, Н.Е. Харламенкова / Е.П. Ермолаева. – М. Изд-во ИП РАН, 2012. – С. 181–199.
4. Зеер, Э.Ф. Психология профессий / Э.Ф. Зеер. – Екатеринбург: УГППУ, 1997. – 244 с.
5. Янчук, В.А. Экокультурная образовательная среда: формирование и развитие. Часть 1. Образование. Наука и инновации / В.А. Янчук // Адукацыя і выхаванне. – 2013. – № 1. – С. 69–76.
6. Янчук, В.А. Экокультурная образовательная среда: формирование и развитие. Часть 2. От культурной к межкультурной компетентности // Адукацыя і выхаванне / В.А. Янчук– 2013. – № 7. – С. 60–67.
7. Anderson, V. The effects of mediation on teacher perceived occupational stress, state, and trait anxiety, and burnout / V. Anderson // School Psychology Quarterly. – 1999. – Vol. 14 № 1. – P. 3-25.
8. Langerock, H. Professionalism: A Study in Professional Deformation / H. Langerock // American Journal of Sociology – 1915. – Vol. 21, № 1. – P. 30–44. <http://www.jstor.org/stable/2763633>. – The date of access: 25.03.2015.
9. Weaver-Hightower, M.B. An Ecology Metaphor for Educational Policy Analysis: A Call to Complexity / M.B. Weaver-Hightower // Educational Researcher. – 2008. – Vol. 37, No. 3. – pp. 153–167.

ДЕФОРМАЦИЯ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОСТОЯНИИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Сергеева М.В. Научный руководитель – доктор психологических наук,
профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии
Занесоцкая И.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблема формирования наркотической зависимости продолжает оставаться актуальной и рассматривается как психологическая (А.Е. Личко, В.С. Битенский), личностная (В.Д. Менделевич, К.С. Лисецкий, С.В. Березин), социальная (Дж.А. Соломзес, В. Чеурсан, Г. Соколовский) или медицинская (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова). В наше время существует большое количество исследований, посвященных данному вопросу, но, несмотря на это отмечается общая низкая разработанность проблем наркомании, так как имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру. В современной психологии все большее внимание уделяется рассмотрению человека как субъекта жизненных изменений, признается важность субъективного понимания мира, возрастает значимость ценностных и смысловых аспектов человеческого бытия.

Во время наркотизации происходят значимые изменения личности и затрагивают все ее сферы: когнитивную, эмоциональную, волевою, мотивационно-потребностную. Вследствие употребления наркотических веществ, смысловая сфера личности также претерпевает кардинальные изменения, что и вызывает формирование зависимости [4]. Смысл рассматривается, как выражение отношения субъекта к явлениям объективной действительности, изменениям окружающего мира, собственной деятельности и поступкам других, к результатам творчества, к красоте окружающего мира [1]. Стремление человека к смыслу выступает одной из важнейших потребностей, удовлетворение которой определяется способностью взять на себя ответственность, верой в собственную способность осуществлять контроль над своей судьбой [1]. Основной единицей жизненного пути личности является осмысленность жизни, которая определяется как осмысленность прошлого, настоящего и будущего, как наличие цели в жизни, как переживание индивидом онтологической значимости жизни [5]. Смысловое образование – «это психическое образование, характеризующее собственно личностное развитие человека и определяющее личностно-смысловую сферу мотивации [3]. Осознанные смысловые образования, носящие предельно общий характер, называются личностными ценностями и не существуют изолированно, а образуют единую систему. Иерархизованная система смыслов представляет собой ядро личности и может оказывать воздействие на групповые нормы и ценности [3]. Понятия «смысл» и «установка» тесно связаны и описывают различные стороны одного и того же процесса, общего механизма регуляции деятельности человека, где смысл - есть зачаточное действие, готовность [1;2]. Ведущим уровнем установочной регуляции деятельности является уровень смысловых установок. Смысловая установка актуализируется мотивом деятельности и представляет собой форму выражения личностного смысла в виде готовности к совершению определенным образом направленной деятельности, стабилизирует процесс деятельности в целом, придает деятельности устойчивый характер[2].

В результате психологической зависимости смыслообразующей деятельностью становится наркопотребление, что приводит к разрушению системы психофизиологической саморегуляции, снижению эмоционально-волевого контроля, разрушению мотивационно-потребностной сферы, снижению контроля за своим поведением, эго-центричности установок, а так же к разобщенности с окружающим миром.

Целью исследования является изучение смысловой сферы личности при состоянии наркотической зависимости. Эмпирическое исследование осуществлялось с использованием таких психодиагностических методик, как «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева, направленный на измерение силы мотивационной тенденции к поиску смысла жизни, опросник «Диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» О.Ф. Потемкиной, архивного метода и метода клинической беседы. Организационной базой исследования стала ОБУЗ «Областная наркологическая больница» г. Курска. Объем выборки составил 26 человек: (n=13) испытуемых с состоянием наркотической зависимости и (n=13) испытуемых, не имеющих зависимости.

В ходе исследования смысложизненных ориентаций было выявлено, что у испытуемых с состоянием наркотической зависимости наблюдается удовлетворенность своей жизнью в настоящем ($98,9 \pm 14,02$), наличие целей в будущем ($30,61 \pm 4,37$), восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально-насыщенного и наполненного смыслом ($26,69 \pm 5,22$), удовлетворенность результатами прожитого отрезка жизни ($27,15 \pm 4,94$), уверенность в своих силах и возможность контролировать события собственной жизни, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями ($22,23 \pm 3,86$), убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их, желание быть хозяином своей жизни ($29,30 \pm 3,24$).

При исследовании социальных установок личности была выявлена значимость различий по шкалам: «ориентация на свободу» ($7,76 \pm 1,12$) и «ориентация на власть» ($5,76 \pm 2,04$), которая показала, что у испытуемых с наркотической зависимостью ведущей ценностью в жизни является свобода, а так же влияние на других людей и на общество, тогда как в группе испытуемых, не имеющих зависимости показатели по данным шкалам значительно ниже.

Таким образом, у людей страдающих наркотической зависимостью основной формой психологической защиты служит механизм «отрицания», следствием которого является снижение самокритичности, формирование неадекватно завышенной самооценки, эго-центричности установок, неадекватного когнитивного оценивания и выстраивания на его основе поведенческих стратегий, приводящих к социальной дезадаптации, а впоследствии и к деформации смысловой сферы личности.

Литература:

1. Леонтьев, А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
2. Прангишвили, А.С. Проблема установки на современном уровне разработки грузинской психологической школы / А.С. Прангишвили // Психологические исследования. – Тбилиси, 1973. — С. 10-26.
3. Серый, А.В. Ценностно-смысловая сфера личности / А.В. Серый, М.С. Яницкий. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999. – 92 с.
4. Фромм, Э. Бегство от свободы. Человек для себя / Э. Фромм. – Мн.: АСТ, 2000. – 672 с.
5. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен. – СПб.: «Питер», 2003. – 408 с.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

*Ситникова А.В. Научный руководитель – доктор психологических наук,
профессор кафедры коррекционной психологии и педагогики Молчанова Л.Н.
Курский государственный университет, г. Курск, Россия*

Одной из самых актуальных проблем конца XX века стало неуклонное увеличение числа детей с нарушениями в развитии [1; 2; 5; 9]. Согласно статистической информации в последние десятилетия в мире отмечается нарастание частоты рождения детей с врожденными физическими аномалиями, дефектами интеллекта и тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, достигающие в настоящее время 6-9% среди новорожденных. Только частота детской инвалидности в России за последние двадцать лет в нашей стране увеличилась в 12 раз, а по прогнозам, уже в ближайшие десять лет число их достигнет 1,2 – 1,5 млн. [2].

Рождение больного детей – это всегда шок для семьи, который может стать серьезной причиной семейного кризиса, где жизнь делится на «до болезни детей» и «после». Наличие в семье детей с нарушением слуха влияет на функционирование семейной системы в целом: на организацию ее быта, режима, на психологическое здоровье родителей, на детско-родительские и супружеские отношения, – сопровождается снижением адаптационного потенциала. В свою очередь это отражается на развитии и воспитании детей [3; 9].

В настоящее время включение детей с нарушением слуха в среду здоровых сверстников, подготовка его к более самостоятельной жизни в обществе решается сетью специализированных (коррекционных) учреждений [4]. В данных учреждениях в рамках системного подхода к работе с детьми важное место отводится и семье как основному исполнителю коррекционных мероприятий. Вместе с тем работа именно с семьей: коррекция семейных взаимоотношений и негативных эмоциональных состояний членов семьи, обучение родителей воспитанию детей и т.д. реализуется ещё недостаточно.

На практике врачи, педагоги и психологи чаще декларируют, как должны вести себя родители, воспитывающие таких детей, а не оказывают им реальную помощь в решении семейных проблем: гармонизации детско-родительских, супружеских и семейных отношений в целом [5].

Изложенное позволяет обозначить существующее противоречие между традиционным исследовательским вниманием к ребенку с нарушением слуха и его адаптации, и фрагментарным — к функционированию семейной системы, семейной адаптации и гармонизации детско-родительских и супружеских отношений; признанием необходимости разноплановой работы с семьями, воспитывающими детей с нарушением слуха, и крайней недостаточностью специальных исследований в вопросах дифференцированного подхода к организации и содержанию психолого-педагогического взаимодействия коллектива образовательного учреждения и семьями, воспитывающими детей с нарушением слуха.

В этой связи цель исследования состоит в изучении особенностей внутрисемейных отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха, и в выявлении оснований дифференцированного подхода к организации и содержанию психолого-педагогического взаимодействия коллектива образовательного учреждения и семьи.

Объектом исследования являются семьи, воспитывающие детей с нарушением слуха.

Предметом исследования выступают особенности внутрисемейных отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха.

В качестве гипотезы исследования нами выдвинуто предположение о том, что особенности внутрисемейных отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха, детерминируются степенью его нарушения.

Исследование особенностей внутрисемейных отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха, проводилось на базе «Областного казенного специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья “Курская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат I и II вида” с использованием с использованием опросников “Шкала семейной адаптации и сплоченности” (FACES-3, Д.Х. Олсон, Дж. Портнер и И. Лави, в адаптации Н.Ф. Михайловой) [7], “Рисунок семьи” [8]. В группу методов количественной и качественной оценки данных вошли методы описательной и сравнительной (непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни) статистики. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программного обеспечения («Statistica 7.0»).

Общий объем выборки составил 28 семей. Из них 14 семей, воспитывающих детей с нарушением слуха (ЭГ1: 8 слабослышащих и 6 глухих), и 14 семей, воспитывающих детей, не имеющих нарушения слуха (КГ). Все супружеские пары имели сохраненный слух и состояли в официально зарегистрированном браке. В обеих группах присутствовало приблизительно

одинаковое процентное соотношение детей женского и мужского пола и возраста от 7 до 8 лет.

В нашем исследовании семью, воспитывающую слабослышащего ребенка, рассматриваем как микросоциальную систему, члены которой объединены общей деятельностью, эмоциональными отношениями и ценностями и находятся в непосредственном устойчивом общении друг с другом. Опираясь на представления Д.Х. Олсона [7], функционирование этой микросоциальной системы характеризуется двумя основными параметрами: семейной сплоченностью, семейной адаптацией и дополнительным – коммуникацией и включает подсистему супружеской пары (муж-жена), подсистему родителей (родитель-ребенок) и подсистему детей (брат-сестра). Все внутрисемейные отношения (супружеские, родительско-детские, детско-родительские, сибсовы) складываются в соответствии с принципами иерархии и субординации и регулируются границами. В соответствии с точкой зрения Д.Х. Олсона, семейную сплоченность характеризует степень эмоциональной связи, близости или привязанности между членами семьи, семейную адаптацию – способность семейной системы гибко или ригидно приспосабливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров; коммуникацию – умение активно слушать других, способность ясно выражать свои мысли и оказывать эмоциональную поддержку собеседнику. Для диагностики семейной сплоченности используются следующие показатели: «эмоциональная связь», «семейные границы», «принятие решений», «время», «друзья», «интересы», «отдых», а для диагностики семейной адаптации – «лидерство», «контроль», «дисциплина», «правила», «роли» в семье.

Наша исследовательская позиция, вслед за Д.Х. Олсоном [7], состоит в том, что семейную адаптацию в семьях, воспитывающих слабослышащих детей, оцениваем в контексте четырехуровневой дифференциации: для семейной сплоченности это «разобщенный», «разделенный», «связанный» и «сцепленный» типы, а для семейной адаптации: «ригидный», «структурированный», «гибкий» и «хаотичный». Уровни семейной сплоченности определяются следующими границами: «разобщенный» (10-29), «разделенный» (30-38), «связанный» (39-46), «сцепленный» (47-50), семейной адаптации – «ригидный» (10-19), «структурированный» (20-25), «гибкий» (26-30), «хаотичный» (31-50).

Посредством комбинирования четырех уровней сплоченности и адаптации можно определить 16 типов семейных систем. Четыре из них являются умеренными по обоим параметрам и называются сбалансированными, характеризующими успешность функционирования семейной системы. Для семейной сплоченности этими уровнями является «разделенный» и «связанный», для семейной адаптации – «структурированный» и «гибкий». Крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации трактуются как проблемные, ведущие к нарушению функционирования семейной системы. Оставшиеся восемь типов

относятся к средним: один из параметров является экстремальным, а другой – сбалансированным [7].

В соответствии с полученными результатами средние значения показателей семейных структур в группах семей, воспитывающих слабослышащих детей, засвидетельствовали наличие связанной и хаотичной структуры, что соответствует полуфункциональному типу. Семейная структура контрольной группы соответствует гибкому и сплоченному типу, то есть является сбалансированной, о чем свидетельствуют средние значения показателей семейной сплоченности и семейной адаптации. Сравнительный анализ средних значений показателей семейных структур в экспериментальной и контрольной группах семей, указал на достоверность различий в уровнях выраженности по следующим шкалам: в семьях, воспитывающих слабослышащих детей, по шкалам «семейная сплоченность» ($X_{cp.1}=39,36\pm 4,68$; $X_{cp.2}=39,70\pm 1,29$; $U_{эмп.}= 0,00^*$; $p=0,000$), «принятие решений» ($X_{cp.1}=3,55\pm 0,87$; $X_{cp.2}=4,20\pm 0,61$; $U_{эмп.}= 167,50^*$; $p=0,000$), «друзья» ($X_{cp.1}=3,61\pm 0,83$; $X_{cp.2}=4,30\pm 0,79$; $U_{эмп.}= 264,00^*$; $p=0,002$), «контроль» ($X_{cp.1}=6,67\pm 1,27$; $X_{cp.2}=7,37\pm 0,93$; $U_{эмп.}= 171,50^*$; $p=0,000$) выявлен значимо низкий уровень, а по шкалам «семейная адаптация» ($X_{cp.1}=34,94\pm 3,22$; $X_{cp.2}=25,70\pm 2,49$; $U_{эмп.}= 2,50^{**}$; $p=0,000$), «семейные границы» ($X_{cp.1}=8,06\pm 1,30$; $X_{cp.2}=7,00\pm 0,91$; $U_{эмп.}= 0,00^*$; $p=0,000$), «интересы и отдых» ($X_{cp.1}=8,00\pm 1,39$; $X_{cp.2}=6,90\pm 0,84$; $U_{эмп.}= 0,00^{**}$; $p=0,000$), «дисциплина» ($X_{cp.1}=7,70\pm 1,13$; $X_{cp.2}=3,67\pm 0,92$; $U_{эмп.}= 262,50^*$; $p=0,004$), «роли» ($X_{cp.1}=10,73\pm 1,18$; $X_{cp.2}=9,87\pm 1,04$; $U_{эмп.}= 199,50^*$; $p=0,000$), «правила» ($X_{cp.1}=2,94\pm 0,83$; $X_{cp.2}=2,00\pm 0,53$; $U_{эмп.}= 268,00^*$; $p=0,003$) – значимо высокий.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что для супружеских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха, в меньшей степени характерны контроль ситуации, связанной с появлением в семье детей с ограниченными возможностями здоровья, эмоциональная близость, гибкость в принятии решений и в организации досуга и свободного времени, в общении с друзьями. Вместе с тем родители детей с нарушением слуха в большей степени сконцентрированы на распределении семейных ролей, соблюдении дисциплины и на реализации семейных правил и норм.

С целью исследования особенностей детско-родительских отношений и эмоциональной сферы в семьях, воспитывающих детей с нарушением слуха, нами была использована проективная методика «Рисунок семьи» [8].

В соответствии с полученными результатами процесс рисования у слабослышащих детей вызвал положительные эмоции, выполнялся с большим желанием и бурным обсуждением. Рисунки выполнены в цвете, аккуратно и реалистично с соблюдением пропорций. Семьи изображены в полном составе. Это говорит о том, что семьи этих детей дружные, то есть ребенок выражает положительные эмоциональные связи между всеми членами семьи. Всех членов семей характеризует чувство общности, так как дети изображали их практически вплотную, не отдаляя друг от друга.

Особенности и нюансы эмоционального отношения слабослышащих детей к отдельным членам своей семьи, привязанности, тщательно скрываемая любовь, сомнения, тревоги как будто «закодированы» в цвете, которым разукрашен персонаж. Как правило, все, что нравится ребенку, рисуется им в теплых, ласковых тонах. Свою привязанность и романтические чувства к кому-то из присутствующих на рисунке дети, обычно не догадываясь сами, «выпячивают» ярким, сочным цветом. И даже если ребенок не использует всю гамму красок, имеющихся у него, он все равно, желая того или не желая, но выделяет хоть одним неординарным, бросающимся в глаза цветом. Об этом ярко свидетельствуют рисунки у 50% слабослышащих детей.

Процесс рисования у глухих детей вызвал отрицательные эмоции. Педагогу-психологу более десяти минут понадобилось на то, чтобы объяснить задание. Все дети выполнили задание без цветных карандашей, спрашивали, что рисовать и ждали одобрения. 4 ребенка нарисовали себя. Все рисунки выполнены неаккуратно, схематично, преимущественно в черно-белом исполнении. Члены семей изображены нереально большими или нереально маленькими или представлены одними лицами.

Незначительное количество рисунков глухих детей (20%) демонстрируют большую потребность детей в общении – в свои рисунки они добавляют родственников, не проживающих с ними (дядя, тетя), вымышленных членов семьи. В большинстве случаев глухие дети не включали себя в рисунок (30%) или рисуют себя либо дальше от семьи, чем других ее членов (70%). Причиной отсутствия автора на рисунке являются трудности самовыражения при общении с близкими людьми, отсутствие чувства общности с семьей. Вместе с тем на рисунках у 40% глухих детей присутствуют только дети. Это может свидетельствовать о низкой степени привязанности ребенка к родителям или о наличии невидимого барьера между любящими людьми. Чаще всего этот барьер – черты характера родителя, отталкивающие от себя ребенка и заставляющие его придерживаться при общении определенной дистанции. У всех глухих детей на рисунках вся семья изображена в черно-белом цвете, что свидетельствует об эмоциональном неприятии ребенком того или иного родственника.

Таким образом, детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих глухих детей, в основном воспринимаются детьми как разобщенные. Для самих детей характерны трудности самовыражения при общении с близкими людьми, отсутствие чувства общности с семьей, потребность в общении и защищенности.

Литература:

1. Блинов, Ю.А. Основные принципы психологической реабилитации детей с задержкой психического развития / Ю.А. Блинов, Л.Н. Мордич // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001. – № 1. – С. 17.

2. Донкан И.М. Социальная эксклюзия семей, имеющих детей-инвалидов: дис. ... канд. социол. наук. Хабаровск, 2010. 173 с.
3. Карауш, И.С. Психологические особенности, определяющие возможности и перспективы социализации слабослышащих и слабовидящих детей / И.С. Карауш, И.Е. Куприянова // *European Social Science Journal*. – 2013. – № 5 (33). – С. 254-261.
4. Кардаш, Я.А. Педагогическое взаимодействие коррекционного учреждения и семьи в реабилитации детей с нарушением слуха: дис. ... канд. пед. наук. / Я.А. Кардаш.– Екатеринбург, 2005. –170 с.
5. Никитина, Ю.В. Особенности детско-родительского взаимодействия в семьях, воспитывающих детей с нарушениями слуха / Ю.В. Никитина, А.Ю. Хохлова // *Клиническая и специальная психология*. – 2015. – Т.4. – № 2. – С. 67–83.
6. Никишина, В.Б. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития. Учеб. пособие / В.Б. Никишина, Л.Н. Мордич. – Курский государственный медицинский ун-т. Курск, – 2003. – 130 с.
7. Опросник Шкала семейной адаптации и сплоченности (Опросник FACES-3 / Тест Д.Х. Олсона). URL: <http://psycabi.net/testy/297-oprosnik-shkala-semejnoj-adaptatsii-i-splochennosti-oprosnik-faces-3-test-d-kh-olsona> (дата обращения: 12.06.2014).
8. Рудакова, А.Ю. Комплект методик для психологической диагностики семей, находящихся в социально опасном положении / А.Ю. Рудакова.– Смоленск, 2008. URL: <http://срмс-smol.ru/спец-тп/80-кмпдснсор> (дата обращения: 12.06.2014).
9. Соколов, А.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с нарушенным слухом / А.Н. Соколов // Два века российской сурдопедагогики: Материалы Всероссийского конгресса сурдопедагогов. – СПб.: Наука-Питер, 2006. – С.300-303.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СУБЪЕКТОВ ФАРМАЦИИ

Цацуа Е.П. , Афонина Н.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Важной проблемой психологии здоровья и болезни является вопрос о способах и возможностях взаимодействия личности, в т.ч. взаимодействие медицинских работников и пациентов. Создание позитивного корпоративного имиджа медицинских работников представляет собой сложный и длительный процесс, складывающийся из определения и измерения социально-значимой роли организации, её индивидуальности и

идентичности, адекватного общественного рейтинга, всесторонней оценки её конкурентоспособности на фармацевтическом рынке того или иного региона.

В процессе конкурентной борьбы на фармацевтическом рынке все чаще используются такие нематериальные ресурсы, как положительное общественное мнение, престиж, репутация и привлекательный имидж [4].

В отношении медицинских учреждений имидж — это фактически синоним репутации, и он напрямую затрагивает самую важную категорию жизни — здоровье людей. Имидж современной аптеки зависит от таких показателей, как ассортимент, интерьер и размер помещения, система скидок, наличие доставки, телефонная справочная служба, быстрота обслуживания. Но первостепенной важностью в этом ряду обладает, несомненно, квалифицированный и вежливый персонал [2].

Среди проблем теоретической медицины и практического здравоохранения, связанных с профессиональной деятельностью провизоров и других медицинских работников, этико-деонтологические вопросы до настоящего времени не заняли надлежащего места и не пользуются престижностью. В связи с этим отмечаются жалобы от населения на недостатки в работе медиков и фармацевтов, на нарушения ими профессиональной этики и деонтологии.

Если недостаточная профессиональная квалификация медицинского работника не всегда может быть распознана больным или его близкими, то его нравственный облик обнажается без труда и может получать отрицательную оценку населения, что не способствует успешному решению ответственных социальных задач, которые стоят перед здравоохранением [1].

Общение — это сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми, включающий обмен информацией, восприятие и понимание, а часто и оценку другого человека. Общение — важная психологическая категория со своими зависимостями. При любом виде общения многое зависит от культуры и нравственного облика людей: одни вежливы и стараются помочь другим, иные грубы, нетактичны, стремятся отделаться от собеседника, относятся к нему неуважительно и даже оскорбительно [3].

Поэтому для создания успешной аптечной организации недостаточно определиться с местом расположения, ассортиментом и ценами. Эти факторы, безусловно, важны и оказывают значительное влияние на формирование имиджа аптеки. Но с большей ответственностью нужно относиться к вопросу формирования штата аптечного учреждения, ориентируясь на этико-деонтологические правила и нормы. Ведь вежливый, отзывчивый, приветливый персонал, в совокупности с привлекательными для покупателей ценами, будет способствовать формированию и расширению контингента постоянных покупателей, которые будут хотеть возвращаться за покупками именно в эту аптеку.

Целью нашей работы была разработка методических подходов и рекомендаций по формированию и оценке позитивного корпоративного имиджа фармацевтических организаций.

Для достижения поставленной цели мы изучили и теоретически обобщили основные направления в области анализа и формирования корпоративного имиджа организаций; изучили деонтологические аспекты деятельности фармацевтических работников; провели маркетинговый анализ факторов, формирующих позитивный корпоративный имидж фармацевтической организации; разработали методические рекомендации по формированию позитивного корпоративного имиджа фармацевтической организации.

Исследование реального корпоративного имиджа проводилось методом анкетирования посетителей аптеки с целью выявления степени их удовлетворенности ее работой.

Социологический опрос проводился в аптеке ООО «Лидер» в виде анонимного анкетирования в период с 1 по 31 марта 2015 года.

Данная аптека расположена в центральном районе города Курск.

Респондентами явились посетители аптеки. Выборка составила 100 человек.

Для исследования была разработана анкета, содержащая 20 вопросов, объединенных в блоки: социально-демографические характеристики респондентов; изучение мнения респондентов об интерьере аптечной организации (АО); о качестве обслуживания посетителей в АО; об ассортименте товаров АО; о персонале фармацевтической организации.

В результате изучения социально демографических характеристик был составлен портрет респондента. Выявлено, что в анкетировании принимали участие преимущественно лица женского пола (84%), доля мужчин среди респондентов составляет 16%. Почти треть респондентов (30%) – люди в возрасте от 51 года до 60 лет, на втором месте респонденты старше 60 лет (25%).

Следующие блоки содержали вопросы о персонале аптечной организации, об интерьере, качестве обслуживания, ассортименте. Респондентам предлагалось по пятибалльной шкале оценить внешний вид, компетентность, уровень знаний сотрудников и т.д. Средний балл использовался для оценки соответствия параметров реального имиджа организации позитивному имиджу.

Большая часть респондентов (96%) полностью удовлетворены внешним видом сотрудников аптеки. Среднее значение этого показателя – 4,87, что соответствует показателю позитивного имиджа. Также полностью соответствуют позитивному имиджу такие имидж-формирующие факторы, как уровень информированности персонала о реализуемом товаре; ассортимент товаров аптечной организации; время работы аптечной организации.

В ходе опроса были выявлены имидж-образующие факторы, которые также соответствуют позитивному имиджу: доброжелательность сотрудников аптечной организации; способность персонала в простой и понятной форме донести информацию о реализуемом товаре до покупателя; индивидуальный подход персонала к каждому покупателю; удобство оформления витрин; быстрота обслуживания посетителей; средства стимулирования сбыта.

И наконец, был выявлен один фактор, слабо соответствующий позитивному имиджу аптечной организации. Сюда относится неудовлетворенность дополнительными услугами, предоставляемыми аптечной организацией.

Имидж-образующих факторов, совершенно не соответствующих позитивному имиджу фармацевтической организации, в ходе опроса выявлено не было.

Также в ряде вопросов респондентам предлагалось указать, что они хотели бы изменить в работе аптечной организации. Так, некоторые респонденты высказали свое мнение относительно улучшения внешнего вида торгового зала. 34,6% хотели бы видеть в торговом зале комнатные растения, а 30,7% - больше справочной информации о новых лекарственных средствах (см. рис. 1).

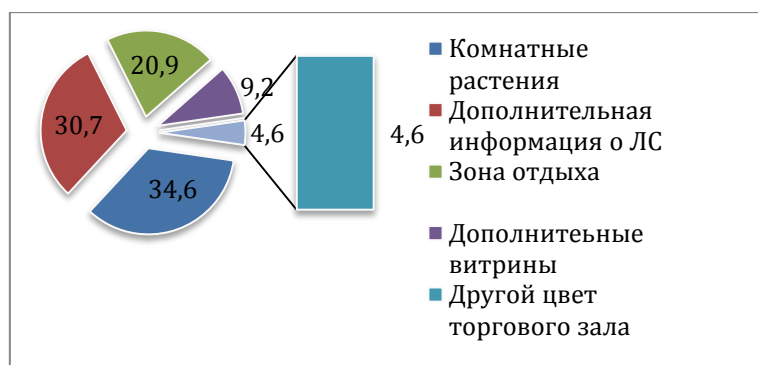


Рис. 1. Пожелания респондентов в области оформления торгового зала.

В целом респонденты очень хорошо отзывались об аптечном ассортименте товаров. Тем не менее, им было предложено выбрать, ассортимент каких товаров следовало бы расширить. 35,1% высказались за расширение ассортимента товаров для беременных и по уходу за детьми. Также интерес у респондентов вызывает лечебная косметика (22,1%) (см. рис.2).

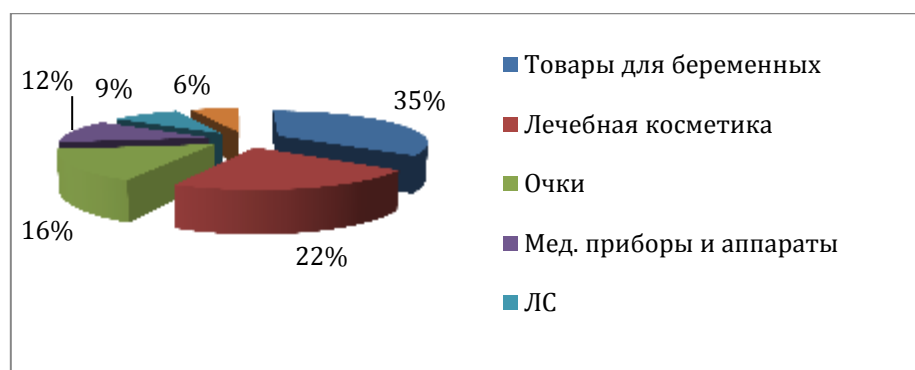


Рис. 2. Пожелания респондентов в области расширения ассортимента.

Опрос выявил недостаточную удовлетворенность респондентов средствами стимулирования сбыта аптечной организации. Подавляющее большинство (81,2%) хотели бы получать регулярные скидки, будучи постоянными клиентами данной аптеки. 10,8% опрошенных были бы не против получать бесплатные пробные образцы новых товаров. Речь в данном случае, естественно, идет не о лекарственных средствах (см. рис.3).

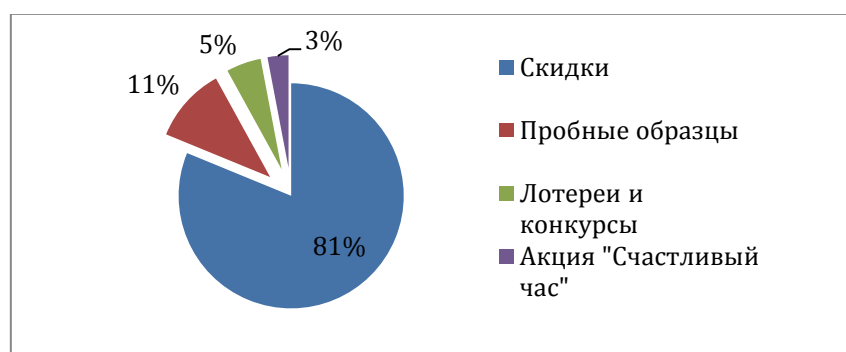


Рис. 3. Пожелания респондентов в области стимулирования сбыта.

Наконец, настоящим провалом аптеки стали дополнительные услуги, сопутствующие покупкам. Опрос показал, что у населения имеется потенциальный спрос на различные дополнительные услуги. Аптека как торговое учреждение, в котором можно только лишь приобрести специфические фармацевтические товары, уже не устраивает большинство посетителей. Потребители хотят больше знать о лекарственной терапии, а их общеобразовательная подготовка позволяет им быть готовыми к медицинским и фармацевтическим знаниям в доступном объеме.

Посетители хотели бы получать в аптеке следующие дополнительные услуги: рекламные акции и скидки – 36,9%; консультации врачей-специалистов – 28,8; измерение антропометрических данных (рост, вес) и АД – 19,9%; лекции по общим вопросам применения ЛС, их побочных действиях, времени приема, совместимости с другими ЛС – 14,4%.

Опираясь на результаты анкетирования, было решено ввести некоторые дополнительные фармацевтические услуги в аптеке, исходя из предпочтений посетителей и возможностей организации.

В аптеке ежемесячно начали проводиться консультационные дни, тематика и время проведения которых определялись заранее. Уже были рассмотрены некоторые вопросы по лечебной косметике. Проведение консультационных дней планируется и далее, поскольку посетители довольны тем, что могут доступно получить ответы на свои вопросы.

Поскольку из услуг, стимулирующих сбыт, наиболее привлекательными для посетителя являются скидки и акции (по данным опроса), такие мероприятия стали проводиться чаще.

В апреле 2015 г. началось предоставление скидок в размере 3-5% на лекарственные средства, что благоприятно сказывается на развитии организации и формировании постоянной клиентуры. Кроме того, планируется введение накопительных карт для клиентов действующих при покупке от 500 рублей.

Также, значительное внимание было уделено сопутствующим услугам. До этого момента аптека оказывала лишь услуги по измерению артериального давления. Теперь в аптеке можно узнать свой рост, вес.

Комплекс мероприятий по предоставлению дополнительных фармацевтических услуг способствовал повышению качества фармацевтической помощи, оказываемой в аптеке, а также повышению имиджа организации в целом. В результате исследования удалось добиться формирования и укрепления лояльности потребителей и постоянной клиентуры аптеки ООО «Лидер», а также предоставить потребителю максимально комфортное обслуживание.

Литература

1. Ахтямов, Т.М. Оценка и формирование корпоративного имиджа предприятия / Т.М. Ахтямов, В.Д. Шкардун // Маркетинг в России и за рубежом. – 2001. – №3. – С. 53-58.
2. Блинов, А.О. Имидж организации как фактор ее конкурентоспособности / А.О. Блинов, В.Я. Захаров // Менеджмент в России и за рубежом. – 2003. – №4. – С 35-40.
3. Блинов, А.О. Роль внутреннего имиджа корпорации / А.О. Блинов, А.А. Козырев // Маркетинг. – 1999. – №4. – С. 100-104.
4. Иванов, В.М. Российский фармацевтический рынок вчера, сегодня и завтра / В.М. Иванов // Ремедиум. – 2004. – №7-8. – С. 26-32.

ОЦЕНКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Шайдевич Е. В.

Курский Государственный Медицинский Университет, г. Курск, Россия

Актуальность проблемы. Невынашивание беременности продолжает оставаться актуальной проблемой современного акушерства, частота этого

осложнения в России остается достаточно высокой — от 15% до 23% всех зарегистрированных беременностей [3].

Невынашивание беременности – мультифакторная патология, в возникновении которой имеют значение инфекционные, метаболические, эндокринные, иммунологические и другие факторы [2]. Наряду с этим большое значение имеют социальные и психоэмоциональные факторы в возникновении данной патологии. Однако, комплексные исследования социальных, психоэмоциональных, психофизиологических особенностей женщин с невынашиванием беременности только начинаются [4]. Этим определяется актуальность данного исследования.

Цель исследования – выявить социально-психологические, личностные, психоэмоциональные особенности у женщин с угрожающими преждевременными родами.

Задачи исследования:

1) Провести анализ течения беременности и исходов родов у пациенток с угрожающими преждевременными родами.

2) Изучить особенности психоэмоциональной и личностной сфер женщин с угрожающими преждевременными родами.

3) Выявить и описать симптомокомплекс невротических и невротоподобных нарушений в психической и соматической сферах беременных с угрожающими преждевременными родами.

4) Дать интерпретацию профиля в целом женщин с угрожающими преждевременными родами и произвести сравнительную оценку их выраженности.

Материалы и методы исследования.

Материалы:

Нами обследовано 23 женщины с угрожающими преждевременными родами, в возрасте от 17 до 32 лет, на сроках от 24 до 37 недель. Исследования проводились в отделении патологии беременных, Пакушерское отделение ОБУЗ «Курский городской клинический перинатальный центр» г. Курска.

Методы исследования:

1 Клинико-anamnestическое обследование.

2 Анкетирование с целью определения невротических расстройств личности с помощью опросника невротических расстройств (сокр. ОНР) - адаптация 1983 года Г.Х. Бакировой опросника BVNK-300, созданного Н.Д. Hansgen в 1982 году [1].

3. Статистическая обработка материала.

Полученные результаты.

При проведении клинико-anamnestического исследования женщин было установлено, что подавляющее большинство обследуемых составляют женщины раннего репродуктивного периода 87,5% .

Исследование анамнестических данных показало, что подавляющее число (65%) женщин являются первобеременными, а в анамнезе

повторнобеременных женщин имеются аборт - 42,5% , замершая беременность (15%), самопроизвольные выкидыши (14,3%), антенатальная гибель плода (2,5%).

Из всех обследованных женщин практически половина (42,5 %) страдает от гинекологических заболеваний, среди которых вагинит в 51% случаев, хронический сальпингоофарит в 31% случаев, миома матки – 5%. В ходе исследования установлено, что у 47,5% обследуемых женщин выявлена экстрагенитальная патология. Из всех обследованных беременных 37,5 % женщин перенесли оперативные вмешательства. Так же у 20% женщин наблюдался отягощенный аллергоанамнез (в основном на антибактериальные препараты).

При анализе течения настоящей беременности, у 30 % всех беременных были выявлены осложнения в первом триместре (токсикоз, угрожающий ранний выкидыш). Вторым триместр был осложнен у 80% беременных. Из осложнений во втором триместре отмечаются угрожающий ранний выкидыш, ВУИ, гестационный пиелонефрит, плацентарная недостаточность. Третий триместр осложнен у абсолютного большинства беременных (93%), среди осложнений наблюдается ВУИ, преэклампсия, ФПН, частичная отслойка нормально расположенной плаценты.

Согласно подсчётам, несмотря на осложненное течения беременности, срочные роды наблюдались у 62,5 % исследуемых. Среди осложнений наблюдались такие, как преждевременный разрыв плодных оболочек и длительный безводный промежуток в 25% случаев, а дискоординация родовой деятельности у 12,5% рожениц. Из оперативных пособий в родах использовались амниотомия в 47,5% случаев, выходные акушерские щипцы в 7,5%, ручная ревизия полости матки и ручное отделение и выделение последа в 5 % . Оперативное родоразрешение происходило у 37,5% исследуемых.

При оценке антропометрических показателей новорожденных было выявлено, что большинство детей были оценены в 7-8 баллов по шкале Апгар, однако состояние 30% новорожденных было оценено в 6,5 и 4 балла.

Исследования психо-эмоционального статуса беременных с угрозой преждевременных родов показали, что у большинства женщин (62,5%) наблюдается высокий уровень уверенности в себе, самооценки и способности к самоактуализации, отсутствие проблем при принятии решений, стремление к самостоятельности и доминированию в социальных отношениях, способность к принятию ответственности и достижению цели.

Показатель познавательной и социальной пассивности у большего количества женщин (67,5%) демонстрирует высокий уровень интеллектуальной продуктивности и познавательных интересов, восприимчивость к новому, пластичность, способность к быстрому принятию решений.

Значение оценки показателя невротический «сверхконтроль» поведения показывает, что в настоящее время поведение имеет достаточно

спонтанный, непринужденный характер, не выражена склонность к тщательному обдумыванию и планированию поступков; характерна умеренная степень ответственности, обязательности, а также пластичности[1] у большинства беременных (42,5%).

Показатель аффективной неустойчивости отражает повышенную эмоциональную возбудимость, ослабление способности к волевому управлению эмоциями, неустойчивый, неуравновешенный характер поведения при межличностном взаимодействии, склонность «накапливать» отрицательные переживания, понижены толерантность к стрессу и в целом, регуляторные возможности психики[1], что характерно для 50% опрошенных.

Показатель интровертированной направленности личности отражает социальную дистанцированность, предпочтение видов деятельности, не предполагающих широкое социальное взаимодействие, доверительные отношения могут складываться с очень ограниченным кругом лиц[1] у абсолютного большинства беременных – у 52,5%.

Большинство беременных (92,5%), демонстрируют чрезмерную сосредоточенность на отдельных психических и соматических функциях, на состоянии своего здоровья, тревожные опасения в связи с риском развития заболевания[1].

У половины опрошенных (50%) отсутствуют выраженные признаки нарушений социальной адаптации в связи с недостаточным усвоением общепринятых норм, снижением социальной перцепции, эмпатии, коммуникативных навыков, гибкости и уверенности в процессе межличностного взаимодействия[1].

При оценке специальных шкал было выявлено, что у беременных с угрозой прерывания беременности имеются гипоманиакальные проявления[1], больше половины испытуемых (65%) и галлюцинаторно-бредовые нарушения (12,5%).

При анализе профиля в целом, было выявлено, что большинство женщин (80%) имели в структуре личности черты, предрасполагающие к развитию невротических реакций и состояний, в сочетании с компонентами социальной адаптации и компенсацией невротических расстройств.

ВЫВОДЫ

Таким образом при анализе течения настоящей беременности осложнения были выявлены практически у всех женщин, но не смотря на это у большинства беременных роды прошли в срок.

В ходе оценки личностных характеристик женщин было установлено, что большинство из них имеют определенно высокий уровень уверенности в себе и интеллектуальной продуктивности. Однако, более чем для половины испытуемых характерна высокая аффективная неустойчивость, явления невротического сверхконтроля личности и высокая социальная неадаптивность. Практически все женщины склонны к ипохондрии.

Более чем у половины женщин были выявлены проявления гипоманиакального синдрома и у 12,5% склонность к галлюцинаторно-бредовым нарушениям

Итак, в структуре черт личности у 92,5% имеется предрасположение к развитию невротических расстройств.

Литература:

1. Барканова, О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / О.В. Барканова. – Вып.2 – Красноярск: Литера-принт, 2009.– С.89-109
2. *Вараксина, Г.Н.* Особенности течения беременности и развития синтомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических психосоциальных факторов / *Г.Н. Вараксина.* – Автореферат. – Казань, 2002.
3. Подзолкова, Н.М. Невынашивание беременности: руководство для врачей / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова, Т.В. Шевелева. – ГОЭТАР-Медиа, 2012. – С.9.
4. *Северный, А.А.* Психосоматические аспекты беременности / *А.А. Северный, Т.А. Баландина, К.В. Солоед, Р.И. Шалина* // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 17–22 .

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ПАЦИЕНТА С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

*Шустова А.В., Калужских Т.Е. Научные руководители – доктор психологических наук, профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии
Запесоцкая И.В., кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Петраш Е.А.*

Курский Государственный Медицинский Университет, г. Курск, Россия

Актуальность. Механизмы возникновения зависимости с точки зрения генетических (Л.А. Артаментова, О.В. Филиппова, 2004; (Колмакова Т.С., Григорян Н.А., 2011), нейробиологических (Л.Ф. Панченко, 1987; Л.П. Великанова, 2002; Г.В. Морозов, 1983), биохимических (И.П. Анохина, 1995; И.Н. Пятницкая, 1994; Juo Sun-Hang H., Pugh E.W., Baffoe-Bonnie A. et al, 2008), физиологических (В.М. Блейхер, И.В. Крук, 2002; Т.Б. Дмитриева, 2002) подходов активно и давно исследуются. [5] Заболеваемость алкоголизмом лиц, имеющих алкогольную наследственную отягощенность, значительно превышает общепопуляционную.[1] Популяционная нагрузка семейной отягощенностью по алкоголизму значительна: 10–20% для популяции в целом, 60–70% для стационарных больных алкоголизмом и опийной наркоманией в РФ [3]. Многими исследователями описаны больные, имеющие гередитарный алкоголизм, который отличается наиболее быстрым

формированием и тяжелым течением в отличие от больных, не имеющих алкогольной наследственной отягощенности.

Преимущественную роль наследственной отягощенности как ведущего фактора в возникновении алкогольной зависимости в данном случае мы рассматриваем с позиции клинического фенотипа болезней зависимости от ПАВ [2], выделенного А. О. Кибитовым.

Цель клинического анализа – описание нейропсихологического статуса больного алкоголизмом, имеющего алкогольную наследственную отягощенность.

Объективный анамнез. Пациент Н., 1958г.р., пенсионер, образование средне-техническое. На момент поступления в лечебно-профилактическое учреждение (17.04.15) предъявлял жалобы на тошноту, головные боли, проблемы со сном (бессонницу). Поступление повторное: ранее поступал 4 раза за последние 3 года. Был установлен диагноз - синдром зависимости от алкоголя средней степени тяжести, абстинентный синдром. Указывает на наличие наследственной отягощенности алкоголизмом: отец с раннего возраста (25 лет) систематически употреблял алкоголь. Впервые алкоголь употребил в 27 лет.

Материалы и методы. Нейропсихологическая диагностика осуществлялась с помощью набора проб, описанных А.Р. Лурия. Данная диагностика предполагает элемент патопсихологического обследования: исследование внимания с помощью проб: «Таблицы Шульте», «Обратный счет»; исследование процессов памяти с помощью методик: «10 слов», «Пересказ рассказа»; исследование мышления при использовании методик: «Исключение лишнего», «Сравнение понятий». Собственно нейропсихологическое обследование, которое включает исследование функциональной межполушарной асимметрии, предполагающее проведение проб под названием «перекрест рук», «поза Наполеона», «перекрест пальцев». Двигательных функций: оптико-кинестетической организации сложного движения, зрительно-пространственной организации двигательных актов, динамической организации двигательного акта, орального праксиса, динамической организации оральных движений. Исследование высших кожно-кинестетических функций: осязательной чувствительности, глубокой (кинестетической) чувствительности, высших осязательных функций и стереогноза. Исследование высших зрительных функций: зрительного восприятия предметов и изображений, ориентировки в пространстве, пространственного мышления. Исследование слухо-моторной координации: восприятия и воспроизведения звуковысотных отношений, восприятия и воспроизведения ритмических структур. Исследование речевых функций: фонематического слуха, понимания слов, понимания простых предложений, понимания логико-грамматических структур, артикуляции речевых звуков, отраженной (повторной) речи, номинативной функции речи, повествовательной речи. Исследование функций чтения, письма и счета. [4]

Далее приводятся данные нейропсихологического и патопсихологического обследования пациента.

С помощью проб на исследование межполушарной организации функций была выявлена правосторонняя моторная асимметрия.

При исследовании внимания были выявлены признаки неустойчивости внимания, снижение концентрации наряду с выраженной истощаемостью психических процессов. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте»: 80сек. – 74сек. – 97сек. – 110сек.

При исследовании процессов памяти выявлено снижение объема механической кратковременной и долговременной памяти (кривая запоминания 10 слов: 4-3-4-5, отсроченное воспроизведение – 2 слова). Отмечено привнесение новых, не заявленных в списке слов. Понимание и пересказ рассказа не доступны в полном объеме: окончание рассказа не помнит.

При исследовании процессов мышления выявлено снижение уровня обобщения в виде употребления конкретных признаков предметов. Так, в методике «Исключение лишнего», среди предметов: очки, термометр, секундомер, часы исключает очки так как «их нельзя куда повесить». При сравнении понятий «крокодил» - «апельсин» отмечает, что крокодил «ест», а апельсин «едят».

При исследовании двигательных функций выявлены нарушения динамической организации движений, проявляющиеся в упрощении схемы двигательных звеньев (при выполнении пробы кулак-ребро-ладонь использует два звена – ребро-ладонь), а также трудности формирования двигательного навыка в виде искажения последовательности звеньев (вместо кулак-ребро-ладонь делает ребро-ладонь, кулак-ладонь, ладонь-ребро). По результатам наблюдения отмечается тремор преимущественно левой руки. При исследовании оптико-кинестетической организации двигательного акта нарушений не выявлено. Зрительно-пространственная организация двигательного акта сохранна. Объем движений в оральной мускулатуре в норме. Выполнение вышеперечисленных проб возможно только в медленном темпе. При увеличении темпа допускает ошибки.

При исследовании кожно-кинестетических функций нарушений не выявлено. Глубокая и поверхностная чувствительность сохранна. Явлений астереогноза и дермоалексии не обнаружено.

При исследовании высших зрительных гностических функций нарушений не выявлено. Восприятие четких простых, перечеркнутых и наложенных фигур в норме. При восприятии цветных, буквенных символов гностических дефектов не обнаружено. Лицевой и пальцевой гнозис сохранен.

При исследовании функций слухо-моторной координации и функций речи нарушений не выявлено. Понимание ситуативно-бытовой речи сохранено. Фонематический слух сохранен. Понимание логико-грамматических конструкций доступно. Автоматизированная речь сохранна.

Номинативная функция речи сохранена. Функции чтения и письма доступны, при выполнении счетных операций допускает ошибки, наибольшие трудности представляет работа с числами при переходе через разряд.

Выводы. Таким образом, нами был представлен клинический разбор больного алкоголизмом, имеющий алкогольную наследственную отягощенность. При проведении нейропсихологического обследования были получены данные, свидетельствующие о нарушении внимания в виде снижения устойчивости, снижении концентрации и истощаемости психических процессов, снижении объема непосредственной кратковременной и долговременной памяти, а также нарушении динамики мнестических процессов в виде инертности; нарушении процессов мышления в виде снижения уровня обобщения. Также были получены данные, свидетельствующие о нарушении двигательных функций в виде упрощения схемы двигательных звеньев, а также трудности формирования двигательного навыка в виде искажения последовательности звеньев. Полученные данные в отдельных аспектах подтверждают особенности течения и характер патопсихологических и нейропсихологических нарушений и являются характерными при наследственном алкоголизме.

Литература:

1. Антропов, А.Ю. Клиника алкоголизма у мужчин с наследственной отягощенностью (возрастные аспекты) / А.Ю. Антропов. – Дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2006.
2. Кибитов, А.О. Генетика наркологических заболеваний: клинико-биологический феномен семейной отягощенности / А.О. Кибитов // Наркология. – 2015. – Т. 14. – № 2 (158). – С. 53-68.
3. Кибитов, А.О. Генетическое единство алкоголизма и опийной наркомании: показатели семейной отягощенности / А.О. Кибитов, Н.А. Чупрова // Вопросы наркологии. – 2012. – № 4. – С. 29–42.
4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия, – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962.
5. Никишина, В.Б. Состояние зависимости: метапсихологический анализ / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая. – Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Курский гос. мед. ун-т" М-ва здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Курск, 2012.

СПОСОБЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шутеева Т.В.

Курский Государственный Медицинский Университет; г. Курск; Россия

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации во всем мире. В экономически развитых странах **инсультом** страдает 1 из 20 взрослых, а частота острых цереброваскулярных событий (включая транзиторные **ишемические** атаки) превышает заболеваемость **ишемической** болезнью сердца [8]. В настоящее время заболеваемость **инсультом** в странах с высоким уровнем доходов по классификации Всемирного банка составляет 94 на 100 тыс. человек, в то время как в странах со средним и низким уровнем доходов (к этой группе относится и Российская Федерация) этот показатель равен 117 на 100 тыс. человек [6]. Лечение и реабилитация пациентов, перенесших инсульт, сопряжены со значительными прямыми и косвенными расходами (например, в Великобритании затраты на лечение таких пациентов составляют почти 5% от национального бюджета здравоохранения [6]), потребность в разработке и максимально широком применении современных методов профилактики, диагностики и лечения инсульта является очевидной. Одной из актуальнейших проблем ОНМК, является высокий уровень инвалидизации у выживших больных. Более трети пациентов после инсульта страдают депрессией, тревожными и невротическими расстройствами, причем у 50% они ярко выражены [1,2,5]. С одной стороны, доказано, что высокий уровень депрессии и тревоги — самостоятельный фактор риска развития инсульта, с другой — депрессия и тревожные проявления являются частым, но и наименее диагностируемым осложнением ОНМК [2,4,7]. В их развитии участвуют повреждение мозга, вызывающее дисфункцию серотониновой системы, и дистресс, связанный с утратой моторных навыков и речи [1]. Наличие постинсультных эмоциональных нарушений снижает восстановление когнитивных функций, ограничивает реабилитацию пациента и ухудшает прогноз, в том числе за счет смертности, снижает качество жизни пациентов, их социализацию [1]. В связи с этим, использование препаратов, обладающих умеренным транквилизирующим, церебропротективным, мембраностабилизирующим (к таковым относят адаптол - тетраметилтетраазабициклооктандион) эффектами представляется оправданным и весьма целесообразным [3,7]. Адаптол действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, в частности, на эмоциогенные зоны гипоталамуса, а также оказывает действие на все 4 основные нейромедиаторные системы: ГАВА-, холин-, серотонин- и адренергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции, но не оказывает периферического адренонегативного действия, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность [4].

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность адаптола для лечения тревожных эмоциональных расстройств у пациентов с ОНМК, оценить его переносимость и безопасность.

Методы. Исследование выполнено на 2^х группах пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде (в течение 6-ти месяцев после развития инсульта). Основная группа составила 25 человек и контрольная - 15 человек в возрасте от 52 до 64 лет. Из их числа исключались пациенты с психическими заболеваниями, черепно-мозговыми травмами в анамнезе, которые могли стать причинами психовегетативной дисфункции. Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по характеру жалоб, степени выраженности астеновегетативных расстройств. Основная группа получала адаптол в суточной дозе 1000 мг, пациенты контрольной группы данный препарат не принимали. Методы обследования включали:

- 1) клиническое обследование с использованием опроса (жалобы), физикальных методов, оценки неврологического статуса.
- 2) оценку качества жизни по опроснику SF – 36, оценку уровня ситуационной и личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина.

Состояние оценивалось до начала приема адаптола и через 30 дней после начала приема препарата.

Результаты. За период наблюдения ни у одного из пациентов, получавших адаптол, не наблюдалось побочных эффектов. Уже через две недели пациенты, получающие адаптол, отмечали уменьшение тревожности, более адекватно переносили нарушения, вызванные основным заболеванием, отмечали улучшение своего эмоционального состояния. Пациенты, не получавшие препарат, указывали на общее снижение настроения, повышение тревожности, вегетативные реакции, что в целом не могло не сказываться на течении восстановительных процессов. На фоне приема адаптола произошло улучшение показателей качества жизни по опроснику SF-36. Повторное нейропсихологическое обследование по шкале Спилберга-Ханина выявило у пациентов в группе адаптола уменьшение в среднем личностной (48,6 - до лечения и 40,1 - после лечения) и ситуационной тревожности (51,6 – до лечения и 41,4 – после лечения), в то время как в группе сравнения значимого изменения выраженности тревожности не произошло.

Заключение. Установлено, что использование адаптола для лечения тревожных расстройств у пациентов с ОНМК приводит к значительному снижению уровня тревожности, уменьшению психовегетативных реакций, определяя тем самым более высокий уровень реабилитационного прогноза, качества жизни пациентов и их социальной адаптации. Препарат безопасен и хорошо переносится пациентами.

Литература:

1. Александров, А.А. Антидепрессанты в неврологии / А.А. Александров // Медицинские новости. – 2007. – № 13. – С. 25-30.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: рук. для врачей / под ред. В.Л. Голубева. – М.: Мед. информ. агентство, 2010. – 640 с.

3. Вознесенская, Т.Г. Антидепрессанты в неврологической практике/ Т.Г. Вознесенская /Лечение нервных болезней. – 2000. – Т.1, № 1.– С.8-13.
4. Живолупов, С.А. Клинико-психологический мониторинг эффективности адаптола при тревожно-фобических, вегетативных и когнитивных расстройствах у больных с функциональными и органическими заболеваниями нервной системы / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, А.А. Марченко // Возрастные аспекты неврологии. – Киев. – 2012.– С.243-249.
5. Пшенникова, М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М.Г. Пшенникова // Патол. физиология и эксперим. терапия. – 2000. – № 2. – С. 24-31.
6. Сергеев, Д.В. Нейропротекция при ишемическом инсульте: оправданы ли надежды? / Д.В. Сергеев // РМЖ. – 2011. – № 9. – С.39-42.
7. Смулевич, А.Б. Расстройства личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических психопатий) / А.Б. Смулевич // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С. 13-21.
8. Nachinski V. The 2005 Thomas Willis Lecture: stroke and vascular cognitive impairment: a transdisciplinary, translational and transactional approach. Stroke 2007; 38: 1396.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Шутеева Т.В.

Курский Государственный Медицинский Университет; г. Курск; Россия

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга с дегенерацией nigrostriарных нейронов и нарушением функции базальных ганглиев [3]. Клиническая картина БП не ограничивается только двигательными расстройствами (гипокинезия, ригидность, тремор покоя и постуральная неустойчивость) [2,3]. По мере прогрессирования заболевания появляются так называемые немоторные симптомы [1,2,3]. Клиническое разнообразие, высокая частота, значимое влияние на качество жизни пациентов и их близких выделяют нервно–психические нарушения (утомляемость, нарушения сна, тревожно–депрессивные проявления) среди спектра всех недвигательных симптомов БП [1,4,5].

Согласно многочисленным исследованиям у пациентов, страдающих БП, в 40–56% случаев отмечается утомляемость, которая может предшествовать появлению основных двигательных симптомов. Около трети больных описывают данный симптом как наиболее инвалидизирующий [1,5]. Утомляемость имеет тенденцию развиваться в начале заболевания и при отсутствии лечения усиливается. Данный синдром в клинической практике

обычно не фиксируется врачами в связи с недостаточной информированностью [5]. Для многих людей, страдающих БП, утомляемость – ощущение физической усталости, уменьшение двигательной активности, что приводит к нарушению всех видов ежедневной деятельности, затруднению двигательной реабилитации [1,4,5].

Как и депрессия, тревожные расстройства могут предшествовать моторным проявлениям БП [1]. Нервно–психические проявления приводят к ограничению социальной и бытовой адаптации, что в целом неблагоприятно влияет на качество жизни больных БП [1-5]. В связи с этим целесообразно использование антидепрессантов в комплексном лечении БП. Эффективная **терапия** тревожных расстройств должна быть длительной. Важно не только уменьшить тревогу, но и повысить стрессоустойчивость и активизировать собственные защитные механизмы организма. Нелекарственная **терапия** включает в себя в первую очередь психотерапевтические методики. Однако на практике подобные виды лечения чаще всего оказываются недоступными как для врача, так и для пациента. Проще и доступнее на практике оказывается лекарственная **терапия**. Обычно для адекватной оценки ее эффективности необходимо 2–3 мес. В настоящее время существует богатый арсенал противотревожных препаратов, позволяющих влиять не только на психические, но и на соматические проявления тревоги. Наряду со специфическими анксиолитиками (бензодиазепинами) широко применяются препараты из других групп, которые также обладают противотревожными свойствами и обладают минимумом побочных эффектов, что обусловлено практическим отсутствием активных метаболитов, к таким препаратам относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), представителем которых является препарат элицея. Препарат является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС). Ингибирование обратного захвата серотонина приводит к повышению концентрации этого нейромедиатора в синаптической щели, усиливает и пролонгирует его действие на постсинаптические рецепторные участки.

Антидепрессанты дают положительный эффект в терапии немоторных проявлений БП. Эффект **этой группы препаратов** связан непосредственно с их антидепрессивным действием. Предполагают, что он связан с усилением активности норадренергических и серотонинергических систем. Ингибиторы обратного захвата моноаминов повышают концентрацию медиаторов в синапсах антиноцицептивной системы, активируют её.

Цель – исследование эффективности и безопасности элицеи в комплексной терапии болезни Паркинсона.

Материалы и методы: обследовано 33 пациента с болезнью Паркинсона и депрессивным синдромом в возрасте от 47 до 76 лет (женщины - 24 человек, мужчины – 9) , средний возраст составил 58,4 года.

У пациентов выявлялись тревожное настроение, страхи, инсомния, потеря в весе, чувство вины по отношению к близким, низкая самооценка, различные вегетативные симптомы.

Пациенты получали элицею (эсциталопрам) в дозировке 10 мг. в сутки и стабильное противопаркинсоническое лечение.

Степень выраженности депрессивного синдрома оценивалась по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Длительность депрессивных проявлений отмечалась стойкостью, не всегда коррелировала со степенью выраженности основных симптомов болезни Паркинсона. Контроль осуществлялся в день обращения, на 30, 60 дни лечения.

Результаты: средний балл по HDRS на момент обращения составлял 18,8 по шкале HARS – 23,1. В процессе лечения элицея продемонстрировала анксиолитическое действие в отношении психической и соматической тревоги. К четвертой неделе терапии стабилизировался фон настроения, пациенты отмечали “прилив сил”, более адекватно относились к своему состоянию и менее печально оценивали свои перспективы.

На 60 день терапии средний балл по HDRS составил 10,4; по HARS – 10,6. За период лечения отмечалось неравномерное уменьшение симптоматики тревоги и депрессии, в первую очередь редуцировала тревога, нормализовался сон.

Выводы: полученные данные указывают на необходимость коррекции у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, не только двигательных, но и депрессивных расстройств, что повышает качество жизни этих пациентов. Элицея является эффективным, хорошо переносимым препаратом для комплексной терапии болезни Паркинсона.

Литература:

1. Гашилова, Ф.Ф. Нервно-психические нарушения, наблюдаемые у больных с Болезнью Паркинсона / Ф.Ф. Гашилова, Ю.Г. Муравлева, А.В. Шляков, В.М. Стан // РМЖ. – 2012. – № 12. – С.36-49.
2. Голубев, В.Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / В.Л. Голубев, Я.И. Левин, А.М. Вейн. – М.: МЕДпресс, 1999.
3. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона как нейропсихиатрическое заболевание / О.С. Левин / Болезнь Паркинсона и расстройства движения: Руководство для врачей по материалам II Нац. конгресса. – М., 2011. – С. 99-104.
4. Нодель, М. Нервно-психические нарушения при болезни Паркинсона / М. Нодель, Н.Н. Яхно // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. – 2009. № 2. – С. 3-8.
5. Торган, Т.И. Синдром утомляемости при болезни Паркинсона / Т.И. Торган, Н.Д. Демчук / Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам II Нац. конгресса. – М., 2011. – С. 326–327.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Юркова М.Д. Научный руководитель – доктор психологических наук,
профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии*

Запесоцкая И.В.

Курский Государственный Медицинский Университет; г. Курск, Россия

Актуальность рассматриваемой проблемы определяется также большим количеством больных РМЖ среди всех больных злокачественными новообразованиями различных локализаций, быстро прогрессирующим течением, приводящим к потере трудоспособности, снижению качества жизни больной, инвалидизации и преждевременной смертности. Согласно исследованиям А.З. Довгалюка, РМЖ составляет среди злокачественных опухолей у женщин (18,3 %) и 4-е место среди всех злокачественных новообразований (9%) . По материалам XVII Российского онкологического конгресса (2013) в России ежегодно регистрируется более 50 тыс. новых случаев РМЖ.

Тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, угроза смерти — все это разрушает стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, меняет ценности, перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни [2]. И онкологическое заболевание следует рассматривать как кризисную ситуацию, вызывающую кардинальную перестройку привычных способов поведения. (Герасименко В.Н., Ю.В. Артюшенко, А.Т. Амирасланов, Карпова Э.Б., Чулкова В.А). Диагноз рак влияет на человека по-разному, в зависимости от нозологии болезни или личностных особенностей больного. Но можно выделить и общие закономерности в восприятии такого диагноза. Во-первых, это заболевание принимается пациентами как неизлечимое, что уже является психической травмой. Необходимость оперативного лечения также пугает больных (Ткаченко, 2008).

А при диагнозе рак молочной железы на восприятие болезни влияет еще и сам факт поражения именно груди. У женщин любого возраста с раком молочной железы перспективы утраты женственности, красоты и, как следствие, изменение отношений с людьми вызывают тяжелейший стресс. Женская грудь – это синоним животворных сил женщины, атрибут женственности и эротики. Поэтому для многих женщин всевозможные ассоциации, связанные с этой частью тела, - сугубо личный и эмоциональный момент. Опасна не только опухоль сама по себе, но и страх перед ней, боязнь ее возникновения (Тарабрина Н.В). Терапия, которая принимает на себя диагноз «рак груди», внушает не меньший страх. Между тем, хотя хирургическое

вмешательство, часто увечяющее грудь может и не произойти, все же во многих случаях операции при раке груди все больше представляются многим пораженным болезнью пациенткам как тяжелая телесная и душевная травма. [7]

Справляться с кризисной ситуацией, в частности, онкологическим заболеванием, помогают копинг-стратегии. Под копинг-стратегиями (стратегиями совладающего поведения) далее в статье будут пониматься различные виды активности человека, направленные на преодоление стрессового воздействия. Эти стратегии могут иметь различную степень адаптивности. Понятие копинг-стратегий имеет определенное сходство с понятием защитных механизмов, однако защитные механизмы неосознаваемы и направлены преимущественно на устранение психологического дискомфорта, в то время как копинг-поведение может быть произвольным и выражается в активном преобразовании стрессовой ситуации, эмоциональной, когнитивной или смысловой сферы субъекта [5].

Значительная часть исследований была посвящена выявлению копинг-стратегий и защитных механизмов, используемых в ситуации онкологического заболевания.

Весомый вклад в изучение проблемы совладания с болезнью внес Е. Heim. Изучая копинг-стратегии у онкологических пациентов, он выделил 26 видов копинга, относящихся к когнитивной, эмоциональной либо поведенческой сферам. Он также разделил все копинг-стратегии на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные [10].

В процессе формирования той или иной стратегии совладающего поведения значительную роль играет фактор социальной поддержки. J.C. Coyne и D.A. Smith указывают, что стратегии преодоления дистресса и социальная поддержка определяются взаимозависимыми процессами, протекающими в рамках межличностных отношений. [9]

Установлено, что на способность пациентов использовать социальную поддержку в большей степени влияет выбор активной стратегии копинг-поведения, нежели социодемографические и клинические переменные. Высокий уровень социальной поддержки в сочетании с активной копинг-стратегией оказался связанным с успешным лечением болезни, в то время как наименее благоприятным было сочетание депрессивного копинга с низким уровнем воспринимаемой социальной поддержки [11].

Источники социальной поддержки могут быть разные: близкое семейное окружение, друзья, знакомые. Это и соответствует традиционному подходу к совладанию, однако именно в рамках изучения адаптации к изменяющейся социо-культурной среде была показана определенная амбивалентность влияния характеристик социальной поддержки на параметры адаптации. Тесная эмоциональная связь и общее благополучие отношений с близким семейным окружением может в определенной степени «тормозить» процесс совладания – в силу того, что отношения тесной взаимозависимости могут препятствовать формированию новых

функциональных навыков и затруднять ассимиляцию. Отмечается, что постоянное сочувствие «своих» нередко усиливает субъективное переживание трудностей в силу большей актуализации чувства неопределенной опасности.

Кроме того, следует брать во внимание такие параметры социальной поддержки как адекватность и качество взаимоотношений (последние опять-таки могут быть классифицированы по шкале «свой – чужой»). Оказалось, что гораздо более однозначные корреляции с уровнем адаптации получены именно при изучении количественных и качественных характеристик социальной поддержки: в качестве первых изучалась частотность актов поддержки (вне зависимости от ее содержания – речь могла идти как, например, об информационной поддержке, так и о материальной), а в качестве вторых – такие параметры как адекватность выбранных форм поддержки и общее качество взаимоотношений (степень эмоциональной близости, удовлетворенность коммуникациями и т.п.)

Однако заметим, что сама возможность получения социальной поддержки, в свою очередь, очевидно связана с определенными личностными качествами коммуникативного характера: ведь способность человека справиться с трудностями предполагает определенный уровень контроля за ситуацией, что, в свою очередь, связано с его общей коммуникативной компетентностью. В то же время неадекватность субъекта в ходе межличностной коммуникации может иметь своим следствием его дальнейшую социальную изоляцию и быть причиной трудностей совладания. В частности, на кросс-культурном материале выяснилось, что недостаточная коммуникативная компетентность субъекта связана с различными проявлениями психологического неблагополучия в ходе адаптации, а именно – эмоциональной нестабильностью, снижением уровня удовлетворенности жизнью и неудовлетворенностью своей способностью к преодолению проблем (Мацумото, 2003).

Литература:

1. Герасименко, В.Н. Реабилитация онкологических больных / В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко, А.Т. Амирасланов и др. – М., 2008. – 345 с.
2. Герасименко, В.Н. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных / В.Н. Герасименко, А.Ш. Тхостов // Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – № 2.
3. Карпова, Э.Б. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э.Б. Карпова, В.А. Чулкова / Ананьевские чтения. – 2007: матер.научно-практ. конф. –СПб университета. – 2007. – С. 556-557.
4. *Мацумото, Д.* Психология и культура / *Д. Мацумото.* – СПб., 2003.
5. Перре, М. Стресс и копинг как факторы влияния / М. Перре, А.Р. Лайрейтер, У. Бауманн // Клиническая психология. – СПб., 2002.

6. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014.
7. Тарабрина, Н.В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.А. Падун, М.С. Курчакова, Н.Е. Шаталова. – М.: Изд-во «Институт Психологии РАН», 2010.–175 с.
8. Ткаченко, Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщины страдающих РМЖ / Г.А. Ткаченко //Сибирский психологический журнал.– Томск, ТГУ. – 2008.
9. Coyne, J.C. Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives distress / J. C. Coyne, D. A. Smith // J. of Pers. & Soc. Psychol. – 1991.. — Vol. 61.
- 10.Heim, E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? / E. Heim // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. – 1988. – № 1.
- 11.Sollner, W. Interactive Patterns of Social Support and Individual Coping Strategies in Melanoma Patients and Their Correlations With Adjustment to Illness / W. Sollner [et al.] // Psychosomatics. — 1999. — Vol. 40.