

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ВПО КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ

ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ



МАТЕРИАЛЫ

III ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД



21-23 НОЯБРЯ 2013Г. КУРСК

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

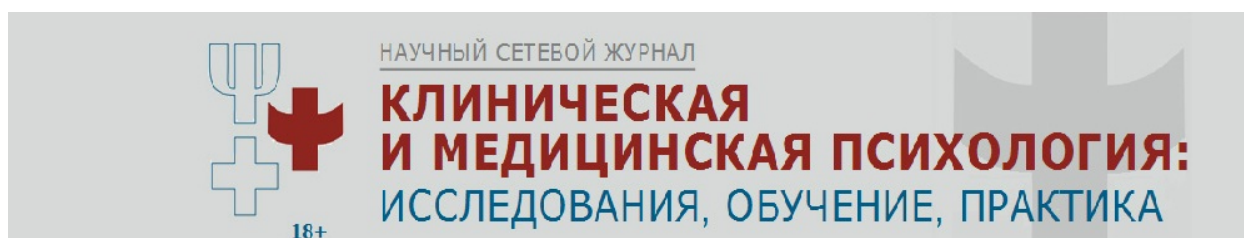
ГБОУ ВПО КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ
И КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

МАТЕРИАЛЫ III ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ



21-23 НОЯБРЯ 2013г.
КУРСК

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Курск: КГМУ, 2013. – 290 с.

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, декан факультета повышения квалификации.

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 научной работе и инновациям, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Курского государственного медицинского университета.
3. Конопля Александр Иванович - д.м.н., профессор, проректор по учебной работе Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой биологической химии Курского государственного медицинского университета.
4. Охотников Олег Иванович - д.м.н., профессор, проректор по непрерывному образованию и лечебной работе Курского государственного медицинского университета.
5. Запесоцкая Ирина Владимировна - д.пс.н., доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
6. Недуруева Татьяна Валерьевна - к.пс.н., доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
7. Петраш Екатерина Анатольевна - к.пс.н., старший преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
8. Каськова Диана Сергеевна - ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.
9. Кузнецова А.А. - ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

ЗДОРОВЬЕ КАК ЦЕННОСТЬ И РЕСУРС: МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСКУРС

Лазаренко В.А., Никишина В.Б.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

«Однажды к Мудрейшему пришли три целителя с просьбой испытать их в искусстве врачевания. Мудрейший приказал всем больным прийти к целителям на излечение, а сам стал наблюдать за тем, что происходит. Через несколько дней, когда был излечен последний больной, Мудрейший сказал целителям: «Самый знающий из вас лечит низменным, составляя лекарства и снадобья. Самый искренний из вас, лечит возвышенным, призывая на помощь небо и укрепляя лечение собственной верой. Самый мудрый из вас учит самих больных искоренять болезнь, не избегая при этом ни низменного, ни возвышенного, и именно он знает Срединный путь».

В настоящее время представляется актуальным рассмотреть проблему здоровья как ценности и ресурса в логике поиска общего медико-психологического дискурса, реализуемого в формировании единого интегративного пространства научных представлений.

Осмысливая содержательно ценностное отношение к здоровью в области медицины, обратимся к анализу статистических данных ВОЗ (доклад ВОЗ 2013г.). В отношении индикаторов здоровья вызывает удивление тенденция демонстрации состояния здоровья населения через преимущественное описание показателей заболеваемости: здесь и число случаев заболеваний на 100000 человек, и распространенность заболеваний, в общем, и по числу случаев отдельных заболеваний (например, инфекционных заболеваний: приводится статистика для 18 нозологических форм!). Не менее подробно в докладе описана смертность населения: обширные статистические данные дифференцируются и по социально-демографическим критериям, и по конкретным нозологическим единицам. Всего число показателей нездоровья в отчете ВОЗ достигает 33!

Статические данные показателей здоровья, представляются значимо меньшим количеством, им уделяется всего два процента от общего объема отчета ВОЗ от 2013 года. И это, в основном, статистика оказания услуг структурами здравоохранения (меры профилактики и лечения). В качестве прямого показателя состояния здоровья, согласно отчету ВОЗ, представляется лишь показатель излечения от туберкулеза. По данным статистических источников РФ, тенденция значимого преобладания показателей нездоровья над показателями здоровья, сохраняется.

Таким образом, в официальной медицине общих, декларируемых на уровне социальных приоритетов, аргументов ценности здоровья представляется значительно меньше, чем нездоровья.

Рассмотрим содержание ценностного отношения и понимания здоровья в современной психологии. В системе психологического знания здоровье

изучается как социальная ценность (И.В. Журавлева, И.Б. Бовина, Т. Н. Семенкова, Н. Э. Касаткина и др.). В данном понимании здоровье человека выступает как интегральный показатель преобразований, происходящих в обществе. Обесценивание социального смысла здоровья – прямая угроза депопуляции и деградации нации. С данным тезисом трудно не согласиться, только хотелось бы конкретизации действий в направлении решения проблемы.

Психология, занимаясь проблемой здоровья акцентирует внимание на таких аспектах, как субъективное благополучие, отношение к здоровью, валеологические установки, внутренняя картина здоровья. Формирующим пространством научно-практических представлений о здоровье в психологии выступает понятие установки, в которых реализуется когнитивное, эмоциональное и поведенческое отношение к здоровью – физическому, социальному, психическому.

В психологии активно решается задача критериального анализа психологического здоровья. В качестве критериев определяются самоактуализация, полноценное развитие, динамизм и личностный рост, открытость опыту, свобода в переживании, самовыражении, осмысленность существования, целостность (О. Васильева, 2001). Остается открытым вопрос об измеряемости и верифицируемости этих критериев.

Общим контекстом психологических исследований является то что, авторы могут безошибочно выделить проблемы, стоящие на пути поддержания здоровья нации на социальном и личностном уровне, однако, зачастую, не могут предложить ни способа, ни путей решения проблем.

Противоречия ценностного отношения к здоровью можно констатировать как на уровне социальной ценности, так и на уровне личной (индивидуальной). Показатели здоровья – нездоровья определяются в рамках конкретной нозологической формы на основе симптоматических критериев и тяжести протекания болезни, а также на основе субъективных оценок пациентом своего состояния. То есть, если нет симптомов болезни - здоров. В общем виде логика такова, что линия улучшения здоровья должна в идеале следовать параллельно линии выздоровления. А именно, медицина концентрируется на усилиях по выздоровлению, и только в этом случае может констатировать факт здоровья. Таким образом, основная идеологическая линия в определении состояния здоровья реализуется в направлении от противоположного! Исходным в такой логике является нездоровье: медицина оздоравливает, следовательно, здоровье обретается. На этом фоне индивидуальные установки приобретают формат декларативных («здоровье дороже денег») или циничных («кто не курит и не пьет, тот здоровеньким умрет»).

Основные ментальные стереотипы по отношению к здоровью (Никишина В.Б., Лазаренко В.А.):

- сначала сделать карьеру, а потом заниматься здоровьем;
- здоровье стоит дорого, значит, на него надо сначала заработать;

- пока молод, надо попробовать все, чтобы было, что вспомнить, а потом и о здоровье можно подумать;

- от человека ничего не зависит, а значит и здоровье ему не принадлежит.

В условиях российской действительности патерналистские обязанности в отношении здоровья берет на себя государство в лице системы здравоохранения, усилия которой сосредоточены в круге проблем лечения.

Тогда как здоровье – это, прежде всего, активность во всех ее проявлениях (физическая, психологическая, социальная, экономическая, политическая и др.). Есть смысл в понимании здоровья перейти от его результатного содержания в виде благополучия (физического, психического и т.д.) - к процессному пониманию здоровья как активности. Тогда и приобретет здоровье не формально – декларативный, а социально-ценностный и индивидуально-значимый смысл. Общепринято признание физического и психического здоровья в качестве основного условия свободной деятельности человека, его развития и совершенства. Не вызывает сомнений существование социальной установки, влияющей на выбор личности между болезнью и здоровьем. При этом часто выбор в пользу здоровья осуществляется на словах, люди относятся к своему здоровью как к неисчерпаемому ресурсу и не стремятся отказаться от привычного, даже и негативно влияющего на состояние здоровья, образа жизни в целях сбережения и укрепления своего здоровья, особенно если эти изменения требуют от них определенных затрат. Можно предположить, что своим здоровьем люди занимаются «по остаточному принципу», минимизируя расходование субъективно ценных для себя ресурсов - временных, финансовых, социальных. Даже при кризисных состояниях своего здоровья, ухудшении физического самочувствия наблюдается беспечное отношение к необходимости совершать активные действия, направленные на выздоровление.

Представляя здоровье как ресурс, прежде всего, социально-экономический, необходимо использовать статистическую аргументацию. Так, по данным ВОЗ, Россия в 2005 г. только вследствие смертности населения от болезней, например, системы кровообращения и диабета, потеряла 11,1 млрд. долларов национального дохода. По прогнозу к 2015г. размер потерь по этому показателю возрастет до 66,4 млрд. долларов. То есть нездоровье стоит дорого.

При этом, представления врачей о распространенности здоровья среди населения, следующие: 95% - нездоровые, при оценке же своего здоровья картина меняется: нездоровые – 7%, редко болеют – 49%, абсолютно здоровые – 23%, средне здоровые – 21%. В структуре ценностных ориентаций самих врачей на уровне представлений на первое место выступает «здоровье», оно же на уровне поведения располагается на третьем уровне, уступая достижениям и власти.

Понимание здоровья как ресурса в личном и социальном плане в рамках медико-психологического дискурса приводит нас к очевидным

противоречиям. И эти противоречия проявляются как в масштабе общественных значений и приоритетов, так и на уровне декларируемого и реализуемого на уровне конкретной личности, ее здоровьеориентированного поведения.

Качество отношения к собственному здоровью у населения может трансформироваться в сторону его ценности и смысла (неформального и не декларативного, а ресурсозначимого) только под влиянием целенаправленных совместных усилий медицины и психологии.

Литература

1. Бовина И. Б. Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект-Пресс, 2007. -256 с.
2. Васильева, О. С. Психическое здоровье как интерактивная характеристика личности // Психологический вестник РГУ. -1998. -№ 3. - С. 418.
3. Волынкина Е. Н. Ценности здоровья и здорового образа жизни // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф./гл.ред. И.О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2012. С. 12 – 18.
4. Доклад Всемирного банка «Рано умирать...», 2005 (www.Worldbank.org.ru).
5. Журавлева И. В. Поведенческий фактор и здоровье населения. Методологические аспекты. -Новосибирск: Наука, 1989. -С. 72.
6. Лазаренко В.А., Никишина В.Б. Система установок на здоровье у студентов медицинского ВУЗА // Психолого-педагогические технологии условиях инновационных процессов в медицине и образовании: Материалы 4 Международной междисциплинарной науч.-практ. конф./гл.ред. М.Г.Чухрова. – Новосибирск: Архивариус – Н, 2013. С. 5 – 8.
7. Никифоров, Г. С. Психология здоровья. - СПб.: Речь, 2002. -256 с.
8. Семенкова Т.Н., Казин Э.М., Касаткина Н.Э. Здоровье обучающихся как социальная и адаптивная ценность // Вестник Кемеровского Государственного Университета. - 2011. - № 1.С. 83-92.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ К РОДИТЕЛЯМ У ПОДРОСТКОВ С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Алехин А.Н., Локтева А.В.

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, Россия
Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

Сегодня проблема психологической зависимости оказалась одной из первоочередных в современном обществе. Девиантизация общества определяет необходимость радикальных парадигм, связанных с изучением и профилактикой традиционных и вновь возникших аддикций, к наиболее распространённым из которых относятся химические формы зависимости - алкоголизм. В подростковом возрасте употребление алкоголя является поведенческим нарушением, которое можно корректировать с использованием медико-психологических средств. В этот период еще не приобретены зрелые механизмы совладания со стрессовыми ситуациями и велик риск того, что наиболее простым способом совладания станет употребление алкоголя.

В качестве предпосылок употребления алкоголя выступают сочетание факторов: взаимоотношения со сверстниками, индивидуально-личностные характеристики, условия социальной среды, физиологические изменения, сопровождающие подростковый возраст. Немаловажную роль в приобщении подростков к употреблению алкоголя играют семейные условия. Под влиянием семейного травматизма возникает психокультурная деформация личности - изменение состояния личностной целостности, как попытка редуцирования патогенного напряжения. При этом вся активность развивающейся личности направлена на компенсацию фрустрирующего состояния. Достаточно близкие эмоциональные отношения в семье способны подавлять даже начальные предпосылки употребления алкоголя подростками. Низкий уровень коммуникации между ребенком и родителями, непоследовательность в семейном воспитании, высокая частота конфликтов в семье считаются факторами риска употребления алкоголя подростками.

В литературных источниках находим подтверждение о специфических нарушениях детско-родительских отношений при различных видах девиантного поведения. Так в группе с бытовым пьянством выявлена общая неудовлетворенность отношениями с обоими родителями. Выделяют четыре типа семейных отношений при девиантном поведении: 1) отчуждение (утрата психологического контакта, отказ от близких отношений); 2) тревожная неудовлетворенность (постоянное беспокойство членов семьи друг за друга, недоверие, недовольство друг другом); 3) симбиотическое слияние (делегирование другому члену семьи ряда личных функций); 4) подозрительная враждебность (доминирование агрессии, защитно-агрессивная оппозиция) [1].

Согласно концепции В.Н. Мясищева, ситуация хронической фрустрации базовых потребностей человека, неизбежно ведёт к изменениям его отношения к себе и, через самооценку к изменению отношения к миру. Искаженные отношения, в которые оказывается включённой личность, ведут к отклонениям в её формировании и, наоборот, социально и педагогически нормальные отношения развивают нравственно и психологически здоровые качества, составляющие структуру личности. Физиологическими и психологическими источниками предболезненного состояния являются

трудности или нарушения во взаимоотношениях человека с людьми, социальной действительностью и задачами, стоящими перед ним [2].

Целью нашего исследования являлось изучение отношений к родителям, выступающих источником психотравматизации подростков, способствующих обращению к алкоголю, которые определяют направление и содержание мероприятий психологической коррекции. Поскольку естественной средой жизнедеятельности подростка является родительская семья, специальное внимание в исследовании уделялось анализу детско-родительских отношений.

Для уточнения семейных условий порождения эмоционального напряжения проводилось клинико-психологическое обследование подростков на разных стадиях формирования алкогольного поведения. В исследовании приняли участие 184 подростка (89 девушек и 95 юношей-подростков) в возрасте от 14 до 17 лет. В 1-ю группу (контрольную) были включены подростки, не употребляющие алкоголя (60 человек). Подростки, ситуационно употребляющие спиртные напитки, составили 2-ю группу (64 подростка). Подростки, употребляющие алкоголь регулярно, активно ищущие поводы и референтные группы для алкоголизации были включены в 3-ю группу (60 человек).

Клинико-психологический метод позволил определить различия в отношении к родителям, семье среди подростков с разным уровнем риска алкоголизации. Данные клинико-психологического метода уточнялись с помощью методик психологической диагностики: методика для выявления акцентуаций характера у подростков - «Патохарактерологический диагностический опросник» (Иванов Н.Я., Личко А.Е.); методика оценки значений понятий в семантическом пространстве - «Семантический дифференциал» (оцениваемые значения: «Я», «Я идеальный», «Я глазами родителей», «Я идеальный с точки зрения родителей») (Osgood С.Е.); методика анализа личностных отношений - «Незаконченные предложения» (Sachs J.M., Levy S.); проективный метод исследования отношений личности - «Цветовой тест отношений» (Бажин Е.Ф.); оценка семейных условий - опросник «Подростки о родителях» (Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е.); методика «Рисунок семьи».

По результатам формализованной оценки отношений подростков к родителям, к семье, оцененных по окончаниям предложений по методике «Незаконченные предложения» определили общие тенденции, характерные для подростков употребляющих алкоголь (2-я и 3-я группы): отмечается напряженность отношений в родительской системе. Анализ результатов продемонстрировал наличия внутреннего напряжения во взаимоотношениях с матерью. Детальный анализ показывает отсутствие доверительных эмоционально теплых отношений. Еще более проблемной сферой для подростков группы-риска является сфера взаимоотношений с отцом. Образ отца наделяется отрицательными эмоциями. При утяжелении формы алкоголизации (сравнительный анализ психодиагностических данных 1-й и 3-й групп) выявляются признаки усугубления выявленных противоречий.

Семейные отношения у подростков 3-й группы вызывают эмоциональное напряжение, семья теряет свою ценность. Отношение к родителям и семье усугубляется при переходе от эпизодического к регулярному употреблению алкогольных напитков (сравнительная характеристика 2-й и 3-й групп). Отношения с матерью, отцом становятся более конфликтными, семья воспринимается как источник эмоционального напряжения.

О нарушениях детско-родительских отношений в семьях, злоупотребляющих алкоголем подростков свидетельствуют и результаты, полученные с помощью опросника «Подростки о родителях». Алкоголизирующиеся подростки оценивали отношения отца, матери как непоследовательные, мать воспринималась как директивная. Следует отметить, что по признаку дисфункциональности, семьи регулярно алкоглизирующихся подростков, отличаются от семей подростков, употребляющих алкоголь эпизодически, что свидетельствует о значении семейных отношений в формировании социальных фрустраций и эмоциональном напряжении подростков, воспитывающихся в этих семьях. И в рисунке семьи прослеживается данная закономерность. Наиболее распространенными проявлениями, определяющими эмоциональное неблагополучие подростка в семье, являются: чувство невключенности, отчужденности ребенка в семье или конфликтное отношение к кому-либо в семье, отсутствие в семье человека, с которым подросток состоял бы в близких эмоциональных отношениях.

Результаты исследования свидетельствуют о более выраженных нарушениях в родительской подсистеме у подростков, склонных к частому употреблению алкоголя. Об этом же свидетельствуют и особенности исполнения «рисунка семьи» подростками обследованных групп. Для рисунков подростков 3-й группы характерны сложности в дифференциации, как своего эмоционального состояния, так и эмоциональных проявлений других членов семьи, эмоциональная холодность в отношениях. Наиболее распространенными проявлениями, определяющими эмоциональное неблагополучие подростка в семье, являются: чувство невключенности, отчужденности ребенка в семье или конфликтное отношение к кому-либо в семье, отсутствие в семье человека, с которым подросток состоял бы в близких эмоциональных отношениях.

Для детального анализа значений отношений личности рассчитывались расстояния между стимульными понятиями: «Я идеальный», «Я глазами родителей», «Я идеальный с точки зрения родителей» и понятием «Я» в семантическом пространстве. У подростков 3-й группы расстояние между образом «Я» – «Я идеальный» несколько больше, чем в 1-й группе, что свидетельствует о меньшей склонности наделять свой образ качествами идеализированного образа. Косвенными подтверждениями нарушенных отношений в семьях является удаленность образа «Я глазами родителей» по отношению к образу «Я», в 1-й группе эти образы более близки.

Существуют различия в оценке воспринимаемых образов среди подростков 2-й и 3-й групп. Образ «Я глазами родителей» у подростков 2-й

группы ближе расположен к образу «Я», образ «Я идеальный глазами родителей» также ближе расположен в семантическом пространстве к образу «Я» по сравнению с подростками 3-й группы. Причем образ «Я идеальный глазами родителей» у подростков 2-й группы несколько ближе, чем образ «Я глазами родителей». Можно предположить, что подростки 2-й группы не склонны к анализу своего поведения, самокритике, рефлексии, считают, что их поведение, личностные качества полностью соответствует образу «Я идеальный глазами родителей» т.е. отраженное самоотношение не анализируется. При переходе от эпизодического к регулярному употреблению алкоголя нарастают признаки психической дезадаптации по системообразующим сферам отношений формирующейся личности.

Таким образом, фактором риска алкоголизации подростков является наличие дисфункциональных семейных отношений и дисфункционального семейного воспитания, преимущественно в форме эмоциональной холодности со стороны матери и недостаточной вовлеченности отца в процесс воспитания. Отношение подростка к семье характеризуется как непоследовательное, эмоционально напряженное. По мере усугубления алкоголизации детско-родительские отношения воспринимаются, как эмоционально неблагоприятные, враждебные, конфликтные. Отсутствие эмоционально близких отношений с членами семьи выступает распространенным проявлением семейного неблагополучия подростка. Дисгармоничные отношения в семье и другие особенности психического развития определяют состояния психоэмоционального напряжения при переживании травмирующих ситуаций, которые, однако, не находя конструктивной поддержки, купируются алкоголем. В таких условиях естественное стремление подростка к самоутверждению фрустрируется, что усугубляет внутрличностные конфликты и реакции избегания в форме алкогольного опьянения. Даже эпизодические употребления алкоголя подростками являются важным предиктором нарушения психической адаптации, как следствие, становятся условием искаженного формирования личности, и потому являются непосредственными показаниями клинико-психологического вмешательства.

Литература

1. Змановская, Е.В. Девиантное поведение личности и группы [Текст] / Е.В. Змановская, В.Ю. Рыбников. – СПб: Питер, 2012. – 352 с.
2. Мясищев, В.Н. Психология отношений [Текст] / В.Н. Мясищев.– М.: Воронеж: Институт практической психологии, 1995. – 356 с.

АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ППАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТА АКЦЕНТУАЦИИ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА

Бендрик О.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Акне (вульгарные акне, вульгарные угри, угревая болезнь) – самое распространенное заболевание кожи, поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет и 11% лиц в возрасте старше 25 лет [2]. В основе патогенеза данного заболевания лежит множество факторов, одним из которых являются стрессовые ситуации. Однако психическими аспектами при терапии пациентов с акне часто пренебрегают, что выражается в недостаточном удовлетворении или недовольстве лечением [5].

Цель работы. Изучение психологического статуса среди пациентов с угревой болезнью (УБ).

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнялось в течение 2011 – 2013 гг. на клинической базе кафедры дерматологии и венерологии КГМУ совместно с кафедрой патофизиологии. Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов, страдающих папулезной и папулопустулезной формами акне, в возрасте от 14 до 29 лет, 36 женщин, 34 мужчины. Все больные получали традиционное лечение (антибиотики, антигистаминные препараты, витамины, наружные косметические средства с серой, ихтиолом, резорцином, салициловой кислотой), а также косметические чистки лица, подсушивающие маски, криопроцедуры. Контрольную группу составили 70 практически здоровых лиц в возрасте от 16 до 25 лет, 35 женщин, 35 мужчин.

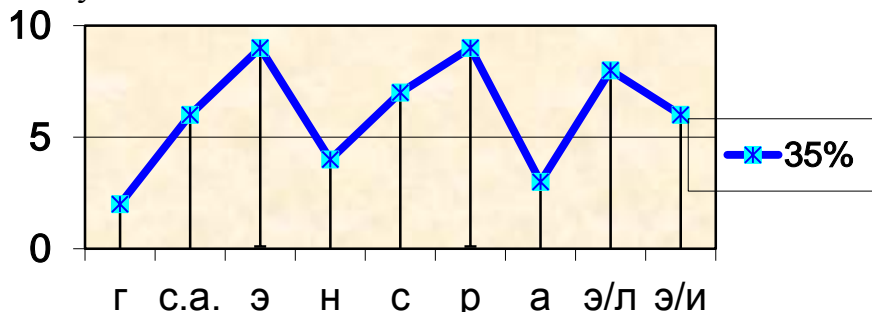
Для оценки психосоматического статуса использовался тест акцентуации свойств темперамента (ТАСТ – Плотников В.В., Плотников Д.В., 2003). Данный тест основан на оценке по десятибалльной системе девяти свойств темперамента, таких как: гипертимность, социальная активность, энергичность, невротизм, сенситивность, робость, агрессивность, эмоциональная лабильность, эмоциональная инертность.

Результаты. Всем пациентам до начала лечения предлагалось пройти ТАСТ. По ответам каждого пациента был составлен график основных свойств темперамента.

При анализе графиков получены следующие результаты.

График № 1

1 тип – у 35% женщин

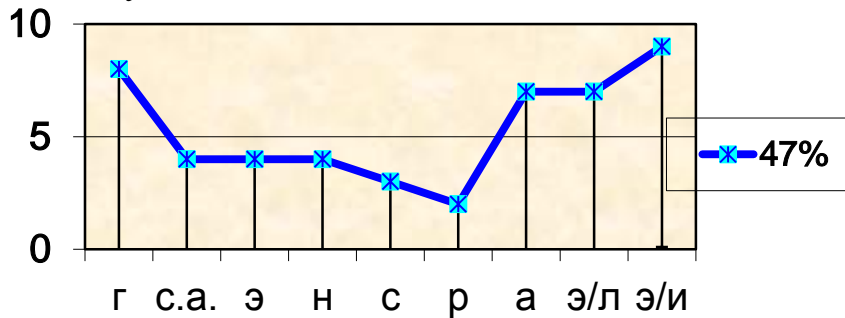


Из графика видно, что в свойствах темперамента данной группы преобладают:

- высокая робость и сенситивность, низкая агрессивность и гипертимность;

- социально активны, невротизм не повышен;
- эмоционально лабильны, инертность меньше лабильности.

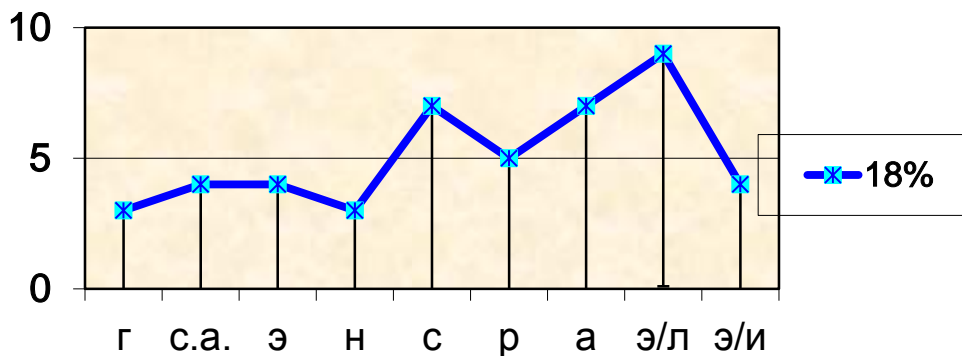
График № 2
2 тип – у 47% женщин



Из графика видно, что в свойствах темперамента данной группы преобладают:

- низкая робость, высокая агрессивность и гипертимность;
- социальная активность ниже, чем у первой группы;
- эмоциональная лабильность и инертность высокие, инертность выше.

График №3
3 тип – у 18% женщин

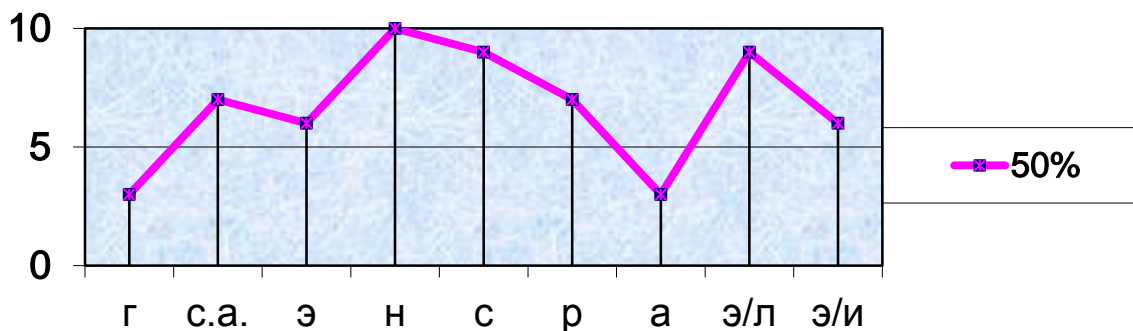


Из графика видно, что в свойствах темперамента данной группы преобладают:

- пик сенситивности и эмоциональной лабильности;
- низкая гипертимность, невысокая социальная активность.

В мужской группе встречается 2 типа графиков.

График № 4
1 тип – у 50% мужчин

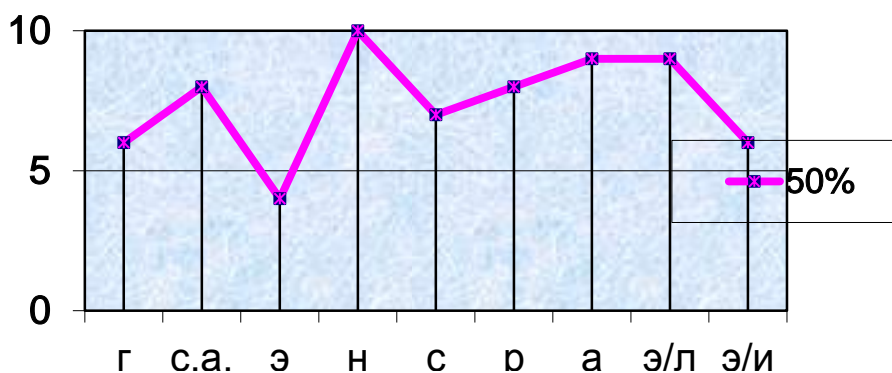


Из графика видно, что в свойствах темперамента данной группы преобладают:

- высокие невротизм, сенситивность и робость;
- низкая агрессивность, гипертимность, высокая социальная активность;
- высокая эмоциональная лабильность.

График №5

2 тип – у 50% мужчин



Из графика видно, что в свойствах темперамента данной группы преобладают:

- высокие сенситивность, робость, невротизм и агрессивность;
- высокая социальная активность (агрессию выплескивают на родных);
- высокая эмоциональная лабильность

Выводы. Существует взаимосвязь между характером течения акне и психологическим состоянием пациента. В поведении людей, страдающих акне, преобладают такие черты как отчужденность, невротизм, робость, боязнь других людей, повышенная эмоциональная лабильность. Некоторые пациенты строят модель своего поведения по типу явной агрессии к окружающим, либо приступы агрессии могут проявляться у людей по отношению к близким или родственникам.

Литература

1. Адаскевич В.П. Диагностика и лечение акне у женщин./ Натуральная фармакология и косметология. – 2004. - №5. – с. 19 – 24.

2. Огурцова А.Н. Критерии оценки степени тяжести в выборе тактики лечения угревой болезни./ Дерматология и венерология. – 2004. – №1. – с.45 – 49 .
3. Олисова О.Ю. Современный подход к местному лечению вульгарных угрей./ Натуральная фармакология и косметология. – 2005. - № 1. – с. 42 – 44.
4. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, страдающих акне./ С.А. Монахов, О.Л. Иванов, М.А. Самгин, А.Н. Львов.// Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2009. – №4. – с.45 – 52.
5. Суворова К.Н. Пубертатные акне: прогноз и рациональное лечение. / Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. - №4. – с. 49 – 51.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНИМАНИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛОГОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ

Борейша Е.А., Сабо Ю.С., Усачёва Е.А.

ООО «Медхэлп»;

ВГМА имени Н.Н. Бурденко, кафедра госпитальной педиатрии, г. Воронеж

С каждым годом увеличиваются требования, предъявляемые к детям уже в младшем школьном возрасте. Особенно трудно справляться с постоянно увеличивающимся потоком информации учащимся с нарушениями речи. Часто у детей с логопедическими проблемами отмечаются недостаточная устойчивость внимания и ограниченные возможности его распределения, что отрицательно сказывается на процессах восприятия[3].

Комплексное исследование когнитивных функций, двигательной сферы, деятельности различных анализаторных систем позволит дать объективную оценку имеющихся недостатков речевого развития и наметить оптимальные пути их коррекции[1,2].

Цель исследования: изучить показатели внимания и неврологического статуса младших школьников с нарушениями речи для оптимизации обучения и разработки комплексных корригирующих программ в условиях образовательных учреждений.

Объект исследования: состояние логопедического и нервно-психологического статуса младших школьников.

Задачи исследования:

- Изучить теоретические и методологические подходы исследования показателей внимания у детей с нарушениями речи исследуемой возрастной группы;
- Изучить заключения логопеда, невролога;

- Исследовать свойства внимания, оцениваемые по тесту Тулуз-Пьерона;
- Осмотреть детей изучаемой группы для выявления признаков патологии шейного отдела позвоночника.

Гипотеза исследования. Речевые расстройства могут служить индикатором состояния нервно-психологического здоровья детей для оптимизации обучения в начальной школе.

Нами обследовано 47 учащихся в возрасте 7—9 лет; из них 25 девочек и 22 мальчика.

Для проведения исследования нами был использован следующий комплекс методов и методик: изучение заключений логопеда и невролога; оценка свойств внимания по тесту Тулуз-Пьерона; беседа и осмотр младших школьников на выявление признаков патологии шейного отдела позвоночника. По результатам осмотра логопедом в структуре речевых расстройств у детей в исследуемой группе преобладали негрубые формы: нарушения звукопроизношения (76,6%), нарушения артикуляции (10,6%); более выраженные сочетанные формы речевых проблем наблюдались у 12,8% школьников.

По результатам осмотра неврологом все дети с речевыми нарушениями имели неврологические проблемы в виде патологии шейного отдела позвоночника, которые в 78,7% случаев являлись фоном для развития минимальных мозговых дисфункций, а в 21,3% случаев сочетались с более выраженными неврологическими проблемами в виде последствий поражений головного и спинного мозга.

Тест Тулуз-Пьерона позволяет оценить уровень внимательности и скорости переработки информации путем сравнения количественных значений этих показателей у каждого ребенка с нормативными данными[5].

Результаты проведенного исследования показали, что у младших школьников речевые нарушения сочетаются с расстройствами внимания.

При оценке показателей внимания методом Тулуз-Пьерона было установлено, что все школьники с речевыми расстройствами имели нарушения внимания разной степени выраженности. Наибольшую группу составили учащиеся с умеренными проявлениями дефицита внимания (57,4%). В «группу риска» попали 23,4% детей. Выраженные проявления дефицита внимания отмечались у 19,2% школьников.

При сравнительном анализе показателей внимания, речи и неврологического статуса у детей были установлены следующие закономерности. Так у всех младших школьников «группы риска» по развитию дефицита внимания отмечаются минимальные мозговые дисфункции на фоне патологии шейного отдела позвоночника, а также негрубые формы речевых расстройств: нарушенное звукопроизношение (81,8%) и нарушение артикуляции (18,2%).

Среди учащихся с умеренными нарушениями внимания наиболее часто встречаются лёгкие неврологические расстройства (минимальная мозговая

дисфункция с фоновой патологией шейного отдела позвоночника) в сочетании с негрубыми расстройствами речи (96,3%).

В группе детей с выраженными расстройствами внимания преобладают более грубые формы речевых расстройств. Наиболее часто отмечается сочетание нарушения артикуляции с общим недоразвитием речи (55,6%). Все учащиеся этой группы имеют более выраженные неврологические проблемы.

В нашем исследовании отмечается чёткая взаимосвязь нарушений речи и внимания с патологией шейного отдела позвоночника. При проведении осмотра были выявлены признаки поражения шейного отдела позвоночника у всех исследуемых детей, наиболее часто в виде асимметрии стояния плеч и лопаток, защитного напряжения шейно—затылочных мышц, неравномерного напряжения затылочных мышц шеи, симптома «крыловидных» лопаток [1,2,4].

После комплексной оценки заключений логопеда и невролога, объективного исследования свойств внимания методом Тулуз-Пьерона; беседы и осмотра младших школьников на выявление признаков патологии шейного отдела позвоночника нами была предпринята попытка разделения детей на группы по степени выраженности дефицита внимания.

Учитывая наличие клинических неврологических проявлений у всех обследованных детей, считаем нецелесообразным разделение этих учащихся на группы. Эти учащиеся нуждаются в проведении комплексных коррекционных мероприятий в условиях образовательного учреждения групповым методом, а также в наблюдении невролога, психолога, логопеда и проведении назначенного ими комплекса реабилитационных мероприятий.

Выводы

- Получены данные о наличии признаков нарушений внимания у всех детей исследуемой группы по результатам анализа заключений невролога, логопеда, объективного исследования на выявление нарушений внимания методом Тулуз-Пьерона, беседы и осмотра младших школьников, а также анализа результатов заключений невролога и логопеда;
- Установлена взаимосвязь нарушений речи и внимания с патологией шейного отдела позвоночника.

Литература

1. Борейша Е.А. Школьные проблемы // Здоровые дети Воронежа.—2006, - №8.
2. Борейша Ю.С. Выявление и коррекция минимальных мозговых дисфункций у детей младшего школьного возраста / Борейша Ю.С., Борейша Е.А., Усачёва Е.А. // Материалы VI Всероссийской Бурденковской студенческой научной конференции, посвящённой 65-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Воронеж, 2010.
3. Ярош Т.А. Нарушения речи у младших школьников: Методические рекомендации и упражнения / Ярош Т.А – М.: Школьная пресса, 2003.

4. Ярёмченко Б. Р., Ярёмченко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей.— СПб: Деан, 1999.
5. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство.— СПб: ГП «ИМАТОН», 1997.

ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ БЕРЕМЕННОСТИ, ОТЯГОЩЕННЫЙ АБОРТОМ

Блюм А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

При всем многообразии подходов к исследованию телесности, данной сам термин «телесность» не имеет достаточно чётких границ. Авторами не дается целостное представление о телесном опыте при различных психосоматических феноменах. В нашем исследовании мы рассматриваем телесный опыт женщины, перенесшей аборт. При рассмотрении телесного опыта беременности нам кажется важным отметить, что телесный опыт беременности связан с формированием у женщины внутренней картины беременности. Это феномен телесности находящийся в промежутке между полюсами здоровья и болезни. Состояние беременности как особый телесный опыт не может быть отнесено к болезни, оно ближе к состоянию здоровья, но не может быть к нему сведено; беременность сопровождается особыми телесными переживаниями, связанными с перестройкой гормональной сферы женщины, шевелениями ребенка, опытом родов.

Е.Б. Айвазян определяет внутреннюю картину беременности как комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанный с беременностью, на основе которого, она строит свое поведение (Айвазян Е.Б., 2005). В данном понятии отражены, с одной стороны, перестройка мотивационной сферы беременной женщины в связи с формированием нового смысла материнства, с другой стороны, соматоперцепция телесных процессов во время беременности. Автор декларирует иерархическое строение внутренней картины беременности как системы телесных, эмоциональных, мотивационных, ценностно-смысловых образований, претерпевающих изменения в процессе беременности (там же). Таким образом, внутренняя картина беременности, представляет собой сложное образование, феномен телесности женщины, которые выражают не только сам телесный опыт, но и отношение к нему целостной личности.

По нашему мнению, телесный опыт беременности у женщин, перенесших аборт сопряжен с внутренним конфликтом, который проявляется в том, что когда-то в прошлом женщина отвергла телесный опыт беременности в виду непринятия роли матери и с целью сохранения прежнего телесного опыта. На основании анализа исследований в области

материнства (.В.И. Брутман, Л.Л. Баз, О.В. Баженова, Т.Д. Василенко, И.Н.Земзюлина, Г.Г Филиппова, Хамитова И.Ю.) мы пришли к выводу о том, что показателями внутреннего конфликта в материнской сфере у женщин с опытом аборта являются: конфликтный и тревожный образ будущего ребенка, объектное отношение к ребенку со стороны матери, отсутствие эмоционального принятия будущего ребенка; конфликтный образ себя как матери, эйфорическое или дискомфортное отношение к собственной материнской позиции; тревожный или конфликтный образ своей матери. У женщин с нормально протекающей беременностью (образ ребенка адекватный, отношение к ребенку субъектное, эмоциональное принятие достаточно хорошо выражено. Образ себя как матери не имеет признаков конфликтности, дифференцирован и наполнен положительными эмоциями. Образ собственной матери является адекватным, отношения с ней теплые, эмоционально насыщенные, но в то же время женщина не является зависимой от своей матери.

Мы выдвигаем гипотезу о том, что телесный опыт беременности у женщин, перенесших аборт, отличается от телесного опыта беременности у женщин беременных впервые.

Телесный опыт беременности мы рассматриваем как сложный многокомпонентный феномен, содержащий когнитивные, аффективные и поведенческие детерминанты, которые находятся во взаимозависимости от физиологических и морфологических изменений и определяют личностный смысл беременности и отношение женщины к предстоящему материнству

В качестве методов исследования нами были применены следующие: исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разработанном Т. Д. Василенко, восьмицветовой тест М.Люшера, методика «Фигуры» Г.Г. Филипповой.

Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2006-2012 годах на базе родильного отделения Территориального Медицинского Объединения №4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, Городской клинический родильный дом г. Курска. Всего в исследовании приняло участие 301 испытуемых.

В результате статистической обработки данных с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ на первом триместре беременности были выявлены значимые различия по тревожному типу переживания беременности в контрольной(18%) и экспериментальной группе(53%). Осознание своего нового состояния у женщин с опытом аборта приводит к повышению тревожности, к пересмотру жизненных целей, планов и ценностей. Женщины, сталкивались с очень сложным экзистенциальным выбором между тем, чтобы прервать жизнь ребенка, или же стать матерью – подарить новую жизнь. У женщин, в контексте их жизненного пути преобладают события, связанных с экзистенциальными проблемами. Событие аборта являлось критическим, психотравмирующим, влекущим за собой предрасположенность к самообвинению, чувство душевной боли, невозможной утраты. В связи с этим возникает неустойчивое отношение к

ребенку, постоянная тревога по поводу ребенка и адекватности своих действий.

Показатель адекватного типа переживания беременности на первом триместре у нормобеременных женщин (49%), выше, чем у женщин, имеющих опыт аборта (29%). У данной группы женщин беременность, воспринимается эмоционально положительно, активность беременной женщины направлена на ребёнка, на обеспечение адекватных условий для его развития, на сохранение здоровья. В контексте жизненного пути у женщин, не имеющих опыта аборта, доминирующими являются события связанные с собственной семьей. Опыт взаимодействия в семье является достаточно позитивным и положительно окрашенным, одной из основных потребностей является поддержка и одобрение со стороны супруга и родителей. Показатели игнорирующего типа переживания беременности у нормобеременных женщин (33%), выше, чем у женщин, имеющих опыт аборта (18%). Это характеризует данную группу неприятием данного состояния – состояния беременности, отсутствием желания создавать условия для развития будущего ребёнка, а, следовательно, несформированной социальной ролью матери.

Таким образом, в первые месяцы беременная женщина чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Содержание и интенсивность переживаний непосредственно отражают значение этой беременности для матери и многие особенности ее материнской сферы, которые отражены в качественной характеристики типов переживания беременности.

Во втором триместре беременности по тревожному типу переживания беременности также наблюдаются значимые различия в группе женщин имеющих незавершенный опыт беременности (46%) и не имеющих незавершенный опыт беременности (22%), $p\text{-level}=0,0300$. Показатели тревожного типа переживания беременности в группе женщин, которые имели в прошлом незавершенный опыт беременности значительно выше, чем в группе женщин, которые не имели в прошлом незавершенного опыта беременности. Женщины по результатам интервью интерпретируют свои отрицательные эмоции как чувство вины перед ребёнком, страх за исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства (материальное состояние семьи, сложности с работой и учебой и другие). Контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с успехами в учёбе, позитивным опытом взаимодействия с окружающими, новыми знакомствами. Однако женщины выражают тревожность по поводу изменения социального окружения, признают возможность возникновения трудностей в обучении и получении образования в связи с академическим отпуском, в профессиональной деятельности в связи с потерей прежнего статуса, замедлением карьерного роста. Показатели игнорирующего типа переживания беременности выше у женщин, которые в прошлом не имели опыта аборта. У данной категории женщин идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко

выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Первые шевеления женщины описывают как слабые и трудно различимы, прибегая к чрезвычайно образным сравнениям. У женщин без опыта аборта, также отмечаются высокие показатели направленности на сферу собственной семьи. Это связано с большей сосредоточенностью на супружеских отношениях, возможно на интересах своего мужа, на тех проблемах, которые на данный момент существуют в семье. Так как возраст обследуемых женщин от 22 до 27 лет, многие относительно недавно вступили в брак, поэтому в данный момент происходит адаптация к совместной жизни, переход прежних отношений на новый уровень – собственной семьи, и так же появление новой социальной ситуации в жизни женщины – беременности, а в жизни мужчины – предстоящее отцовство. Показатели адекватного типа переживания беременности выше у женщин, не имеющих незавершенного опыта беременности. Для данной категории женщин характерна хорошая выраженность соматических ощущений, снижение эмоционального напряжения, отсутствия тревоги и беспокойства по поводу протекания беременности. В переживаниях этих женщин присутствует чувство нежности, которое окрашивается в теплые эмоциональные тона[3].

Таким образом, показатели адекватного типа переживания беременности на втором триместре выше, чем в первом. Это связано с тем, что возникают первые ощущения шевеления ребенка, которые способствуют становлению внутренней картины беременности, начинает более интенсивно строиться образ будущего ребенка, новый сенсорный опыт заставляет женщину признать развивающийся в ней плод отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью[1].

В третьем триместре беременности по адекватному типу переживания беременности наблюдаются значимые различия в группе женщин имеющих опыт аборта (19%) и в группе женщин, не имеющих незавершенный опыт беременности (45%), $p\text{-level}=0,050$. Для женщин, которые имели в прошлом опыт аборта, характерны более высокие показатели по адекватному типу. В контексте жизненного пути представлены события связанные со здоровьем. У женщин имеет место концентрация на своих мыслях и переживаниях, которые отражают опасения за благополучный исход периода беременности и родов. Активность ориентирована на подготовку к родовому и послеродовому периоду, шевеление ребёнка дифференцировано от других телесных ощущений и характеризуется положительными соматическими и эмоциональными переживаниями. Высокие показатели тревожного типа переживания беременности в группе женщин, не имеющих опыта аборта (35%), связаны с нарастанием тревоги, беспокойства перед родами, проявлением которых может быть гиперактивность беременных, желающих ускорить события. Практически во всех случаях к концу этого периода возникает чувство, нетерпения увидеть ребенка[3]. В контексте жизненного пути представлены события связанные с профессиональной деятельностью. Доминирование на профессиональной сфере вызвано опасениями по поводу длительного декретного отпуска и дальнейшей адаптацией в коллективе.

Присутствие игнорирующего типа переживания беременности связано с ухудшением самочувствия, и свидетельствует о стремлении женщин данных групп избавиться от неудобств беременности и вернуться к прежним социальным ролям, что говорит о непринятии социальной роли матери.

Таким образом, во время беременности отмечается определенная динамика психологических проявлений, которая характеризует индивидуально психологические особенности беременных женщин, с опытом аборта в зависимости от срока беременности и связанных с ним новообразованиями. Процессы телесности развертываются у женщин с опытом аборта с первого триместра, что отражают показатели адекватного типа переживания беременности, связанные с симптомом принятия решения и осознанием своего состояния. Наиболее благоприятным триместром в телесном переживании беременности является второй, что подтверждается показателями по типам переживания беременности. Это связано с формированием нового сенсорного опыта и становлением внутренней картины беременности. В нашем исследовании мы подтверждаем, что третий триместр является самым сложным в телесном переживании беременности. Отмечается повышение уровня тревожности и беспокойство перед родами. Возрастают болевые симптомы, женщине сложно находится в состоянии беременности, они стремятся ускорить события.

Литература

1. Айвазян Е. Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией / Е. Б. Айвазян, Г. А. Арина, В. В. Николаева // Вестн. Моск. Ун-та. сер. 14, Психология. – 2002. – № 3. – с. 3-13.
2. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. //Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. №2. С.46-56.
3. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов.// Вопросы психологии. 2002. № 1, с. 59-68.
4. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов.// Вопросы психологии. 2002. № 3, с. 110-118.
5. Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст] - М.: Изд-во Моск. Ун-та. 1984.,с. 200.
6. ВасиленкоТ.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Монография. Курск:КГМУ, 2011, с. 515.
7. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Принятие роли матери: клинко-психологический анализ. [Текст] - М.: Изд-во Форум - Инфра-М. 2011, с. 167.

КРИТЕРИАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В СИСТЕМЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ *Н.П.*

Булгаков, Е.А. Петраш

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность исследования особенностей совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей представлена тремя аспектами. Во-первых, тенденция увеличения числа людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности; во-вторых, ампутация нижних конечностей сопровождается кризисом идентичности и формированием состояния одиночества; в-третьих, актуальность исследования связана с трудностями социально-психологической адаптации людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Изучение психологических особенностей людей с ампутированными конечностями является важным с точки зрения повышения эффективности процесса реабилитации людей с двигательными нарушениями вследствие ампутации конечностей в отдаленном посттравматическом периоде.

В большинстве случаев изучение психологического статуса людей с ампутированными конечностями обусловлено приоритетностью осуществления реабилитационных мероприятий, и в первую очередь, социально-психологического аспекта в общей структуре реабилитационного процесса в целом.

Ряд исследований, посвященных изучению индивидуально-психологических особенностей людей с ампутированными конечностями (И.Д. Булюбаш, 1994; В.П. Шестаков, 2000; Е.О. Гордиевская, Б.В. Овчинникова, 2008), отмечают наличие признаков дезадаптации, проявляющихся в поведенческих реакциях асоциальной или антисоциальной направленности (конфликтность поведения, низкий уровень конформности, агрессивность). В качестве основных индивидуально-психологических особенностей людей ампутированными конечностями исследователи отмечают нарушение образа Я, которое проецируется в эмоциональной сфере и системе межличностных отношений. Преобладающими являются такие психические состояния, как одиночество, депрессивные состояния и состояние фрустрации.

В качестве ключевой личностной переменной, опосредующих влияние стрессогенных факторов, согласно работам Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (2007), рассматривается жизнестойкость, представляющая собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Диспозиция жизнестойкости включает в себя три относительно автономных компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска. Уровень выраженности этих компонентов и интегративного показателя жизнестойкости препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет

стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее личностно значимых.

Совладающее поведение или копинг–поведение представляет собой деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям; реализуется посредством применения копинг–стратегий на основе личностных и средовых копинг–ресурсов.

Рассматривая совладающее поведение в контексте субъектно–деятельностного подхода, Ю. В. Постылякова (2005) отмечает, что в ситуациях, не поддающихся воспринимаемому контролю личности, могут быть использованы адаптивные стратегии избегания или эмоционально–ориентированная стратегия совладания со стрессом.

Ампутация конечностей рассматривается не как болезнь, а как кризисная эмоциогенная ситуация. Отношение к ампутации определяет стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения личности в настоящем и будущем.

Целью исследования является изучение критериального содержания жизнестойкости в системе совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей.

Исследование осуществлялось в стационаре сложного протезирования на базе ФГУП Курского протезно–ортопедического предприятия. Общий объем выборки составил 152 человека в возрасте 28–69 лет (84 человека с ампутацией нижних конечностей, длительность инвалидизации, которых составила свыше 5 лет; 68 человек без ампутации нижних конечностей).

Методы исследования: клинико–психологическая беседа; психодиагностический метод, включающий в себя методику диагностики стратегий совладающего поведения Э. Хайма и тест Жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой; методы количественной (методы общей и сравнительной статистики) и качественной (интерпретационный метод) обработки данных. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistika 8.0.

В результате исследования особенностей совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей выявлены следующие тенденции. Продуктивными стратегиями совладающего поведения являются эмоциональные при непродуктивности когнитивных и относительной продуктивности поведенческих. У людей без ампутации нижних конечностей продуктивными являются когнитивные стратегии совладающего поведения при относительной продуктивности эмоциональных и поведенческих.

При исследовании показателей жизнестойкости людей с ампутацией нижних конечностей выявлен низкий уровень жизнестойкости ($X=52\pm 1,14$). Показатели вовлеченности ($X=26\pm 2,18$), контроля ($X=19\pm 2,53$) и принятия риска ($X=7\pm 0,94$). Учитывая автономность параметров жизнестойкости, был проведен анализ их взаимосвязи с использованием критерия ранговой корреляции Спирмена. Уровень интеграции параметров жизнестойкости

снижен, о чем свидетельствует отсутствие значимых взаимосвязей между структурными компонентами жизнестойкости. Люди с отсутствием ампутации конечностей характеризуются высоким уровнем жизнестойкости ($X=99\pm 5,18$), а также высоким уровнем выраженности вовлеченности ($X=47\pm 2,31$), контроля ($X=39\pm 1,94$) и принятия риска ($X=18\pm 0,84$). При этом выявлена высокая степень интегрированности структурных параметров жизнестойкости, обеспечиваемая прямо пропорциональными взаимосвязями между ними.

Таким образом, критериальное содержание жизнестойкости в системе совладающего поведения людей с ампутацией нижних конечностей реализуется в проекции продуктивных эмоциональных стратегий совладающего поведения, характеризующихся неконтролируемой разрядкой эмоционального напряжения и недооценкой степени риска.

Литература.

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.-Л., 1988.
2. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011. С. 124-131.
3. Гордиевская Е.О., Овчинников Б.В. Индивидуально-психологические особенности инвалидов с ампутациями конечностей как значимый фактор их реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета, 2008. – Вып. 2. – с. 339-344
4. Постылякова, Ю.В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности // Психологический журнал, 2005. – том 26 №6 – с.35-44.
5. Moss R.H., Schaefer J.A. Life transitions and crises // Coping with life crises. An integrative approach. New York: Plenum Press, 1986. P. 3–28.
6. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping // The journal of health and social behavior. 1978. Vol. 19. №. 1. P. 2–21.

ЖИЗНЕННЫЕ СТРЕМЛЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Василенко Т.Д., Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Важными аспектам жизни личности, которые могут подвергаться изменениям, перестройкам в различных ситуациях, являются жизненные стремления личности. Хроническая соматическая патология как ситуация

личностного кризиса приводит к изменениям в структуре жизненных стремлений личности.

В современной психологии вопрос о жизненных стремлениях наиболее продуктивно разработан в теории самодетерминации Э.Деси и Р.Райана (Edward L.Deci, Richard M.Ryan), в которой дается определение понятий жизненных стремлений, а также предлагается методика их диагностики [4, 5, 9].

Современная психологическая наука в России продолжает развиваться и обогащаться, черпая для себя всё новые знания как из анализа теоретических построений так и из практических исследований. В данной ситуации один из уместных и даже необходимых способов приращения и углубления базиса отечественной психологии является межнациональный информационный обмен с различными теориями и построениями в области психологии.

Одной из наиболее разработанных теорий, активный интерес к которой сейчас наблюдается в отечественной психологии, является теория самодетерминации (Self-Determination Theory), предложенная английскими психологами Э.Деси (Edward L.Deci) и Р.Райаном (Richard M.Ryan). Эта теория, широко известная на Западе, согласуется со многими психологическими взглядами на психологию личности, мотивацию и жизненные цели в России.

В первую очередь необходимо определить основную категорию SDT. *Самодетерминацию* (или автономию) Э.Деси и Р.Райан определяют как ощущение и реализацию свободы выбора человеком способа поведения и существования в мире независимо от влияющих на него сил внешнего окружения и внутриличностных процессов. Для более полного представления о месте и роли данной теории в психологической науке следует обратиться к истории развития психологического знания в области мотивации.

Жизненные стремления определяются как компонент направленности личности, связанный с удовлетворением основных психологических потребностей и являющийся фактором личностного роста и психического здоровья.

Авторы выделяют внутренние и внешние жизненные стремления. Внутренние жизненные стремления – стремления, обеспечивающие удовлетворение основных (базовых) психологических потребностей, а также способствующие личностному росту и психическому здоровью. К ним относятся: стремление к личностному росту, к любви и привязанности, служению обществу и здоровью. Внешние жизненные стремления – являются средствами достижения внешних по отношению к личностному Я целей, они имеют лишь внешние атрибуты благополучия и признания и не ведут к личностному росту. Оценка и достижение их зависят от реакций других людей. К ним относятся: стремление к материальному благополучию, известности и внешней привлекательности.

Нами выдвинуто положение о том, что жизненные стремления связаны с переживанием человека различных аспектов телесного опыта, что наиболее ярко отражено в исследованиях людей имеющих негативный телесный опыт, например, в ситуации соматического заболевания.

В рамках теории самодетерминации Э.Деси и Р.Райаном был предложен психодиагностический инструментарий. Одной из наиболее интересных и содержательных методик в области исследования жизненных целей и стремлений является методика «Индекс стремлений» («Aspiration Index»). Русской версии опросника для исследования такого личностного конструкта как жизненные стремления не существует, в связи с чем возникла необходимость, во-первых, обоснования места данной категории в отечественной психологии, и во-вторых, культурной адаптации методики «Индекс стремлений» («Aspiration Index»). Теоретической базой опросника «Индекс стремлений» является представление о жизненных стремлениях как принадлежащих группе внешних либо внутренних стремлений.

Если попытаться соотнести стремления и выделенные виды мотивации в теории самодетерминации, то станет очевидным, что люди, ориентированные в большей степени на внутренние стремления будут чаще внутренне мотивированы, а действия людей, отводящих главенствующее место внешним стремлениям, и мотивированы будут внешне.

Об актуальности исследования категории жизненных стремлений говорит тот факт, что некоторые авторы предполагали, что выделение внешних и внутренних стремлений излишне, поскольку эффекты, которые обнаруживаются в экспериментах с ними можно свести к особенностям регуляции человека, автономной (в случае превалирования внутренних стремлений) или «подконтрольной» с минимальной автономией (в случае превалирования внешних стремлений), то есть непосредственное содержание целей человека не несет существенной нагрузки. Однако в ходе очередных экспериментов позиция авторов теории самодетерминации была подтверждена посредством обнаружения независимого влияния регулирующих процессов и содержания жизненных стремлений человека на его благополучие.

Методика для исследования изучаемого нами конструкта была создана Э.Деси и Р.Райаном с целью определения и оценки семи жизненных стремлений людей, обозначенных как: «богатство», «известность», «внешность», «личностный рост», «общество», «отношения», «здоровье».

В методике каждое из выделенных стремлений описано пятью вопросами и утверждениями, которые, являются частными проявлениями основных стремлений в жизни людей. Все они составляют 35 утверждений, которые испытуемые должны оценить по семибальной шкале. Участники оцениваются по 1) важности для них каждого из стремлений, 2) вероятности достижения представленной цели в будущем и 3) степени, в которой они уже достигли данной цели. На каждый из данных вопросов им необходимо ответить соответствующим пунктом шкалы от 1 до 7 в направлении возрастания 1) важности, 2) вероятности, 3) достижения.

Работа по разработке и апробации русскоязычной версии методики «Индекс стремлений» ведется нами, совместно с Ю.А.Котельниковой с 2007 года. Все вопросы были согласованы с авторами теории самодетерминации Э.Деси и Р.Райаном.

Нами было проведено исследование жизненных стремлений у больных хроническим соматическим заболеванием.

Уместность анализа жизненных стремлений данной группы людей может быть обоснована возникновением сложной жизненной ситуации, связанной с заболеванием, что приводит к нарушению целостности, глубоким изменениям структуры личностных параметров, в том числе и перестройке ориентации жизненных стремлений как важной характеристики личности человека в целом и внутреннего телесного опыта, в частности.

Глубокая включенность стремлений человека в структуру его личности, взаимопроникновение каждого из их элементов в основные показатели успешности и благополучия человека дают основание предположить, что изменение структуры жизненных стремлений неизбежно возникнет в случае хронического соматического заболевания. В пользу данного вывода может свидетельствовать также тот факт, что многочисленные исследования взаимосвязи жизненных стремлений и благополучия ярко и многократно обнаруживают тенденцию обусловленности ориентации человека на внешние или внутренние стремления степенью его удовлетворенностью жизнью, ощущением себя благополучным / неблагополучным. Ситуация хронического соматического заболевания является кризисным событием в жизни человека, что в обязательном порядке влечет за собой переосмысление, изменения / колебания отношения человека к собственной жизни в целом, переоценку жизненных событий, а значит и отношения человека к своей жизни как к успешной / неуспешной, благополучной / неблагополучной. Структура и выраженность разных групп жизненных стремлений в данной ситуации может меняться и перестраиваться.

На основании положения о том, что жизненные стремления имеют тенденцию к изменению в связи с изменениями жизненной ситуации мы выдвигаем **гипотезу** об изменении структуры жизненных стремлений в ситуации хронического соматического заболевания.

Для статистического анализа были использован непараметрический критерий U Манна-Уитни с учетом мер центральной тенденции и изменчивости признака. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0.

В исследовании приняло участие 210 испытуемых, из которых было сформировано 2 группы:

Основная группа, которую составили люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, пациенты терапевтического отделения Курской городской больницы №3, в возрасте от 20 до 67 лет, средний возраст 39 лет (N = 105).

Группа сравнения, в которую вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители города Курска в возрасте от 22 до 55 лет, средний возраст 36 лет (N = 105).

Исследование проводилось в 2009-2010 г.г. на базе Курской городской клинической больницы №3 и лаборатории экспериментальной психологии кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета.

В процессе исследования мы рассмотрели изменения структуры жизненных стремлений, что нашло отражение в результатах исследования.

По результатам проведенного исследования, был выявлен ряд различий в структуре жизненных ценностей личности между людьми, находящимися в ситуации хронического соматического заболевания, и здоровыми испытуемыми при $p \leq 0,05$.

Для анализа полученных данных и формулирования содержательных выводов, мы воспользуемся логикой Э.Деси и Э.Райана выделения для каждого стремления модусов важности, вероятности и достижения (достижимости).

1. По всем показателям здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений в аспекте вероятности их достижения. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени уверены в возможности достижения материального, финансового благополучия; для здоровых более значимо построение поверхностных отношений с людьми и ориентация на важность своей внешности и привлекательности для окружающих. При этом больные в меньшей степени оценивают вероятность своего внутреннего развития, не склонны к рефлексии в отношениях и саморазвитию, не придавая им при этом особой значимости. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическим реакциям и не предполагают их осуществлять в будущем. Деятельность, направленная на общественное благо, не является для них значимым жизненным стремлением.

2. В аспекте важности достижения жизненных стремлений по всем показателям, кроме важности «здоровья», здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени ориентированы на важность построения скорее поверхностных отношений с людьми и ориентация на важность своей внешности и привлекательности для окружающих. При этом больные в меньшей степени оценивают важность своего внутреннего развития, не склонны к рефлексии в отношениях и саморазвитию, не придавая им при этом особой значимости. Для больных не свойственна самостоятельность в принятии решений, и они не считают важными близкие и доверительные отношения с людьми. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическим реакциям и не предполагают их осуществлять в будущем. Деятельность, направленная на общественное благо, не является для них важным

жизненным стремлением. Важность жизненной цели «здоровье» у испытуемых в ситуации заболевания явно преобладает, по сравнению со здоровыми испытуемыми, что свидетельствует о том, что личностно-смысловая сфера больных в большей степени ориентирована на внутреннее стремление достижения психического благополучия и физического здоровья. Больные в большей степени ориентированы на деятельность, способствующую сохранению и поддержанию здоровья.

3. Рассматривая модус достижения жизненных стремлений необходимо отметить, что по всем показателям здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений в аспекте результативности достижения жизненной цели. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени достигли и реализуют поверхностные отношения с людьми и считают свою внешность привлекательной для окружающих. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическому поведению и деятельности, направленной на общественное благо. При этом здоровые испытуемые считают, что они реализуют модели поведения, способствующие сохранению и поддержанию психологического благополучия и физического здоровья. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны считать, что их поведение отвечает позиции здорового образа жизни.

Литература.

1. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Курск, КГМУ, 2011.
2. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
3. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Виниченко М.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия

В соответствии с целями происходящей в настоящее время реформы образования в России, одной из важнейших задач школы является сохранение и укрепление здоровья учащихся. Перестройка в стране образования производится в интересах охраны здоровья обучающихся. Одной из главных причин проводимой модернизации школьного образования является существенное ухудшение состояния здоровья

современных детей и подростков: увеличение заболеваемости практически по всем классам болезней, ухудшение физического развития, снижение уровня физической подготовленности на фоне выраженной гипокинезии и гиподинамии школьников.

Интенсификация обучения - один из главных факторов неблагополучия здоровья учащихся - проявляется в разных формах. Объем учебных программ, их информационное насыщение часто не соразмерны с возрастными и функциональными возможностями школьников. В старших классах большинство городских детей вынуждены дополнительно заниматься на подготовительных курсах при вузах или с преподавателями. Повышаются требования на вступительных экзаменах, которые уже мало соответствуют школьным программам.

Один из самых травматичных факторов для здоровья школьников - общая стрессогенная система организации образовательного процесса и проведения уроков многими учителями. Учащиеся постоянно или часто испытывают учебный стресс. Отсюда стремительно ухудшающиеся показатели нервно-психического и психологического здоровья.

В современной психолого-педагогической практике становится очевидным, что учащиеся, находясь в стремительно изменяющихся условиях образовательной среды, нуждается в помощи и психологической поддержке. Такая поддержка может носить личностную ориентацию (работа психолога с ребенком), а может относиться к условиям, в которых осуществляется жизнедеятельность (учебно-воспитательная деятельность), и, прежде всего к совершенствованию той общности, в которой осуществляется непосредственное взаимодействие субъектов (образования). Необходимо смоделировать и спроектировать образовательную среду, где личность востребовалась и свободно функционировала, где бы все ее участники чувствовали защищенность и удовлетворенность основных потребностей, сохраняли и развивали психическое здоровье. Психически здоровой личностью может быть лишь в определенных условиях. Одним из важнейших условий является психологическая безопасность образовательной среды [1].

Таким образом, современное состояние проблемы сохранения здоровья учащихся свидетельствует о необходимости проведения исследования влияния современных систем организации и содержания учебной деятельности на состояние здоровья и физической подготовки учащихся общеобразовательных учреждений области.

Департамент образования, культуры и молодежной политики Белгородской области выступил заказчиком мониторингового исследования «Оценка состояния здоровья учащихся как показатель психологической безопасности и здоровьесбережения общеобразовательного учреждения области», которое организует Белгородский региональный центр оценки качества образования совместно с кафедрой психологии педагогического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, авторами Программы являются Виниченко М.А., Чеботарева Л.А., Новицкая М.И., Романов В.П.

Целью данного исследования является обеспечение педагогов, администраций школ и органов управления образованием объективной информацией о состоянии здоровья учащихся в условиях обучения в современных общеобразовательных учреждениях области, то есть исследование здоровья учащихся на всех уровнях (физическом, психическом, социальном, личностном) как показателе безопасности и здоровьесберегающих психолого-педагогических условий организации образовательного пространства общеобразовательного учреждения.

География исследования вся Белгородская область: 6 городов (г. Алексеевка, г. Белгород, г. Старый Оскол, г. Губкин, г. Валуйки, г. Шебекино) и 21 район области (Алексеевском, Белгородском, Борисовском, Валуйском, Вейделевском, Волоконовском, Грайворонском, Губкинском, Ивнянском, Корочанском, Красногвардейском, Краснояружском, Красненском, Новооскольском, Прохоровском, Ракитянском, Ровеньском, Старооскольском, Чернянском, Шебекинском, Яковлевском).

Выборка исследования - учащиеся 2-х, 4-х, 5-х, 8-х, 9-х и 11-х классов, что составляет приблизительно 65% от общего количества учащихся общеобразовательных учреждений области. Репрезентативность выборки достигнута участием в исследовании школьников, проживающих на разных территориях области и обучающихся в образовательных учреждениях различного типа: в гимназиях, лицеях, школ с углубленным изучением отдельных предметов, средних, основных и начальных общеобразовательных школ.

По данным итоговых результатов анкет для медицинских работников по области наблюдается тенденция увеличения следующих хронических заболеваний: заболевания желудочно-кишечного тракта, внутренних органов (печень, почки, иное), эндокринной системы (желез внутренней секреции), нервной системы, аллергические и кожные заболевания, нарушения осанки, лор-заболевания, нарушения зрения, слуха.

Представим сравнительные данные (%) распространения заболеваний в возрастном отношении, от 2 класса к 11 классу, в Таблице.

Возрастная характеристика распространения хронических заболеваний учащихся

Таблица 1

Заболевание	2 класс (%)	4 класс (%)	5 класс (%)	9 класс (%)	11 класс (%)
желудочно-кишечного тракта	2,3	3,9	4,2	6,2	7,5
внутренних органов (печень, почки, иное)	1,9	2,9	2,3	2,7	3,1
эндокринной системы	2,7	4,2	4,1	6,2	5,8

(желез внутренней секреции)					
нервной системы	4,9	6,4	6,1	6,4	8,2
аллергические и кожные заболевания	1,9	3,2	1,8	1,7	2,6
нарушения осанки	14,8	16,5	17	17,6	26,0
лор-заболевания	5,7	7,0	5,4	6,0	6,9
нарушения зрения, слуха	8,1	12,6	12,4	15,3	20,3

Из Таблицы 1 мы видим, что перечисленные заболевания в своем процентном соотношении по распространению у школьников составляют увеличение почти в 2 раза от 2 к 11 классу.

По остальным заболеваниям, представленным в полном объеме в Анкете для медицинского работника, значительных изменений за период обучения школьника со 2 по 11 класс не наблюдается.

Такое распространение хронических заболеваний не может не сказаться на количественных характеристиках медицинских групп учащихся, отраженных в Таблице 2.

Сравнительный анализ изменения медицинских групп здоровья за период обучения школьников

Таблица 2

Класс	Мальчики			Девочки		
	Основная (%)	Подготов. (%)	Спецгр. (%)	Основная (%)	Подготов. (%)	Спецгр. (%)
2	83,4	13,6	3	84,5	13,1	2,4
4	79,7	16,2	4	82,0	14,1	3,9
5	78,9	17,3	3,8	78,9	17,1	4,0
9	73,6	20,9	5,6	72,7	20,6	6,7
11	66,0	25,9	8,1	66,3	24,3	9,4

По данным таблицы видно, что за период обучения от 2 к 11 классу происходит снижение количества школьников в выборках мальчиков и девочек основной группы в среднем на 18,5 %.

Изменения в подготовительной группе составляют 11% изменений, то есть определенное количество школьников из основной медицинской группы переходят в подготовительную.

Однако наибольшие изменения происходят в медицинской спецгруппе: ее количество к 11 классу значительно увеличивается. Так, в выборке мальчиков увеличение составляет в 2,7 раза (почти в 3 раза), у девочек – в 3,9 раза (почти в 4 раза). Таким образом, изменения по спецгруппе составляют у мальчиков – 270%, у девочек – 390%. Мы видим, что изменения в выборке девочек на 120% больше, чем у мальчиков.

Это, на наш взгляд, можно объяснить, прежде всего, гендерными особенностями поведения девочек. Во-первых, культивируется в школе такая позиция, согласно которой, девочки-школьницы более ответственны в выполнении всех школьных и учебных поручений, что не может не сказаться на нагрузках этих учащихся. Во-вторых, девочки могут более внимательно относиться к своему здоровью и самочувствию и менее испытывать ложный стыд или стеснение при обращении за помощью к врачу в школьный медпункт или в поликлинике. В то время как у мальчиков к 11 классу, при обретении большей степени самостоятельности, путь от заболевания к обращению к специалисту занимает гораздо больший срок, а то и вовсе на протяжении заболевания не обращается внимания или осуществляется лечение подручными средствами, самостоятельно.

Поэтому результаты, которые представлены в нашей Таблице 2 по данным, имеющимся у медицинских работников, соответствуют не реальной действительности картины заболеваний мальчиков, а по большому счету - только зафиксированным случаям обращения мальчиков за медицинской помощью.

Анализ инфраструктуры образовательных учреждений городов и районов области показал, что по многим показателям имеются достаточно высокие результаты по таким аспектам здоровьесберегающей деятельности, как: диспансеризация – в среднем по области составляет – 98,9%; прививки - в среднем по области составляет – 99,4%; витаминизация - в среднем по области составляет – 87,4%; дни здоровья - в среднем по области составляет – 99%.

Однако не все показатели имеют столь значимые результаты, наиболее проблемными аспектами являются такие как: наличие врача - в среднем по области составляет – 8,6%; наличие фельдшера - в среднем по области составляет – 16,1%; наличие психолога - в среднем по области составляет – 34,2%; наличие валеолога - в среднем по области составляет – 0,6%; наличие медицинского кабинета - в среднем по области составляет – 41,1%; наличие стоматологического кабинета - в среднем по области составляет – 15,4%; наличие кабинета массажа - в среднем по области составляет – 4,4%; наличие солярия - в среднем по области составляет – 0,36%; наличие ингалятория - в среднем по области составляет – 1,4%.

При анализе оздоровительной инфраструктуры образовательных учреждений с целью выявления условий для реализации политики здоровьесберегающей деятельности было проведено ранжирование муниципалитетов области. В результате данного анализа каждому из муниципалитетов был присвоен определенный ранг, в котором отражены все имеющиеся возможности у данного муниципалитета. В основе ранжирования – показатель наличия всех составляющих оздоровительной инфраструктуры образовательного учреждения. Результаты данного анализа представлены в районные отделы образования для осуществления дальнейшей работы в этом направлении.

И, тем не менее, большой процент значимости школьных факторов риска обусловлен тем, что фактическая учебная школьная нагрузка (по данным Института возрастной физиологии РАО, Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН и ряда региональных институтов) особенно в лицеях и гимназиях, в гимназических классах, в классах с углубленным изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 6,2-6,7 часов в день, в основной школе – 7,2-8,3 часов в день и в средней школе - 8,6-9,2 часа в день. Рабочий день современного школьника, вместе с приготовлением домашних заданий, составляет – 9-10 часов в начальной, 10-12 в основной и 13-15 в средней школе [2].

Таким образом, местом формирования здоровья ребенка сегодня является, к сожалению, не семья, где опыт родителей часто недостаточен, не медицинские учреждения, занимающиеся болезнями и больными детьми, а система образования.

Литература

1. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении/ Под ред. И.А. Баевой. – СПб, 2006. – 318 с.
2. Виниченко М.А. Динамика заболеваемости школьников как показатель безопасности организации современного образовательного процесса// Новая Экономика. – Научно-теоретический, научно-практический, научно-методический журнал. - № 1 (61) – Апрель 2013 г. – С.350-354

КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ВНУТРИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

Волкова Н.Ю.

ГОУ ФГБУ Курский институт социального образования (филиал) РГСУ

При исследовании качественных характеристик социально-психологической адаптации специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, с учетом внутрипрофессиональной дифференциации, как следователи, так и юрисконсульты характеризуются средним уровнем выраженности по всем параметрам (принятие себя, принятие других, эмоциональная комфортность, интернальность, доминирование). При этом специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, при низком уровне социально-психологической адаптации характеризуются высоким уровнем выраженности принятия себя и эмоциональной комфортности.

Специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, чувствуют себя комфортно, пребывая в

социальном статусе безработного. При этом низкий уровень адаптированности снижает возможности перехода к другому виду деятельности как в рамках данной профессиональной группы, так и при полной смене профессиональной деятельности.

При исследовании психической ригидности специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, с учетом внутрипрофессиональной дифференциации как у следователей, так и у юрисконсультов выявлен низкий уровень общей и актуальной ригидности, характеризующие неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания, и преморбидной ригидности, характеризующей ретроспективную оценку своего поведения. Высокий уровень установочной ригидности специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, (следователей и юрисконсультов) отражает личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие–непринятие нового, необходимости изменений самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек.

Значимые различия при исследовании психической ригидности специалистов юридического профиля, включенные в профессиональную деятельность, с учетом внутрипрофессиональной дифференциации выявлены только по шкале установочной ригидности ($U_{эмп}=413$; $U_{кр}=1010$). Юрисконсульты характеризуются значимо более высоким уровнем установочной ригидности по сравнению со следователями, что отражает специфику их профессиональной деятельности.

По сравнению с работающими специалистами (следователями и юрисконсультами), специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, характеризуются значимо более высокими показателями общей ($U_{эмп1}=309$; $U_{эмп2}=365,0$; $U_{кр}=690$) и актуальной ригидности ($U_{эмп1}=374$; $U_{эмп2}=189,5$; $U_{кр}=690$), что отражается в низком уровне социально-психологической адаптации, характеризующей систему перестройки поведения личности в соответствии с изменяющимися требованиями ситуации. Уровень установочной ригидности специалисты юридического профиля, не включенные в профессиональную деятельность, значимо ниже как по сравнению со следователями, так и по сравнению с юрисконсультами ($U_{эмп1}=374$; $U_{эмп2}=189,5$; $U_{кр}=690$ соответственно), что свидетельствует об относительной гибкости принятия своего социального статуса безработного, изменении уровня притязаний и изменении иерархической структуры системы ценностей.

В результате исследования особенностей процесса социально-психологической адаптации специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, с учетом внутрипрофессиональной дифференциации, можем заключить следующее. Специалисты юридического профиля, включенные в профессиональную деятельность, по сравнению со специалистами, не включенными в профессиональную деятельность, характеризуются более высоким уровнем

социально-психологической адаптации, отражающей процесс перестройки поведения личности в соответствии с требованиями новой социальной ситуации. С учетом внутрипрофессиональной дифференциации юристконсульты характеризуются средним с тенденцией к высокому уровню социально-психологической адаптации, что создает возможность осуществления ротации в рамках данной профессиональной деятельности. Следователи при этом характеризуются более высоким уровнем социально-психологической адаптации к условиям профессиональной деятельности, что препятствует переходу к другим видам деятельности в рамках данной профессиональной группы. Низкий уровень социально-психологической адаптации специалистов юридического профиля, не включенных в профессиональную деятельность, при умеренной общей и актуальной психической ригидности приводит к снижению возможности перехода к другому виду деятельности как в рамках данной профессии, так и к другой профессиональной сфере.

Рассматривая в качестве критерия реализации статусно-ролевых представлений специалистов юридического профиля параметры социально-психологической адаптации, необходимо определить структуру взаимосвязей рефлексивно-смысловых механизмов статусно-ролевых представлений, которые реализуются в особенностях взаимосвязей компонентов системы рефлексивно-смысловой регуляции с параметрами социально-психологической адаптации.

Структура взаимосвязей компонентов системы рефлексивно-смысловой регуляции с параметрами социально-психологической адаптации личности специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, характеризуется низкой степенью интегрированности, общим отрицательным вектором направленности взаимосвязей. Причем максимальное количество связей выявлено с компонентами ценностно-смысловых механизмов, что указывает на его системообразующую роль. Однако широта представленности в структуре взаимосвязей у специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, компонентов системы ценностей на уровне представлений, свидетельствует о недостаточной эффективности рефлексивно-смысловых механизмов реализации статусно-ролевых представлений.

Структура взаимосвязей компонентов системы рефлексивно-смысловой регуляции с параметрами социально-психологической адаптации личности специалистов юридического профиля, не включенных в профессиональную деятельность, характеризуется высокой степенью интегрированности, и, в отличие от специалистов юридического профиля, включенных в профессиональную деятельность, общим положительным вектором направленности взаимосвязей.

Максимальное количество связей у специалистов юридического профиля, не включенных в профессиональную деятельность, так же, как и у специалистов, включенных в профессиональную деятельность, выявлено с

компонентами ценностно-смысловых механизмов, что указывает на его ситемообразующую роль. Однако широта представленности в структуре взаимосвязей у специалистов юридического профиля, не включенных в профессиональную деятельность, компонентов системы ценностей на уровне поведения, свидетельствует об эффективности рефлексивно-смысловых механизмов реализации статусно-ролевых представлений.

Клинико-психологический подход в изучении удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей *Гаврилова М.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Понятие о профессиональном здоровье, в отличие от принятых определений здоровья, подразумевает наличие такого качества, как способность организма восстанавливать нарушенное состояние в труде, а также сохранять оптимальный уровень профессионально-личностного функционирования в соответствии с регламентацией объема и вида профессионального труда.

Проблема физического и психического компонентов в профессиональном здоровье особо остро представлено в деятельности медицинских работников, на которых возлагается функция сохранения здоровья пациентов и ответственности за представленности понятия здоровье, его критериев у населения. Значение хорошего здоровья и гигиенического образа жизни является важным и для самих медицинских работников и начинает формироваться в начале профессионализации. Поэтому внутренняя согласованность собственного отношения к здоровью и трансляции знаний о здоровье в обществе у медицинских работников имеет большое значение в сохранении их профессионального здоровья.

Согласно, имеющимся на сегодняшний день исследованиям по проблемам взаимовлияния профессии и личности, существует целый ряд факторов, влияющих на профессиональное здоровье [1,2,3,4,5]. При этом мало внимания уделяется изучению его проявлений, так сказать «симптомам».

В нашей работе мы представляем исследование такого параметра профессионального здоровья специалистов, как удовлетворенность деятельностью.

Хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие являются отражением удовлетворения его потребностей и адаптации в физической, психологической, социальной и профессиональной сферах жизни.

Термин «удовлетворенность» употребляется в научной литературе в самых разных значениях. Так, говорят об общей удовлетворенности жизнью;

удовлетворенности трудом, профессиональной деятельностью, работой; удовлетворенности семейно-супружескими отношениями [1, 2].

К.А. Абульханова-Славская обращает внимание на тот факт, что «поскольку в психологии понятие деятельности являлось преобладающим, постоянно подчеркивалась социальная эффективность деятельности личности; при этом понятие психологического результата, а с ним и понятие удовлетворенности-неудовлетворенности личности не изучалось, а вопрос о критериях, способах достижения, при которых может быть удовлетворена одна и совершенно не удовлетворена другая личность, совершенно не ставился» [1].

Удовлетворенность профессиональной деятельностью как критерий профессионального здоровья отражает такие показатели как эффективность деятельности специалиста, профессиональная адаптация, благополучие личности, и в целом является индикатором деформации профессионально-личностного взаимодействия.

В России в условиях социально-психологических, экономических, идеологических перемен наименее защищенной профессиональной группой населения являются врачи [1,3, 5]. Для деятельности медицинских работников сохранение профессионального здоровья является не просто условием эффективности деятельности, но и непосредственно демонстрирует для социума показатели нормы здоровья, что повышает уровень ответственности врачей перед пациентами[1,3,5].

Целью нашей работы является исследование удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей с позиции клинико-психологического подхода.

Основными методами исследования стали: клинико-психологический метод, структурированное интервью, эмпирические методы: «Интегральная удовлетворенность трудом» (Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов), «Диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно - потребностной сфере» (О.Ф. Потемкин), методика «Мотивация профессиональной деятельности» (А.А. Реан), опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская). В качестве основных математических методов статистической обработки использовались методы общей статистики (среднее значение), сравнительной статистики (U –Манн-Уитни).

Общий объем выборки составил 64 человека. Все обследуемые врачи-терапевты. Стаж работы врачей в рассматриваемых нами организациях находился от 10 до 20 лет.

Основные особенности клинико-психологического метода в исследовании профессионального здоровья медицинских работников является применение как количественного, так и качественного анализа результатов, обследование конкретного человека, а не отдельных процессов; целостный подход к анализу медицинской профессии и личности, исключая анализ лишь на основании эмпирических данных одной методики; направленность на решение практических задач, связь результатов

с реальной жизнедеятельностью человека; совместная работа психолога и обследуемого медицинского работника.

Таким образом, клинический метод включает в себя особенности как объективного, так и субъективного подходов в познании. Сочетание в себе противоположных позиций, тем не менее, не препятствует успешному применению этого метода.

В результате исследования удовлетворенности профессиональной деятельности врачей-терапевтов, мы выделили две группы: врачи-терапевты с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности (уровень удовлетворенности=45%) и врачи-терапевты с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности (уровень удовлетворенности =55%).

Удовлетворенность трудом является интегративным показателем, отражающим благополучие/неблагополучие личности в профессии, в коллективе. Удовлетворенность отражает интерес к выполняемой работе, удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками и руководством, уровень притязаний в профессиональной деятельности, удовлетворенность условиями, организацией труда и др. Также, удовлетворенность профессиональной деятельности свидетельствует о сохранности профессионального здоровья специалиста.

В исследуемых группах мы оценили особенности мотивации и социально-психологических установок в профессиональной деятельности врачей.

При исследовании социально-психологических установок в профессиональной деятельности были получены следующие результаты.

По компоненту ориентация на процесс, ориентации на результат, ориентация на труд были получены значимые различия в исследуемых группах ($p < 0,01$). В группе врачей-терапевтов с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности значения социально-психологических установок ориентация на процесс, ориентации на результат, ориентация на труд выше, чем в группе врачей-терапевтов с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности.

По компоненту ориентация на альтруизм не было получено значимых различий в группах врачей-терапевтов ($p < 0,01$).

При исследовании мотивации профессиональной деятельности у врачей-терапевтов мы получили следующие результаты.

По компоненту внутренняя мотивация были выявлены следующие различия. В группе врачей-терапевтов с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности уровень внутренне мотивации выше, чем в группе врачей-терапевтов с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности ($p < 0,01$).

По компоненту внешняя положительная мотивация были выявлены следующие различия. В группе с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности уровень внешней положительной

мотивации ниже, чем в группе врачей-терапевтов с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности ($p < 0,01$).

По компоненту внешняя отрицательная мотивация были выявлены следующие различия. В группе врачей-терапевтов с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности уровень внешней отрицательной мотивации выше, чем в врачей-терапевтов с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности ($p < 0,01$).

Для оценки отношения врачей-терапевтов к здоровью, как важного показателя представлений о профессии, а, следовательно, и оценки удовлетворенности деятельности мы провели исследование отношения к здоровью врачей-терапевтов.

Важным для анализа представлений о здоровье и отношения к здоровью стала шкала ценностно-мотивационного уровня отношения к здоровью, показывающая интегрированность представлений человека о здоровье. Мы обнаружили значимые различия в обследуемых группах по показателю ценностно-мотивационного отношения к здоровью ($p = 0,01$). В группе врачей-терапевтов с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности ценностно-мотивационный уровень отношения к здоровью выше, чем у врачей-терапевтов с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности ($p < 0,01$).

Таким образом, на основании полученных результатов исследования удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей с позиции клинико-психологического подхода, мы можем сделать следующие выводы.

Специфика условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов оказывает дифференцированное влияние на их удовлетворенность профессиональной деятельности.

Группа врачей-терапевтов с высокими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности имеет значимо более позитивные показатели по социально-психологическим установкам, мотивации профессиональной деятельности и отношения к здоровью.

Однако имеются данные (внешняя положительная мотивация, внешняя отрицательная мотивация, несоответствия между когнитивным и поведенческим уровнями отношений), которые указывают на наличие существующих показателей, которые необходимо оценить для системного анализа и комплексной оценке удовлетворенности профессиональной деятельности врачей.

Представленные нами количественные результаты исследования профессионального здоровья врачей-терапевтов с позиции клинико-психологического подхода отражают данные, полученные в результате беседы и наблюдения. Врачи-терапевты, с низкими показателями удовлетворенности профессиональной деятельности с большими сложностями шли на взаимодействие, старались избежать ситуации исследования, проявляли враждебные реакции. Во взаимодействии с психологом, они высказывали жалобы на свое состояние, проявляли

недовольство условиями деятельности, при этом эмоциональные состояния данной группы врачей-терапевтов характеризовались нестабильностью.

Литература

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегии жизни. М.: Мысль, 1991. 230 с.
2. Ильин Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности.-СПб, :Питер,2008-352с
3. Недуруева Т.В. Профессиональное здоровье медицинских работников: структурно-критериальный подход. «Ученые записки РГСУ». – М: РГСУ, 2012, № 2 (102).с. 163– 168.
4. Никишина В.Б. Особенности профессиональных представлений медицинских работников. Украинский вестник психоневрологии. – Харьков, 2012, Т.20, выпуск 3 (72). С.205.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. - 607 с.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Вдовина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Россия находится в состоянии глубокого демографического кризиса, угрожающего как ее территориальной целостности, так и самому существованию ее государственности. Прикладываются громадные усилия для увеличения рождаемости в стране (материнский капитал, увеличение пособий на детей, льготные ипотеки для семей с детьми и так далее). Однако, как известно, между экономической ситуацией в стране и уровнем рождаемости нет прямой зависимости, или она незначительна. Примером этому могут служить развивающиеся страны Африки и Ближнего Востока, где в каждой семье по 6-12 детей. Причины низкой рождаемости лежат преимущественно в духовной, нравственной сфере и обусловлены стереотипами репродуктивного поведения.

В XIX веке женщина представляла собой многодетную мать, состоящую в моногамном патриархальном браке, заботящуюся о муже и детях, ведущую домашнее хозяйство. При этом в каждой семье в среднем было 7 детей.

XX век дал женщине «право на труд», возможность работать полный рабочий день, отдав детей в ясли, легализацию абортов, вдовство в послевоенные годы, разводы, сексуальную революцию. Были утрачены традиционные устои русской семьи, произошло отторжение женщины из семьи, отторжение людей от религии и морали. В результате к концу XX века сформировался «русский крест» (снижение рождаемости при росте смертности).

Целью работы явилось составление социального портрета современной беременной, для чего методом случайной выборки проведено анонимное

анкетирование 104 пациенток Курского городского клинического перинатального центра.

Возраст беременных колебался от 16 до 39 лет и составил в среднем $25,2 \pm 0,6$ лет.

Более половины опрошенных имеют высшее или незаконченное высшее образование (60,9%), 21,7% - среднее специальное образование. Остальные 17,4% в силу своего возраста имеют только среднее образование. То есть получение высшего образования является приоритетом для молодых женщин репродуктивного возраста.

По роду занятий респонденты распределились следующим образом: работающие – 55 человек (54,2%), студентки ВУЗа или среднего специального учебного заведения – 27 человек (25%), среди опрошенных было 5 учащихся средней школы (4,2%), 17 беременных (16,7%) были домохозяйками.

Из числа работающих полный рабочий день трудятся 77,8%, при этом 26,3% беременных не имеют соцпакета (то есть не получают оплачиваемый больничный лист по беременности и родам), 11,8% женщин имеют вредные условия труда и продолжают работать в этих условиях во время беременности. То есть, несмотря на проводимую государственную политику по увеличению рождаемости, социально незащищена каждая четвертая беременная г. Курска. Каждая десятая беременная имеет заработную плату ниже прожиточного минимума, а каждая пятая (22,2%) получает в месяц более 20 тысяч рублей.

Все беременные имеют хорошие жилищные условия (квартиру или частный дом с удобствами), правильно питаются: в среднем 4 раза в день, регулярно употребляют овощи и фрукты, мясные и рыбные продукты, не пользуются фастфудом.

Все опрошенные отрицают прием наркотических веществ; 59,1% совсем не употребляют алкоголь, 36,4% употребляют его редко, а 4,5% - часто и продолжают прием алкоголя во время беременности. 17,1% женщин являются курящими, причем 22,7% из них продолжают курить и во время беременности. То есть, каждая пятая беременная имеет вредные привычки.

В зарегистрированном браке состоит только 70 пациенток (68,2%), в гражданском браке – 19 (18,2%), разведены – 5 (4,2%), являются матерями-одиночками – 10 женщин (9,1%), что свидетельствует об утрате ценности института семьи для трети опрошенных. Большинство замужних женщин считают свою семью благополучной (90,5%), каждая десятая женщина указывает на наличие неблагополучия в семье.

Сексуальный дебют у опрошенных женщин произошел в возрасте от 13 до 21 года, в среднем – в 18,1 год. 50% опрошенных имели 1-2 половых партнеров, 36,4% - более 5, 13,6% - более 10 партнеров. При такой сексуальной распущенности менее половины женщин (43,3%) пользовались презервативами.

Для 42,9% женщин данная беременность является первой, 47,1% имели аборт в анамнезе, 41,3% уже имеют одного ребенка.

Для 19,2% опрошенных данная беременность была незапланированной, а 12,5% женщин имели бесплодие и забеременели только после соответствующего лечения.

Таким образом, репродуктивное поведение современных женщин характеризуется ранним началом половой жизни, промискуитетом, отсутствием средств защиты в половине случаев, внебрачными незапланированными беременностями, абортами, что в последствие приводит к бесплодию. Радует, что при этом 67,3% опрошенных планируют иметь двух детей, 18,3% - трех, 4,8% - пятерых детей. Хотелось бы верить, что этим планам суждено сбыться.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Глушкова В.П., Черникова О.К.

Областной перинатальный центр, г. Курск, Россия

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из фундаментальных проблем современного общества. Актуальность ее изучения продиктована остротой демографических проблем, связанных с ростом статистики преждевременных родов (15%); высоким числом беременностей, протекающих с угрозой прерывания (до 50%) [17; 22].

В период беременности закладывается не только физическое, но и психическое здоровье ребенка; происходят как физиологические изменения в организме женщины, так и изменения ее психоэмоционального состояния, настроения, становление образа будущего ребенка, осознание женщиной своей материнской роли. Во многих исследованиях изучался психологический статус женщины в период беременности, и исследовалась взаимосвязь между психологическими процессами и сопровождающими их физиологическими изменениями в организме беременной женщины [2; 10; 14; 15]. В работах отечественных авторов, в большинстве случаев, отмечается влияние психоэмоционального напряжения женщины на течение беременности, родов, состояние плода [3; 5; 6; 7; 10; 14]. Значительное внимание в этих исследованиях уделено психологическим аспектам возникновения осложнений беременности, подготовке к родам и материнству. В то же время известно, что психологическое состояние женщин при нормально протекающей беременности существенно отличается от такового у беременных с осложнениями, при этом характер психологических отличий связан с типом патологии [16; 20]. Остаются малоизученными особенности психосоматического статуса и психопрофилактики беременных женщин, родильниц высокой группы риска, находящихся под наблюдением и получающих лечение в

специализированных медицинских учреждениях родовспоможения третьего уровня.

В Областном Перинатальном центре получают высококвалифицированную медицинскую и психологическую помощь женщины с привычным невынашиванием, с высоким риском по хромосомным нарушениям у плода, беременные с соматическими патологиями (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы, почек, заболеваниями нервной системы), женщины, родившие ребенка с недостатками в развитии (экстремально низкая масса тела, врожденные пороки развития), потерявшие ребенка, беременные, состоящие на учете в Центре Планирования семьи (с потерей беременности в анамнезе, бесплодием, готовящиеся к процедуре ЭКО) и другими состояниями, угрожающими жизни беременной женщины. К особенностям эмоциональной сферы вышеперечисленной группы беременных относятся: высокая чувствительность к стрессовым ситуациям, эмоциональная неустойчивость, высокая ситуативная и личностная тревожность, депрессивные состояния, чувство вины, страхи и следующие типы отношения к беременности: тревожный, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий [25].

Для диагностики особенностей материнской сферы используются следующие методы: клиническое интервью (во время беседы обсуждается желанность и степень планированности беременности, воспоминания о предыдущих родах и послеродовом периоде, в зависимости от ситуации, представление о ребенке, детский опыт женщины и ее взаимоотношения с матерью), генограмма с проработкой материнской линии в трех поколениях для построения семейной модели материнства и детства, определение особенностей самооценки с помощью модифицированного метода Дембо-Рубинштейн, включающей 4 набора из 6 шкал (здоровье, красота, счастье, характер, удача, ум) для оценки себя, своей матери, отца ребенка и ребенка (Г.Г. Филлипова), проективные рисуночные тесты «Моя семья», «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филлипова) [25], «Я — ребенок и моя мама» и на др. темы в зависимости от ситуации, наблюдение за поведением матери в диагностически значимых ситуациях и при взаимодействии с ребенком, диагностика уровня тревожности (Спилбергера-Ханина), диагностика типа отношения к болезни (ЛОБИ). Определив те психоэмоциональные особенности, которые могут быть взаимосвязаны с психологическим и соматическим течением осложненной беременности, соответственно, можно правильно выбрать мишени для дальнейшего психокоррекционного вмешательства.

Коррекция эмоциональной сферы беременных женщин включает в себя изменения эмоциональной окраски имеющихся субъективных переживаний, тренинг взаимодействия с ребенком, эмоциональное сопровождение. Одним из средств психопрофилактики и коррекции являются разные формы проведения занятий с беременными (индивидуальные консультации, лекции и практические занятия), что

способствует повышению компетенции родителей в вопросах осознанного материнства.

Психологическая помощь беременным и родившим женщинам осуществляется в рамках комплексного подхода психологами-специалистами в области материнства и детства одновременно с привлечением акушеров-гинекологов, педиатров и при необходимости других специалистов (психоневролога, психиатра, специалиста социальной работы).

В настоящее время в Областном перинатальном центре существует самостоятельная социально - психологическая служба, объединяющая необходимую помощь матери и ребёнку, начиная с момента зачатия, включая консультирование по формированию материнской сферы, до момента появления младенца на свет и сопровождение женщины и ребёнка после родов.

Основной задачей оказания помощи по проблемам материнства является оптимизация содержания и динамики развития материнской сферы женщины и детско - родительских отношений.

Беременность, роды и материнство – это определённые ступени формирования ценностно – смысловой и эмоциональной сферы женщины, которые тесно связаны между собой и являются определяющими в становлении эффективного родительства. В связи с чем, очень важно тесное взаимодействие будущих родителей со специалистами социально – психологической службы с момента планирования беременности до момента рождения ребёнка для своевременной и эффективной психопрофилактики и психокоррекции эмоциональных нарушений у беременных с особенностями психосоматического статуса.

Литература

1. Брусиловский А. И. Жизнь до рождения. М.: «Знание», 1991.
2. Ветчанина Е. Г., Залевский Г. В., Мальгина Г. Б. Значение психической регидности при психоэмоциональном стрессе беременных // Материалы Всероссийской научно-практической конференции по перинатальной психологии. Спб.- 2002.- С. 163-164.
3. Ветчанина Е. Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции // Автореф.канд. псих, наук // Томск. - 2003.
4. Васильева Т.П. Состояние здоровья женщин во время беременности с учетом разных групп факторов в современных социально-экономических условиях / Т.П.Васильева, Л.В.Посисеева, В.А.Васин // Вестн. Ивановской мед. академии. 1998. - Т.3. - № 2. - С. 15-22.
5. Волков А.Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис. канд. мед. наук/А.Е.Волков. Ростов-на-Дону, 1995. -23с.
6. Горемыкин В.И. Изменения психоэмоционального статуса у женщин с угрозой прерывания беременности и их коррекция / В.И.Горемыкин,

- А.А.Протопопов, К.А.Королев // Матер. Всеросс. конф. Иваново, 2001. - С.144-147.
7. Данилов С. А. Психологические особенности женщин с угрозой прерывания беременности / С.А.Данилов // Матер, конф. «Экология земли-экология лона экология земли». - Иваново, 1998. - С.50-52.
 8. Демидова Е.М. Привычный выкидыш (патогенез, акушерская тактика): Автореф. дис. докт. мед. наук / Е.М.Демидова. М., 1993. - 42 с.
 9. Добряков И. В. Позитивный подход к психотерапии семьи, ожидающей ребенка // Первая Всемирная конференция по позитивной психотерапии. Тезисы докладов. М.: С-П. 1997. С. 52.
 10. Каплун И.Б. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности: Автореф. дис.канд.мед.наук / И.Б.Каплун Спб., 1995. - 22 с.
 11. Качалина Т.С. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам: Учебно-методическое пособие / Т.С.Качалина, Е.В.Третьякова, О.М.Стельникова Изд-во НГМА, 2001. - 76 с.
 12. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н.П.Коваленко. СПб, 2001. - 318 с.
 13. Коваленко Н.П. Психологическая служба в родильном доме / Н.П.Коваленко // Матер, конф. «Перинатальная психология в родовспоможении». СПб.: Глория, 1997. - С.62-72.
 14. Коваль И.П. Влияние психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции беременных женщин групп высокого риска по перинатальным осложнениям на исход родов и состояние новорожденных. Автореф. дисс.канд.мед. наук/ И.П.Коваль. Владивосток, 2000. - 24 с.
 15. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: Автореф. дисс.канд. мед. наук / М.А.Кочнева. М., 1992. - 22 с.
 16. Кульчимбаева С.М. Психоэмоциональное состояние беременных с привычным невынашиванием / С.М.Кульчимбаева, Н.М.Мамедалиева, Ю.Т.Джангильдин // Вестн. Росс, ассоциации акушеров-гинекологов. - 2000. -№3.-С.41-47.
 17. Кулаков В. И. Преждевременные роды / В. И. Кулаков, Л. Е. Мурашко. — М. : Медицина, 2002.
 18. Лебойе Ф. За рождение без насилия // пер. фр. Репрод. изд. М. 1988.
 19. Мамиев О.Б. Особенности адаптационных реакций у беременных и их влияние на исход родов / О.Б.Мамиев // Акуш. и гин.-1998.-№ 6 С.34-37.
 20. Мальгина Г. Б., Маслов В. П. Влияние стресса, перенесенного во время беременности, на аномалии родовой деятельности и акушерские кровотечения // Вестник российской ассоциации акушеров гинекологов. 1996. №4. С.79-81.
 21. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5.

22. Сидельникова В. М. Преждевременные роды и недоношенный ребенок / В. М. Сидельникова, А. Г. Антонов. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.
23. Залевский Г. В. К проблеме предмета и рамочных моделей современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. № 23. 2005. С. 6-14
24. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. М.1. Жизнь и мысль». 1999.
25. Филиппова Г. Г. Психология материнства. - М. - 2002.

СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ НЕХИМИЧЕСКИХ ВИДОВ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ

Головина Е.А., Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В погоне за новыми, яркими ощущениями или в попытках противостоять воздействию повседневного стресса люди часто прибегают к формам поведения, которые могут вызвать зависимость. Большого внимания требуют к себе те молодые люди, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддитивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддитивной реализации.

Целью работы являлось исследование с помощью психодиагностических методик склонности студентов к нехимическим зависимостям (телевизионная, любовная, игровая, сексуальная, пищевая, религиозная, трудовая зависимость, компьютерная, зависимость от здорового образа жизни), выявление особенностей их взаимовлияния и взаимосвязи (результаты диагностики являются ориентировочными и показывают общую склонность к той или иной зависимости, не являясь основанием для постановки того или иного диагноза), разработки рекомендаций для первичной профилактики.

В пакет психодиагностических методик вошли: анкета на выявление причин возникновения и отношения студентов к аддитивному поведению, «Методика диагностики склонности к различным зависимостям» (Лозовая Г.В.), «Личностный опросник Г.Ю. Айзенка» (адаптирован А.Г. Шмелевым). Математическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. (корреляционный и факторный анализ). В выборку вошло 78 студентов различных специальностей.

Анализ результатов мониторинга причин возникновения и отношения студентов к зависимому поведению показал, что 67,5 % студентов в качестве основной причины наркотизации выделяют «влияние других людей, компаний», «желание испытать новые ощущения».

Второй по значимости причиной является «безделье, отсутствие занятий и увлечений» (31 %). Также в качестве основных причин наркозависимости студенты выделяют «незнание последствий употребления наркотиков», «желание выделиться». Несмотря на то, что большинство молодых людей утверждают, что у них «нет и не может быть причин для употребления наркотиков», 7,5 % студентов не только «не видят причин беспокоиться о других», но и не исключают возможности появления в своей жизни причин для приема наркотиков. Этот факт вызывает тревогу.

Первичная обработка результатов показала, что средние значения телевизионной, игровой, религиозной зависимостей входят в зону низких показателей. Средние значения любовной, сексуальной, пищевой, трудовой, компьютерной зависимостями, зависимость от здорового образа жизни и общая склонность к зависимостям входят в зону средних показателей. Результаты представлены на рис. 1.

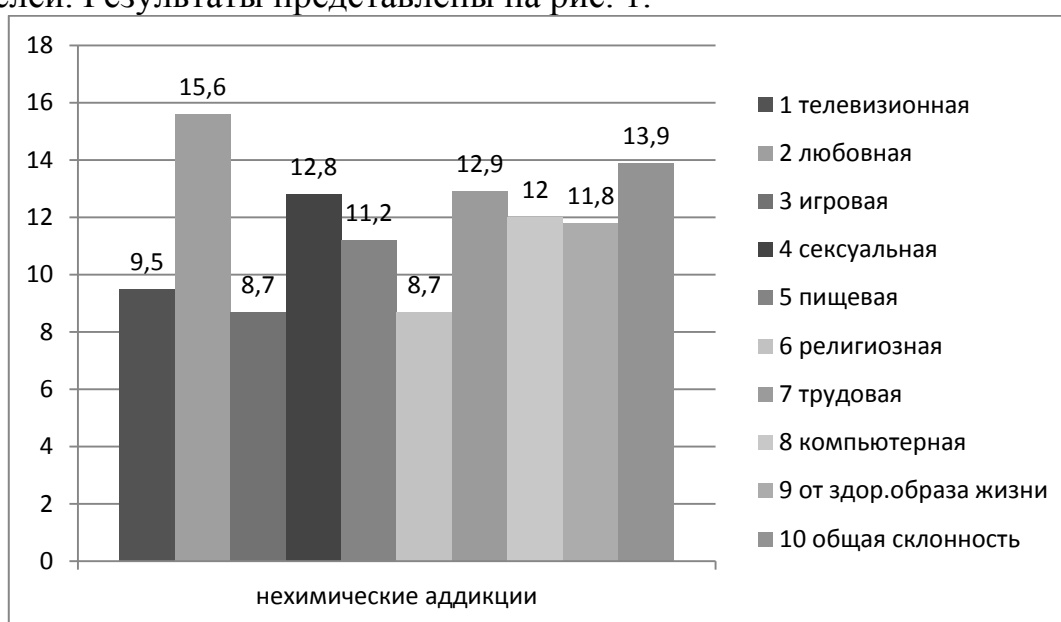


Рисунок 1.

Средние значения показателей различных видов аддикций

Необходимо отметить, что средние значения склонности к любовной зависимости хотя и входят в зону средних значений, однако превышают показатели по всем другим аддикциям. Высокий уровень склонности к любовной аддикции выявлен у 40% опрошенных студентов. Любовная аддикция — это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию [1]. Выявлено количество студентов, у которых выявлены высокие показатели по различным видам аддикций, результаты представлены на рис. 2.

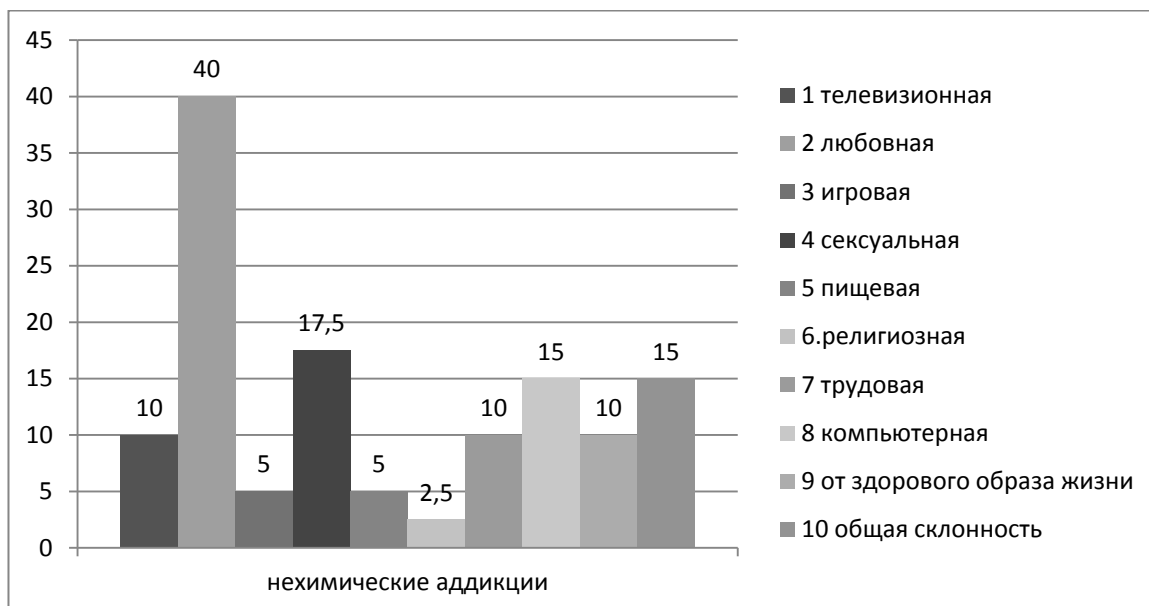


Рисунок 2.

Количество студентов (%), с высокими показателями по различным видам аддикций

На втором этапе был произведен корреляционный анализ. Выявлены взаимосвязи между общей склонностью к зависимому поведению и игровой, религиозной зависимостями ($0,43$; $0,39, p \leq 0,05$ соответственно), религиозной и трудовой, зависимостью от здорового образа жизни ($0,32$; $0,39, p \leq 0,05$ соответственно), трудовой и зависимостью от здорового образа жизни ($0,35, p \leq 0,05$),

На третьем этапе с использованием кластерного анализа выявлено взаимовлияние различных видов аддикций. Высокая степень близости выявлена между показателями игровой, религиозной, пищевой, трудовой зависимостями и зависимостью от здорового образа жизни (результаты представлены на рис. 3), это свидетельствует о том, что вероятен переход одной формы зависимости в другую, что необходимо учитывать при профилактике и коррекции.

Необходимо отметить, что любовная аддикция не взаимосвязана ни с одной другой зависимостью.

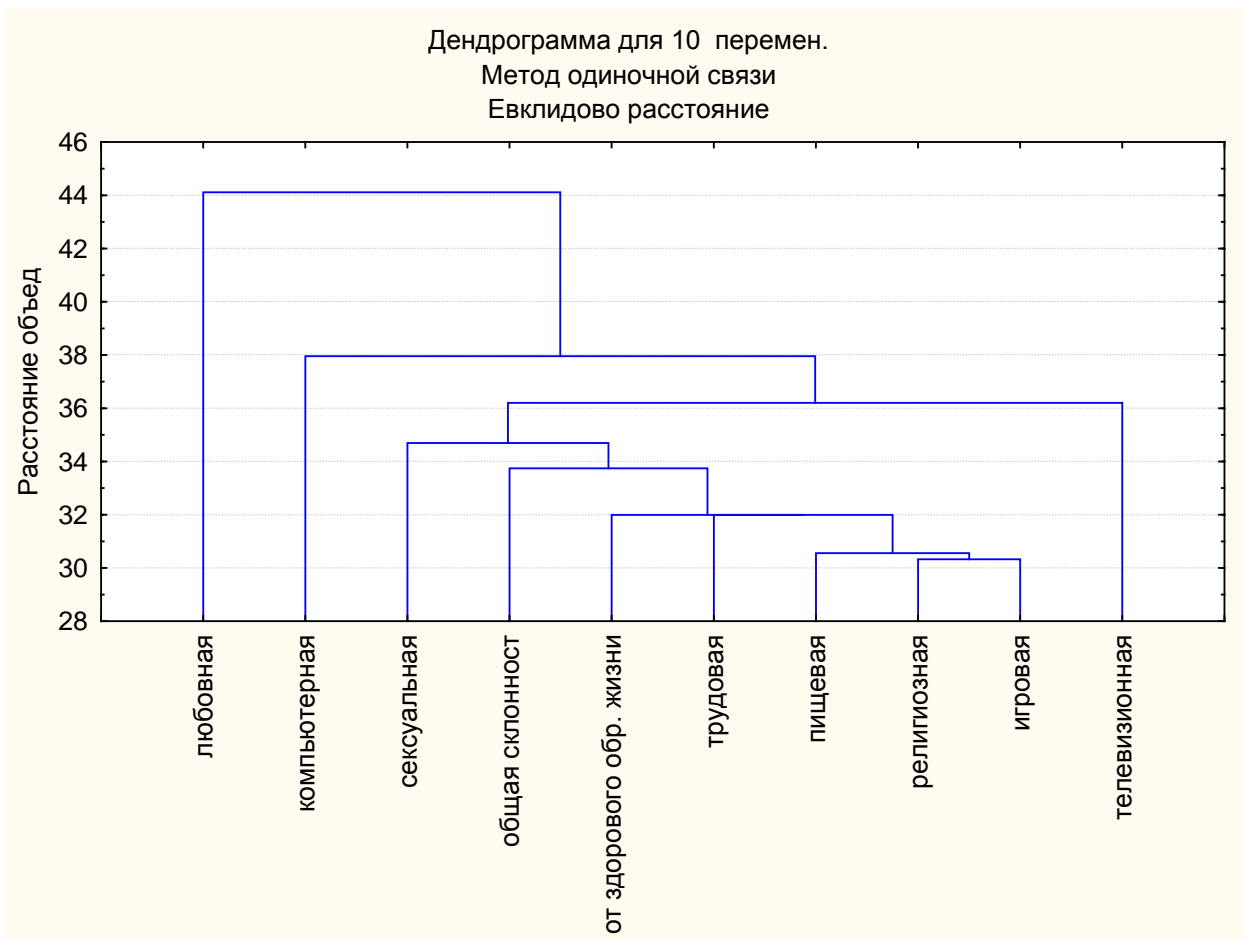


Рисунок 3

Степень близости различных видов аддикций

В среднем склонности к зависимостям у студентов находятся в пределах низкого и среднего уровня, это может свидетельствовать о том, что наше молодое поколение еще «не совсем потеряно». Выявленные тенденции могут быть положены в основу разработки психокоррекционных и профилактических программ. Первичная профилактика имеет целью предупредить негативные исходы зависимости, информировать о воздействии психоактивных веществ на организм и психику человека, усилить мотивацию на позитивные изменения в собственном жизненном стиле, сформировать протективные факторы здорового социально-активного поведения. Для реализации данных целей необходимо: привлекать студентов к участию в антинаркотических мотивационных акциях и круглых столах по проблеме зависимостей; вовлекать молодых людей в организацию благотворительных мероприятий; увеличить количество массовых спортивных мероприятий с возможностью привлечения большего числа участников.

Литература

1. Лозовая Г.В. Признаки нефармакологических зависимостей // психологические основы педагогической деятельности: материалы 30 научной конференции СПб ГАФК им. П.Ф. Лесгафта.-СПб., 2003

Историко-психологический анализ содержания представлений о психологическом здоровье.

Голубь А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В наше время психология здоровья является одной из наиболее изучаемых и быстро развивающихся тем в области психологических наук. Актуальность изучения тем, связанных с обеспечением продуктивного функционирования личностных структур, признана мировым научным сообществом вследствие развития междисциплинарных связей между психологией и медициной. Центральным понятием, вокруг которого строится теоретическая база данного направления, является «психологическое здоровье» или принятое в зарубежной литературе «психологическое благополучие». В данной работе производится попытка дать анализ изменению содержания представлений о психическом благополучии в исторической перспективе.

Уже в древности философы и мудрецы задумывались о пути личности, который привёл бы её к наибольшему раскрытию потенциала, а также приводил к гармонии с миром и самим собой. Одним из первых таких воззрений, дошедших до нас, является учение Лао Цзы. Он проповедовал подчинение естественному порядку вещей, принцип «недеяния» и растворение в мировом порядке. Так это описывается в книге «Дао де Цзин»: Благодаря чему Небо и Земля достигли и величия и долголетия? Они живут, словно забыв о себе, потому и достигли столь почтенного возраста. Вот почему мудрый не печется о своем теле, и тело само выбирает дорогу. Отстраняет интересы своего «я», и тем продлевает себе жизнь [3].

Следующим представителем древнекитайской культуры являлся Конфуций. Его учение состояло в том, что человек должен во всех делах и помыслах придерживаться «золотой середины» и избегать страстей. Только тогда человек считается благополучным. «Не найдя идущего по середине, должны сблизиться с необузданным и добросовестным. Необузданные целеустремлённы, а добросовестные сдержанны» [5].

Говоря о восточной философии в целом, можно говорить о её направленности на единение с природой, нахождение гармонии, подчинение мировому порядку и избавление от страстей.

Во времена Древней Греции следует упомянуть Алкмеона. Он определяет здоровье как равновесие сил - *isonomia ton dynameon* - влажного и сухого, холодного и теплого, горького и сладкого и т. д. Болезни есть следствие "единовластия" (*monarchia*) одного из этих элементов над остальными, ибо исключительное господство отдельно взятого элемента губительно [2].

Платон, рассуждая о здоровье человека, дал ему определение, которое охватывает и духовное начало в человеке и физическое. Заключается оно в следующем: здоровье определяется соразмерностью, требующей «согласия противоположностей» и выражается в соразмерном соотношении душевного и телесного [10].

Стоики считали, что здорового человека отличает здравомыслие и духовная независимость субъекта, которая выражается в невозмутимости при любых жизненных обстоятельствах. Здравый ум, сосредоточенный на достижении высшего блага и в то же время обращенный на решение обыденных жизненных дел является неизменным спутником здоровья, так как без разума невозможны ни здоровое тело, ни здоровый дух [1].

Философия Древнего Рима развивалась как продолжение древнегреческой традиции, но можно проследить больший акцент на материализме в данный исторический период, который сохранялся до века. Цицерон характеризовал здоровье как «правильное соотношение различных душевных состояний или феноменов сходных по своей природе и выступающих как однородные составляющие» [2].

В эпоху Средневековья наибольший эффект на воззрения на психическое благополучие имела христианская религия. Августин Аврелий говорил о том, что существует земное и Божье царство, которые являются противоположными, но неразделимыми. Смирение и покорность перед Богом являются главными предпосылками принадлежности к «граду Божьему». Также Августин Аврелий выделил 7 ступеней души, которые представляют собой путь к очищению личности человека.

Пьер Абеляр определял психическое благополучие как развитие морали и нравственности людей, путём реализации своих разумных убеждений. Переводя на современный психологический язык, он видел духовное здоровье в сознательном контроле над своей жизнью и подчинении инстинктов своей воле.

Мировоззрение Дунса Скота заключалось в том, что мир создан благодаря божественной воле. Добро также существует вследствие доброй воли Бога, поэтому чтобы достичь доброй воли человеку необходимо подчиниться божественной воле.

Говоря о Новом времени, необходимо упомянуть Рене Декарта, который писал: «...люди даже со слабой душой могли бы приобрести неограниченную власть над всеми своими страстями, если бы приложили достаточно старания, чтобы их дисциплинировать и руководить ими» [4]. Таким образом, акцент в понимании достижения психического благополучия он ставил в сознательном контроле над своей деятельностью.

Концепция этики Б. Спинозы включает в себя понимание развитого человека, как умеющего контролировать свои аффекты: «Человеческое бессилие в укрощении и ограничении аффектов я называю рабством. Ибо человек, подверженный аффектам, уже не владеет сам собой, но находится в руках фортуны» [13].

Более современные направления более чётко выражали идеи о продуктивном функционировании личности как единого целого. В классическом психоанализе З. Фрейда был применён симптомоцентрический подход, но если попытаться выразить идею Фрейда о психологическом здоровье, то данная категория понималась им как внутреннее поддержание равновесия между Ид и СуперЭго с помощью укрепления взаимосвязи Эго и реальности.

Согласно А. Адлеру, выраженность социального интереса оказывается удобным критерием оценки психологического здоровья индивидуума. С позиции А. Адлера, наши жизни ценны только в той степени, в какой мы способствуем повышению ценности жизни других людей [15].

Аналитическая психология К.-Г. Юнга описывает личность как результат взаимодействия устремленности в будущее и врожденной предрасположенности, а также придает значение интеграции противоположных психических сил для поддержания психологического здоровья [15].

Э. Фромм считал, что идеально здоровая личность принадлежит к продуктивному типу. Этот тип – независимый, честный, спокойный, любящий, творческий и совершающий социально-полезные поступки. Благодаря продуктивному мышлению люди узнают, кто они такие, и поэтому освобождаются от самообмана. Сила продуктивной любви дает возможность людям горячо любить все живое на Земле (биофилия) [15].

Следует упомянуть и К. Хорни, которая считала, что людям необходимо отказаться от защит, которые отдалают их от истинных симпатий и антипатий, надежд, опасений и желаний - так чтобы человек смог достичь того, что К. Хорни назвала реальным "я". Она придавала большое значение реализации "я" как цели жизни и источнику здоровья [14].

В концепции бихевиоризма невротический симптом рассматривается здесь как неадаптивное поведение, которое сформировалось в результате неправильного научения. В соответствии с этим основная цель данного направления – редукция, устранение симптома, иными словами, замена неадаптивных способов поведения на адаптивные, эталонные, нормативные, правильные, что достигается в процессе научения [11].

В теории гештальтпсихологии, жизнь и поведение управляются процессом, который в науке называется гомеостазом, а проще – приспособлением или адаптацией. Гомеостаз – это процесс, посредством которого организм поддерживает свое равновесие и, соответственно, здоровое состояние, в изменяющихся условиях [9].

В гуманистическом подходе А. Маслоу исходил из того, что предложенная им иерархия потребностей распространяется на всех людей и что чем выше человек может подняться в этой иерархии, тем большую индивидуальность, человеческие качества и психическое здоровье он продемонстрирует [15]. Таким образом, бытийная мотивация и потребность в самоактуализации являлись критериями здоровья в его теории. Похожие

идеи высказывал и К. Роджерс, добавляя, что потребность самоактуализации является врождённой, она лишь может не проявляться [6].

В. Франкл в своей концепции указывал, что «психическое здоровье основывается на определенной степени напряжения, напряжения между уже достигнутым и еще требующим завершения, или разрывом между тем, каков человек, и тем, каким он должен стать» [8].

В трансперсональном подходе осознание своего личного высшего Я Р. Ассаджиоли считает условием психического здоровья. Р. Ассаджиоли считает высшее Я - истинной сущностью человека, к которой он неизменно возвращается после различных отклонений в другие состояния сознания [12].

В настоящее время понятие «психологическое здоровье» определяется как состояние равновесия между человеком и внешним миром, адекватности его реакций на социальную среду, а также на физические, биологические и психические воздействия, как состояние гармонии между ним и окружающими людьми, согласованности представлений об объективной реальности субъекта с представлениями других людей, как способность человека осознать и использовать адекватные способы самореализации, доверие к себе, к другим и к миру [7].

Анализируя изменения понимания психологического благополучия во времени, можно заметить, что начиная с древних времён философы старались найти путь к психологическому здоровью. Культура востока проповедовала отказ от своих страстей, подчинение верховному порядку и размеренную жизнь «здесь и сейчас». Античная культура в то же время предлагала идею внутреннего равновесия личности, при сохранении её влечений и стремлений. В последствии в эпоху Средневековья, Европейская мысль стала подчинена идее духовного благосостояния путём единения с Богом, то есть путём принадлежности к идеальному образу, давая конкретные указания к достижению психологического здоровья на основании Библейских канонов. Начиная с Нового времени, концепции учёных были направлены на отдельные стороны личности или объективной реальности. Многие философы выдвигали собственные узконаправленные предположения о достижении психологического благополучия, которые были более эффективны, чем предшествующие, но и более локальные, не затрагивающие личность в целом. С появлением психологии как науки учёные постепенно возвращаются к пониманию психологического благополучия как интегральной характеристики личности, но в то же время внутри целостности понимания личности мы находим детализированную картину, характерную для периода Нового времени.

Таким образом, можно говорить о том, что современные представления о понятии «психологическое здоровье» сочетают познания и подходы к изучению данного явления, которые наблюдались на протяжении развития человечества в истории. Также было совершено качественное преобразование формы данного знания как более полного, детального, но в то же время более гармонично и целостно отражающего объективное содержание понятия «психологическое благополучие».

Литература

1. Васильева О.С., Филатов Ф. Р., Психология здоровья человека, М., 2001.
2. Вернан Ж.-П. Происхождение древнегреческой мысли.- М., 1998.
3. Дао дэ цзин. Книга пути и благодати. – М., 2010.
4. Декарт Р. Избранные произведения. М., 1950.
5. Конфуций. Луньей. Изречения, М., 2009.
6. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. М., 2002.
7. Ниманихина О.И. Динамика показателей психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста в условиях образовательного процесса ДОУ // Российский психологический журнал, 2008.- №4.
8. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. СПб.: Питер, 2003 г.
9. Перлз Ф. Гештальт-подход. Свидетель терапии: Пер. с англ. - М.: "Либрис", 1996.
10. Платон. Тимей. собрание сочинений: В 4 т., М., 1994. - 501с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Карвасарского Б.Д.; 2-е изд. — СПб.: Питер, 2002.
12. Романин А.Н. Основы Психотерапии. М., 1999.
13. Спиноза Б. Этика. М., 2001.
14. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность. Теории, упражнения, эксперименты. СПб., 2004.
15. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 3-е издание, 2009.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Голубятникова В.И.

МБУЗ Городская больница №1, г. Старый Оскол

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространённости и тяжелых последствий для состояния здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ в Российской Федерации ежегодно регистрируется 500-550 тысяч больных инсультом. В 30% случаев это люди трудоспособного возраста, смертность составляет 30-40% к труду возвращается лишь 10-15%, стали инвалидами 70-80%. Наиболее частым последствием инсульта является нарушение речевой функции, проявляющееся в форме афазий и дизартрий, которые нередко сочетаются с нарушениями других высших психических функций. В остром периоде инсульта афазии наблюдаются в 96,9 % случаев, дизартрии в 13%. Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания больным с ОНМК комплексной специализированной помощи. Чрезвычайно важное место в

комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение.

Теоретической основой восстановительного обучения при афазии являются современные представления в психологии о высших психических функциях как функциональных системах, их системной и динамической локализации, о при жизненном их формировании, их общественно-историческом происхождении и опосредованном строении. На основании этих теоретических позиций психологами, физиологами, неврологами и логопедами был разработан и практически применен путь перестройки функциональных систем методом восстановительного обучения. Этот путь имеет два направления в практической работе: 1) нарушенное звено в психологической структуре функции замещается другим; 2) создание новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья, не принимавшие прежде участие в ныне нарушенной функции.

Восстановительное обучение проводится нами с больными с ОНМК, имеющими нарушения ВПФ, и прежде всего речи. Восстановительное обучение проводится по специальной заранее разработанной программе, которая включает задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии (апраксии агнозии), степени выраженности дефекта, этапа заболевания. Опыт показывает, что наибольший процент восстановления речи получается при раннем начале реабилитационной работы (не позднее чем через три месяца после наступления афазии). Чем больше давность афазии, тем, при равной тяжести поражения, большие сроки занятий нужны для восстановления речи больного. Именно поэтому, в нашей работе восстановительное обучение с больными начинается на раннем этапе после инсульта. Занятия по восстановлению речи проводятся ежедневно и индивидуально с каждым больным. Продолжительность каждого занятия в среднем составляет 15-20 минут, в течение которых делаются, перерывы каждые 3—4 минуты. Однако следует отметить, что длительность занятия подбирается индивидуально в зависимости от состояния и утомляемости больного. Постепенно время занятий удлиняется и доводится до 40 минут. На выходные дни больному и его родственникам даются задания для самостоятельной работы.

В своей работе по восстановлению речи у больных с ОНМК мы решаем следующие задачи: 1) растормаживание временно угнетенных речевых структур; 2) предупреждение возникновения и фиксации некоторых симптомов афазии: аграмматизма, вербальных и литеральных парафазий, речевого эмбола; 3) установление контакта с пациентом, работа с его эмоционально-личностной сферой. В раннем восстановительном периоде растормаживание речевой функции мы проводим с использованием сопряженного, отраженного и самостоятельного произнесения автоматизированных речевых рядов: счет, дни недели, месяцы, эмоционально значимые отрывки стихов, пение известных песен, договаривание фраз, выражений со свободным и жестким контекстом. Со временем, работа с близкого для обучающегося материала переводится на вопросы

специальности, профессии. Работа по преодолению аграмматизма у больных с афазией строится на основе не только устной, но и письменной речи. В основе упражнений по предотвращению развития аграмматизма лежит диалогическая форма речи. Для затормаживания речевого эмбола следует, не фиксируя внимание на использовании речевой персеверации, обходить все звукосочетания, способствующие ее произношению. В комплексе восстановительных мероприятий при афазии большое значение имеет психологическая работа как с самим пациентом, так и с семьей в целом. Работа с эмоционально-личностной сферой больного с афазией направлена на адаптацию пациента к ситуации болезни. Для решения этой задачи нами проводятся индивидуальные беседы с больным об особенностях его нового состояния, проводится работа по формированию нового образа "Я". Важной составляющей нашей деятельности является поиск новых жизненных целей и смыслов, на которые можно было бы опереться в ситуации болезни. Работа с родственниками предполагает проведение разъяснительной работы (информирование об особенностях болезни, о целях и задачах восстановительного обучения в целом и ее отдельных этапов), а также активное включение родственников в процесс реабилитации. Таким образом, восстановление ВПФ, и прежде всего, речи является непростой задачей, и должно осуществляться комплексно. Статистические данные показывают, что восстановление речевых функций наиболее эффективно в первые 3 года от момента развития инсульта. Однако, чем более ранними будут занятия с нейропсихологом, тем лучше пойдет процесс восстановления всех ВПФ.

Литература

1. Зайцев И.С. Афазия. Учебно-методическое пособие. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006
2. Оппель В.В. Восстановление речи при афазии. (Методические указания). - Л.: Медгиз, 1963. - 108 с. - (Библиотека практического врача)
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов . - М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005.- 384,(16)с.- (Высшая школа)
4. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления.-Москва, «Медицина», 1972
5. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2002

Структура автобиографической памяти
у алкозависимых на различных стадиях выздоровления

Гурьев В.С.

На всех стадиях развития алкоголизма наблюдаются когнитивные и личностные факторы, обуславливающие дезадаптивные изменения структуры автобиографической памяти (АП) [4]. Деформации структуры АП являются факторами, увеличивающими риск срыва [5]. Многие методики индивидуальной и групповой терапии нацелены в конечном итоге на нормализацию автобиографической памяти, однако итоги этой работы фиксируются по иным критериям [3, 10]. В тоже время, оптимальная структура автобиографической памяти служит необходимой основой для становления новой идентичности, которая включает и самоидентификацию себя как трезвого человека [8, 10, 11].

Целью нашего исследования стало выявление структурных изменений АП и её роли в процессе выздоровления алкозависимых.

В исследовании приняло участие 8 человек (7 мужчин и 1 женщина) от 30 до 50 лет, проходящих групповую и индивидуальную психотерапию в медицинском центре "Нарком.ру". Стаж употребления у всех испытуемых больше 6 лет. Первая выборка состояла из двух человек (мужчины) со сроком трезвости 1 и 2 месяца. Вторая выборка – 6 человек со сроком трезвости от 2,5 до 7 лет.

Исследование проводилось в форме индивидуальной беседы. Чтобы побудить интерес к исследованию, испытуемому объяснялось, что целостное осмысление жизненного пути, осознание значимых событий своего прошлого, настоящего и вероятного будущего поможет сделать яснее сложные жизненные ситуации и может стать источником сил для их преодоления.

В ходе беседы испытуемые выполняли задания методик: "Циклический тест времени" (ЦТВ) Коттла, модифицированная методика "Линия жизни" и методика "Оценки пятилетних интервалов" (ОПИ) [2, 6, 7]. Различия выборок оценивались по U-критерию Вилкоксона-Манна-Уитни.

После обработки регистрационных бланков было выявлено 15 показателей.

ССВЗ – степень связанности временных зон (прошлого, настоящего и будущего) определялась по методике "Циклический тест времени" (ЦТВ) Коттла и выражает меру осознания испытуемым связей между событиями своей жизни [2].

Плотность событий рассчитывалась как отношение количества "положительных" и "отрицательных" событий прошлого по методике "Линия жизни" к возрасту испытуемого.

Отношение количества "положительных" событий к количеству "отрицательных" вместе с отношением суммы значимостей "положительных" событий к сумме значимостей "отрицательных" является оценками позитивности или негативности отношения к своему прошлому.

Отношение средней значимости "положительных" событий к средней значимости "отрицательных" отражает склонность придавать большее значение "положительным" событиям либо "отрицательным".

Количество тем отражает качественное разнообразие АП. Все события, названные испытуемыми, мы классифицировали по следующим категориям: (1) события, относящиеся к учёбе, службе в армии и работе; (2) брак и развод; (3) события, касающиеся жизни детей; (4) смерть близких; (5) болезни и операции; (6) взаимоотношения; (7) занятия творчеством и увлечение искусством; (8) спорт; (9) употребление ПАВ и выздоровление; (10) воспоминания раннего детства; (11) путешествия; (12) материальные приобретения; (13) смена места жительства; (14) проблемы в семье.

Возраст первого события определялся по методике "Линия Жизни" [7]. В конце беседы испытуемого также просили рассказать о ранних воспоминаниях независимо от выполнения методики. Таким образом, можно было убедиться, что человек помнит события своего детства, но не придаёт им значения.

Также определялось предполагаемое количество будущих событий, отражающее способность планировать своё будущее.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и коэффициент взрослости (отношение психологического возраста к хронологическому) оценивались в ходе выполнения методики ОПИ [6].

Количество максимальных оценок (10 баллов) насыщенности событиями пятилетий по методике ОПИ говорит, по мнению Кроника А.А. и Ахмерова Р.А., об адаптивной способности оценивать свою жизнь не только с рациональных, но и с иррациональных позиций [6].

Количество пиков на графике ОПИ показывает количество переломных моментов жизни испытуемого, определяющих смену идентификации [1, 9].

Кроме того, мы выявили два показателя отражающих динамику насыщенности жизни событиями (ДНЖ). Первый показатель (ДНЖ1) – отношение оценки настоящего пятилетия по методике ОПИ к средней оценке периода употребления, отражающее положительную или отрицательную динамику изменения оценки испытуемым насыщенности событиями своей жизни в период начала трезвости.

Второй показатель (ДНЖ2) – отношение количества событий настоящего к количеству событий времени употребления по методике "Линия жизни" рассчитанных с учётом пятилетних интервалов, отражающее положительную или отрицательную динамику изменения плотности значимых событий в период начала трезвости.

Разность ДНЖ1 и ДНЖ2 показывает меру расхождения оценки изменения насыщенности событиями с динамикой изменением плотности конкретных событий указанных испытуемым до и после начала трезвости.

Результаты по данной выборке не подтвердили связь этапа выздоровления со степенью связанности прошлого, настоящего и будущего, с возрастом первого воспоминания, а также с разработанностью событий

будущего и ожидаемой продолжительностью жизни. Отсутствие выявленных связей можно объяснить тем, что структура АП полидетерминирована, и существуют более значимые определяющие её факторы, о которых будет сказано ниже.

У всех испытуемых наблюдалась положительная динамика оценки насыщенности событиями своей жизни при переходе от употребления к трезвости (параметр ДНЖ1). Графики ОПИ испытуемых имеют минимум, соответствующий времени употребления и максимум в настоящем или ближайшем будущем.

Пики воспоминаний говорят о восприятии начала трезвости, как переломного момента, и об актуальной смене идентификации с "человека пьющего" на "человека, который не пьёт" [11]. Распространение пика на ближайшее будущее говорит об определённых надеждах, связанных с трезвой жизнью. В случае с испытуемыми первой выборки этот эффект также отражает эйфорическое настроение, связанное с ожиданием "новой жизни". Это отличие, по-видимому, обуславливает большее расхождение у алкозависимых с малым сроком трезвости этого параметра с динамикой плотности реальных событий, указанных ими на "линии жизни".

Испытуемые с малым сроком трезвости значительно отличаются ($p \leq 0,05$) от испытуемых с большим сроком трезвости высоким расхождением оценок насыщенности жизни событиями (разность ДНЖ1 и ДНЖ2). Это говорит о том, что положительная динамика оценивания насыщенности событиями своей жизни испытуемыми с малым сроком трезвости определяется не столько происходящей на этом этапе терапии сменой идентификации, сколько ожиданиями событий "новой трезвой жизни". С другой стороны актуальность в АП событий недавнего алкогольного прошлого говорит об активном переосмыслении себя в своём прошлом и о процессе становления новой идентичности. У большинства испытуемых с большим сроком трезвости события алкогольного прошлого либо потеряли своё значение, либо, вероятно, вытеснены под давлением общей негативной оценки периода употребления, а их настоящую идентичность определяют более поздние события трезвости.

Из-за недостаточного размера выборки не удалось статистически подтвердить связь срока трезвости и количества представленных тем событий в структуре АП. Однако этот показатель (количество тем) статистически значимо ($p \leq 0,05$) связан со степенью согласованности (отсутствием расхождения) ДНЖ1 и ДНЖ2, которая значимо отличается у испытуемых с малым сроком трезвости, что даёт основания полагать, что взаимосвязь количества тем событий, представленных в структуре АП, и этапом реабилитации есть и может быть выявлена на большей выборке.

Была установлена взаимосвязь плотности событий на "линии жизни" и наличием максимальных оценок (10 баллов) на графике ОПИ. Оказалось, что испытуемые, не дававшие максимальных оценок насыщенности событиями пятилетия жизни, имеют значимо ($p \leq 0,05$) более высокую плотность событий прошлого на год жизни. Интересно, что в исследовании Ахмерова отсутствие

максимальных оценок было характерно для выздоравливающих алкозависимых, а среди испытуемых, не имеющих проблем с алкоголем, "10" встречались чаще, что интерпретировалось, как показатель большей психической целостности, адаптивной способности к иррациональной (не только к рациональной) оценке своей жизни [1]. В нашем случае, испытуемые, ставившие максимальную оценку насыщенности пятилетий своей жизни, характеризуются более разреженной структурой АП, что, по нашему мнению, свидетельствует о большей её отдалённости от оптимального состояния.

Возможно, такое противоречие говорит о том, что если у здорового человека способность к иррациональному мышлению является адаптивной, то в случае алкозависимого она деформируется в искажённое восприятие действительности, обусловленное отрицанием. Для подтверждения этого утверждения необходимо проверить выявленную нами закономерность на здоровой выборке.

Также выявились взаимосвязи, которые могут давать маскировочный эффект в отношении основных гипотез. Контент-анализ выявил у двух испытуемых из выборки алкозависимых с большим сроком трезвости факторы, отличающие их от остальных испытуемых. У одного из них на "линии жизни" было отмечено неизлечимое заболевание (рак), что, несомненно, отразилось на всей структуре АП. У другого среди событий также было упоминание о болезни (операция), а также о недавно проигранном судебном процессе, что также объясняет его депрессивный взгляд на свою жизнь. У этих испытуемых наблюдалось повышенное количество пиков воспоминаний на графике ОПИ ($p \leq 0,05$), что говорит об обилии жизненных кризисов и объясняет отсутствие связанности этапов жизни (по методике ЦТВ). Во-вторых, их характеризует отрицательная оценка значимых событий прошлого (сумма значимостей "положительных" событий только у этих испытуемых оказалась меньше суммы значимостей "отрицательных") ($p \leq 0,05$) [8].

Вторым фактором, оказывающим сильное влияние на структуру АП, стал род занятий испытуемых. Профессии троих из общей выборки относились к разряду "творческих", причём двое из них имели малый срок трезвости. Именно у этих испытуемых на "линии жизни" были отмечены "положительные" события раннего детства и даже младенчества ($p \leq 0,05$), что видимо и определило у них значимо большее ($p \leq 0,05$) количество "положительных" событий в отношении к "отрицательным" в сравнении с остальными испытуемыми.

Установлена взаимосвязь ($p \leq 0,05$) степени связанности временных зон с количеством отмеченных событий на "оси будущего". Оказалось, что $ССВЗ=0$ определяет минимальное количество планируемых событий, тем самым подтверждая важность АП в умении и навыке ставить перед собой жизненные цели и задачи.

Таким образом, результаты исследования подтверждают роль формирования оптимальной структуры АП в процессе выздоровления

алкогозависимых и дают основания выявлять психотерапевтические мишени, относящиеся к феноменам АП, для более успешной реабилитации.

Литература

1. Ахмеров Р.А. Динамика продуктивности жизни в самосознании у больных алкоголизмом и наркоманией. // Современные проблемы психологии и управления: Сборник научных статей. – Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2004. – С. 61–78.
2. Белинская Е.П. Графический тест Коттла: специфика показателей временной перспективы / Е.П. Белинская, И.С. Давыдова // Психологическая наука и образование : специальный выпуск: молодые учёные – науке и образованию / Ред. В.В. Рубцов, А.А. Марголис. – 2007. – №5 2007. – С. 28–37.
3. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.: Академический проект. – 2012. – 487 с.
4. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / М.: Институт общегуманитарных исследований. – 2012. – 160 с.
5. Королёв К.Ю. Как избежать алкогольного срыва. – М.: Издательство Института Психотерапии. – 2000. – 112 с.
6. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия. Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути – М.: Смысл.– 2003. – 284 с.
7. Нуркова В.В. Методы исследования автобиографической памяти // Вестн. УРАО. 1999. № 2. С. 11–31.
8. Нуркова В.В., Митина О.В., Янченко Е.В. Автобиографическая память: "сгущения" в субъективной картине прошлого // Психологический журнал. –2005.- Т.26. №2. – С. 22–32.
9. Нуркова В.В. Роль автобиографической памяти в структуре идентичности личности // Мир психологии: научно-методический журнал. – № 2 (38). – М; Воронеж: Московский психолого-социальный институт РАО, 2004.
10. Нуркова В.В. Созидание прошлого: К вопросу о потенциале автобиографической мнемотерапии // Московский психотерапевтический журнал – М. – 2005. – №1. – С. 73–88.
11. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. – М: Когито-Центр. – 2006. – 267 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ

Долганова Н.П.

Ввиду возрастающей распространенности метаболического синдрома (МС) среди населения и необходимости проведения превентивных мероприятий, вопрос взаимосвязи метаболических расстройств и личностных особенностей становится всё более актуальным. Тем более, что определённые личностные особенности могут обуславливать как образ жизни, сопряженный с ММС, так и эффективность терапевтического воздействия на МС.

Локус контроля, по мнению исследователей, имеет влияние на тип пищевого поведения, способствующий развитию ожирения и, как следствие, МС. Так, экстернальность связывают с типом пищевого поведения, при котором запах, вид пищи провоцирует аппетит, игнорирующий внутреннее чувство сытости, способствуя систематическому перееданию и приводя к ожирению. Эксперимент, проведённый в 70-х гг. XX в., результаты которого показали, что исследуемые с экстернальным локусом контроля при возможности неограниченного питания, значительно больше прибавили в весе, чем лица с интернальным локусом контроля, подтверждает данное предположение [6].

Существуют исследования, демонстрирующие характерные для больных МС неадаптивные стресс-совладающие паттерны поведения [7]. Так, лицам с МС характерен уход от решения проблем, стратегия избегания в борьбе со стрессом, игнорирование проблемы. Эмоциональное напряжение в случае стрессовой ситуации такими людьми снижается посредством приёмов пищи, ориентированной на вкусовые качества, а не на пользу для здоровья, походов по магазинам, сна, пассивного отвлечения, табакокурения и пр. [5, 14].

Многие авторы выделяют как особый фактор риска МС алекситимию ввиду того, что гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, сахарный диабет, артериальная гипертензия, чаще встречаются именно у алекситимичных больных с сердечно-сосудистой патологией [10, 13]. Пациенты с алекситимическим радикалом нередко имеют симптомы, сопряженные с МС (более высокое артериальное давление, частое повышение артериального давления по ночам и пр.) [12]. Lemche A.V. с коллегами (2010) была показана взаимосвязь алекситимии и отдельных компонентов кардиометаболического синдрома, таких как сахарный диабет типа 2, высокий уровень триглицеридов и повышенное артериальное давление [11]. Данный фактор важно учитывать также ввиду того, что алекситимия имеет негативное влияние на терапевтический процесс у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9]. Вместе с тем, по мнению некоторых авторов, алекситимия может являться как сопутствующим, так и независимым фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний и МС, не являясь фактором риска [8].

Таким образом, исследования личностных особенностей лиц с МС свидетельствуют о высокой роли данного фактора в формировании и течении кардиометаболических расстройств. Однако в настоящее время в нашей стране лечение данного рода расстройств ориентировано преимущественно на использование медикаментов, а профилактические мероприятия не распространены. Учёт психологических аспектов МС мог бы способствовать повышению эффективности превентивных и терапевтических мероприятий.

В рамках медико-психологического исследования, проводимого на базе научно-исследовательской лаборатории «Эпидемиологии АГ» Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, было обследовано 138 человек в возрасте 20-62 лет (55 мужчин и 83 женщины, средний возраст - $46,6 \pm 7,8$ лет) из числа жителей различных районов города Санкт-Петербурга, желающих пройти профилактическое обследование. Респонденты проходили ряд медицинских обследований, направленных на оценку компонентов МС: измерение артериального давления и окружности талии, биохимический анализ крови (уровень глюкозы, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности). На основании степени выраженности кардиометаболических нарушений обследованные были объединены в три группы: 1-я группа – с МС (3 и более компонентов МС - МС, 48 человек, или 35 %); 2-я группа – без МС, но с отдельными компонентами МС (1-2 компонента МС - ОКН, 58 человека, или 42 %); 3-я группа – условно здоровые, без кардиометаболических нарушений (УЗ, 32 человека, или 23 %).

Для анализа личностных особенностей респондентов использовались следующие методы:

1) Торонтская алекситимическая шкала TAS , направленная на диагностику уровня алекситимии у лиц с различным кардиометаболическим риском [3].

2) Копинг-тест «Опросник о способах копинга», направленный на диагностику особенностей копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности [2, 4].

3) Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК), направленный на выявление локуса контроля личности [1].

4) Методы математической статистики (критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования уровня алекситимии показали, что у лиц с отдельными кардиометаболическими нарушениями по сравнению с условно здоровыми исследуемыми высокий уровень алекситимии встречается достоверно чаще ($P=0,027$), что может свидетельствовать о трудностях у таких лиц в описании своего эмоционального состояния, дифференцировании эмоций и телесных проявлений напряжения, соматизации эмоциональных переживаний. Отсутствие выраженного алекситимического радикала в группе лиц с МС, в отличие от лиц с отдельными кардиометаболическими нарушениями, может указывать на то, что завершение формирования МС может сопровождаться более внимательным отношением к собственным эмоциональным реакциям, ввиду

перехода на качественно иной уровень – уровень патологической адаптации, определяющей повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Что касается локуса контроля, то исследуемые с наличием метаболических нарушений (группы МС и ОКН) демонстрируют меньшую степень интернальности по показателям «Интернальность в области семейных отношений» ($R_{окн/уз}=0,011$ $R_{мс/уз}=0,008$) и «Интернальность в отношении здоровья и болезни» ($R_{окн/уз}=0,0001$ $R_{мс/уз}=0,002$), то есть в семейных ситуациях, а также в отношении своего здоровья, причина значимых ситуаций, вероятно, видится ими преимущественно в другом объекте (человеке, случае, судьбе и прочих факторах). Так, в случае нарушений здоровья таким людям свойственно данный факт оценивать как результат невезения, случайности, выздоровление связывать с действиями врача или других людей, не признавать свою ответственность в процессе лечения, что негативно сказывается на процессе терапии.

Интересные результаты получились в ходе анализа особенностей стресс-совладающего поведения у лиц с различным уровнем кардиометаболического риска. Так, у исследуемых с отдельными кардиометаболическими нарушениями в большей степени выражены (в поведении) копинги «Конфронтация» ($P=0,013$) и «Дистанцирование» ($P=0,007$) по сравнению с исследуемыми УЗ. Вероятно, данные особенности реагирования на стрессовую ситуацию могут характеризовать поведенческие паттерны, оказывающие негативное влияние на состояние здоровья, провоцируя кардиометаболические нарушения. Копинг «Бегство/избегание» оказался более характерен лицам с кардиометаболическими нарушениями (МС и ОКН), чем условно здоровым исследуемым ($R_{окн/уз}=0,004$ $R_{мс/уз}=0,0001$), что согласуется с данными других исследований [5, 14]. Данный факт может свидетельствовать в пользу соматизации, маскируемых, подавляемых переживаний, а также о характерном эмоциогенном типе питания лиц с различной степенью кардиометаболических нарушений.

Таким образом, исследуемые с МС, а также отдельными кардиометаболическими нарушениями, демонстрируют значительно более низкий уровень интернальности по сравнению с исследуемыми без кардиометаболических нарушений, а также используют не адаптивные стратегии стресс-совладающего поведения, что, вероятно, отражается на особенностях образа жизни, способствуя формированию и развитию МС. Характерный для лиц с отдельными кардиометаболическими нарушениями алекситимический радикал свидетельствует о непосредственной или опосредованной особенностями образа жизни роли эмоциональной компетентности в формировании кардиометаболических нарушений. Результаты данного исследования указывают на необходимость включения в профилактические и лечебные мероприятия МС программ психологической коррекции, направленных на развитие эмоциональной компетенции, более ответственного отношения к своему здоровью, а также расширения

паттернов поведения в стрессовой ситуации, формирование более эффективных копинг-стратегий.

Литература

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал.– 1984. – Т. 5. - №3. – С. 152-162
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р и соавт.. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 37 с.
3. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. // Методическое пособие каф. психотерапии института им. В.М.Бехтерева. - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005 – 17 с.
4. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. – 2007 - № 3. - С. 93-112.
5. Ротарь О.П., Трифонова Е.А., Коростовцева Л.С. и др. Адаптация к профессиональному стрессу и риск метаболического синдрома у работников банка. // Артериальная гипертензия – 2011 - № 1 – С. 25–33.
6. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // Психологические исследования. - 2012. - № 1(21). - С. 10.
7. Aldwin C.M., Levenson M.R., Spiro A., Ward K. Hostility, stress, coping, and serum lipid levels // The Gerontologist. - 1994. - V.34. - P.333.
8. Grabe H.J., Schwahn C., Barnow S. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population // J Psychosom Res. – 2010. – V. 68. – P. 139–147.
9. Isaksson H., Konarski K., Theorell T. The psychological and social condition of hypertensives resistant to pharmacological treatment // Soc. Sci. Med. – 1992. – V.35 (7). – P. 869–875.
10. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. // Psychosom Med – 1994 – V.56 (3) – P. 237-244.
11. Lemche A.V., Chaban O.S., Lemche E.. Alexithymia predicts triglyceride level, systolic blood pressure, and diabetic status in metabolic syndrome. // European Psychiatry – 2010 – V.25 – P.1019
12. Lyshova O. V, Provotorov V. M, Chernov Iu. N. Clinical characteristics of hypertensive disease in patients with alexithymia. // Kardiologiya. – 2002 - V.42(6) – P.47-50.
13. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. // Jpn Circ J – 1998 – V.62(6) – P. 409- 413.

14. Yancura L.A., Aldwin C.M., Levenson M.R., Spiro A. Coping, affect, and the metabolic syndrome in older men: how does coping get under the skin? // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. — 2006. — V. 61 (5). — P. 295–303.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Дрёмова Н.Б. Соломка С.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В числе значительного множества товаров, необходимых для комфортной жизни любого человека, особое место отводится медицинским и фармацевтическим товарам.

Общепризнанным суждением является социальная значимость лекарственных средств (ЛС), улучшающих здоровье больного, возвращающих его к активному образу жизни [1].

Потребность человека в ЛС можно считать объективной необходимостью с различных позиций:

- во-первых, ЛС удовлетворяют **физиологические** потребности - это поддержание нормального состояния организма человека, необходимо для выживания в определенной окружающей природно-климатической среде;
- во-вторых, **социальные** – как оздоровление для выполнения определенных социальных функций, ведения активного образа жизни, самоутверждения, развития интеллекта и т.д.;
- в третьих, **духовные** – как развитие духовного потенциала человека, что возможно, большей частью, при условии здорового организма. Это потребность в познании мира, получении большей информации, что, безусловно, осуществляется в соответствии с его физиологическими и социальными потребностями.

Таким образом, необходимость ЛС относится к числу основных потребностей человека, поэтому, как правило, он не отказывается от его покупки, будучи мотивированным доминантой, что оно **назначено врачом** для решения **его проблем здоровья** [3].

Такое исключительное положение ЛС как товара сказывается на особенностях спроса и делает его неэластичным, т.е. рост цен на ЛС не влияет на величину спроса. Исходя из сказанного выше можно заключить, что социальная значимость формирует повышенные требования к их качеству и соответствию государственным стандартам.

Актуальность проблемы социальной значимости ЛС для населения обусловила **цель** настоящего исследования – изучение мнения потребителей ЛС по основным аспектам фармацевтической осведомленности (ранее использовался термин медицинская фармацевтическая грамотность).

В качестве **метода** исследования использован социологический опрос в форме анкетирования, для чего разработана оригинальная анкета, включающая несколько блоков вопросов, в т.ч. социально – демографические характеристики, состояние здоровья, самооценка качества жизни и фармацевтическая осведомленность [2].

К участию в опросе были приглашены посетители аптек, приобретающие в аптеках ЛС и другие медицинские и фармацевтические товары для своих нужд и возможно по просьбам родственников, знакомых, сослуживцев.

Всего получено 380 анкет в 2009-2011г.г. от жителей городов Курск, Воронеж, Белгород, Липецк, Тула, Орел. Этого количества анкет достаточно для получения репрезентативных выводов с доверительной вероятностью $P=0,95$ при допустимой ошибке 0,05.

В процессе статистической обработки применялись абсолютные и относительные показатели (%); методы: группировок, структурный, графический, ранжирование.

Результаты исследования.

Установлено, что посещают аптеки большей частью женщины – 58,7% респондентов и 41,3% мужчин; в 71% случаях в возрасте 40 лет и старше; имеют профессию и профессиональное образование – 89,8%; по социальному статусу треть 55,8% служащих и 26,2% пенсионеров; 80,1% горожане; свыше половины 79,2% имеют ежемесячный доход в семье до 5 тыс.руб. на человека.

Более чем у половины респондентов есть хронические заболевания (67,4%), в основном органов дыхания (32,4%), сердечно – сосудистой системы (24,7%), органов пищеварения (22,6%).

Участвующие в опросе указали лечение по рекомендациям врачей - 43,9%, самостоятельно 12,1%, и значительная доля в общем количестве респондентов -38,9% могут следовать назначениям как лечащих врачей, так и прибегают к самолечению.

Анализ самооценок видов здоровья показал, что большинство респондентов имеют проблемы, в частности с физическим 78,4% (оценки хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно); с психическим – 78,9%; с социальным -78,4%; в среднем по трем видам -78,5%. По общей самооценке здоровья преобладающая доля 89,2% респондентов оценили свое здоровье как проблематичное. Полученные результаты позволяют предположить высокую значимость лекарственной терапии для них, и, следовательно и ЛС.

В результате анализа ответов респондентов о степени важности потребительских качеств ЛС по 3-х балльной шкале получен их рейтинг, в котором параметры расположились следующим образом: 1) эффективность(2,35 баллов);2) незначительные побочные эффекты (2,24); 3) понятная информация на упаковке (2,11); 4) удобный способ приема (2,03); 5) возможность редкого приема (1,99); 6-7) низкая стоимость (1,98) и приверженность препарату (1,98); 8) удобная лекарственная форма (1,97); 9) контроль первого вскрытия (1,96); 10) небольшая дозировка (1,94); 11-12)

удобный способ хранения (1,90) и приверженность фирме – производителю (1,90); 13) привлекательность упаковки (1,74).

Установлено, что для наших пациентов важно, чтобы принимаемое ими ЛС было эффективным в лечении их заболеваний, а также имело комфортный прием, т.е. удобный способ, частота желательно 1 раз в день, с незначительными побочными действиями. Даже цена ЛС оказалась не так значима в процессе лечения.

На вопрос анкеты о качествах идеального ЛС больше половины респондентов (54,2%) хотели, чтобы ЛС сочетало иммуностимулирующее и непосредственно терапевтическое действие на организм. И треть участвующих в опросе высказали суждение о желательности приема ЛС лишь один раз в одной дозе. Нужно отметить, что пока таких ЛС очень мало (противогельминтные, антисептические).

Из видов лекарственных форм предпочтения отдаются твердым – таблеткам (56,8%) и капсулам (36,6%); кроме того, потребителям нравятся «шипучие» растворимые таблетки (39,7%); доли остальных лекарственных форм не превышают 30%.

Анализ ответов по блоку вопросов о фармацевтической осведомленности показал, что 62,6% отметили положительно о знаниях особенностей действия и правил приема ЛС; 86,6% соблюдают правила приема ЛС; 73,9% знают и соблюдают правила хранения ЛС в домашних условиях; 81,8% контролируют сроки годности ЛС в домашних аптечках; 75,5% обязательно знакомятся с содержанием инструкций по применению ЛС; 65,3% проверяют сроки годности ЛС при покупке, причем 70,3% могут расшифровать его на упаковке, а 61,8% знают о фальсификатах ЛС.

По другим направлениям установлен уровень осведомленности от 20% до 50%, в среднем по 16 аспектам уровень знаний составил 57,3%.

Выводы

В процессе исследования доказано, что потребители ЛС в настоящее время понимают социальную значимость ЛС для поддержания их здоровья и благополучия. Практически все имеют опыт их применения при различных недомоганиях. Установлен высокий уровень осведомленности по целому ряду аспектов знаний о ЛС. В тоже время есть отдельные направления, требующие повышения информированности больных о потребительских свойствах ЛС для рационального и правильного их применения.

Литература

1. Бредли К., Хансен Э.Х., Койкер С. Больные и лекарственные средства / В кн. Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства. – ВОЗ, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2006. –С.174-190
2. Дрёмова Н.Б. Маркетинг в аптеке: шаг за шагом. – М.: МЦФЭР, 2008. – 198с.

3. Фармацевтический маркетинг. Принципы, среда, практика /М.С. Смит, Е.М. Колласа, Г. Перкинс, Б. Сикер. пер. с англ. – М.: Литтерра, 2005. – 392с.

СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО НЕЗДОРОВЬЯ В ОБЩЕСТВЕ

Забелина Н.В.

Курский государственный медицинский университет г. Курск, Россия

В психологической, социологической, педагогической литературе существует достаточно много определений, понятий, названий неблагополучной семьи: проблемная, асоциальная, семья «группы риска», семья социального риска, социально-незащищенная семья и т. д. В законодательных актах и постановлениях существует только одно определение неблагополучной семьи. Это семья, оказавшаяся в трудной жизненной ситуации и нуждающаяся в государственной помощи и поддержке. Таким образом, сегодня в науке и практике довольно остро стоит вопрос разработки критериев и определения неблагополучной семьи.

В научных исследованиях нет четкого определения семейного неблагополучия. Каждый автор, изучающий неблагополучные семьи, вкладывает свой смысл в это определение, поэтому во многих научных исследованиях понятие неблагополучная семья имеет разный смысл.

Распространенность и многообразие конкретных проявлений феномена неблагополучной семьи в современном российском обществе свидетельствуют о социальной типичности семейного неблагополучия, закрепляющиеся в устойчивых девиантных формах семейного поведения.

Под неблагополучной семьей мы понимаем семью, в которой ребенок испытывает неблагополучие (от слова «благо»), где отсутствует благо для ребенка. При этом вид семьи (проблемная, неблагополучная и др.) не имеет значения. Это может быть семья, в которой или оба родителя, или один родитель, и экономически состоятельная семья, и экономически несостоятельная, и т. д. Главной характеристикой неблагополучной семьи является отсутствие любви к ребенку, заботы о нем, удовлетворения его нужд, защиты его прав и законных интересов.

Асоциальная семья — тип семьи, представляющий собой нарушенную систему ценностей, разбалансированную и непригодную для воспитания ребенка. Она опасна для общества своим образом жизни, нормами, правилами, сформированным поведением детей.

Неблагополучная семья — это семья, которая характеризуется низким социальным статусом в разных сферах жизнедеятельности, поэтому она не

справляется с возложенными на нее функциями, при этом ее адаптивные возможности значительно снижены.

Семья «группы риска» — тип семьи, в которой существует некоторое отклонение от норм, не позволяющее ее определить как благополучную. Отклонения не стали дезадаптирующим фактором, но осложняются другими отрицательными характеристиками. Несоответствие социальным стандартам не осознается членами семьи как важная проблема, способная нарушить жизнедеятельность такой семьи. Семьи «группы риска» занимают промежуточное положение между благополучными и неблагополучными семьями.

Характеристики неблагополучной семьи показывают, что проблемы, в которые они погружены, условно можно классифицировать как социальные, правовые, медицинские, психологические и педагогические. В практике редко наблюдается только один вид проблем, приводящий к неблагополучию в семье.

Неблагополучная семья — это не только семья, материальная составляющая которой далека от нормальной, но и семья, которая утратила веру в возможность изменения своей жизни в лучшую сторону и продолжает идти к полному краху. Неверие в собственные силы и отсутствие помощи со стороны формируют соответствующий образ жизни, который усваивают и дети.

Так же это семья, в которой ребенок переживает дискомфорт, стрессовые ситуации, жестокость, насилие, пренебрежение со стороны родителей, голод, т. е. неблагополучие.

Неблагополучная семья представляет собой стойкую институциональную деформацию, способную к воспроизводству через формирование в процессе социализации специфических устойчивых поведенческих характеристик.

Типологию неблагополучных семей дает А.Б. Федулова; она выделяет пять групп семей, которые в зависимости от доминирующих факторов позволяют их объединять в одну категорию семей «группы риска». Исследователь выделяет:

- социально-экономические факторы (низкий материальный уровень жизни семьи, плохие жилищные условия, безработица родителей);
- социально-демографические факторы (отсутствие одного или обоих родителей, повторный брак, неродной ребенок);
- медико-санитарные факторы (неблагоприятные условия проживания, хроническое заболевание родителей, наличие в составе семьи инвалидов, отягощенная наследственность);
- психолого-педагогические факторы (нарушение межличностных внутрисемейных отношений, деформирование ценностных ориентации членов семьи, предразводная и послеразводная семейная ситуация, педагогическая несостоятельность родителей, отчуждение между родителями и детьми, недостаток эмоционального и доверительного отношения родителей с ребенком, дефекты воспитания и т. д.);

- криминальные факторы (семейная домашняя жестокость, паразитический образ жизни родителей и т. д.).

Основными причинами семейного неблагополучия в современном российском обществе являются:

1. Цивилизационные факторы институционального кризиса семьи, общие для современной западной культуры, включают в себя уход семейного уклада и быта, эмансипации женщины и распада патриархальных семейных ценностей, переструктурирования семейных ролей и приоритетов.

2. Бедность, низкое качество жизни отражаются на состоянии семьи, способствуя воспроизводству многообразных дисфункций.

3. Атомизация семьи от государства способствует росту взаимной отчужденности, психологической депривации и изоляции индивидов в семье, в первую очередь детей от взрослых.

4. Институциональные дисфункции семьи в современной России связаны с общим кризисом семейных ценностей.

Одной из основных причин, препятствующих сокращению численности детей, оставшихся без попечения родителей, остается неэффективность работы по социальной реабилитации семей, находящихся в социально опасном положении.

Семейное неблагополучие необходимо рассматривать как самостоятельный социально-психологический феномен, выступающий как фактор девиантного поведения детей. Семейное неблагополучие — комплекс причин различного характера, связанных с нарушением выполнения воспитательной функции семьи, вызывающих деформацию личности ребенка и приводящих к девиантному поведению.

Истинной причиной неблагополучного детства является критическое положение российской семьи. Число семей, находящихся в сложной ситуации, состоящих на учете как неспособных обеспечить детям надлежащее воспитание и содержание, очень велико (184 тысячи семей, в которых проживает 348 тысяч детей).

Нарушение психологической связи между ребенком и родителями приводит к уходу детей из семьи, их невротизации, суицидальным проявлениям, росту безнадзорности детей и влияет на криминализацию подростковой среды. В социопатических семьях в 1,5 раза чаще выявляются болезни нервной системы, в 2 раза чаще — отклонения в психическом здоровье.

Ослабление или даже разрыв семейных связей между детьми и родителями также вызывают:

- сверхзанятость родителей;
- конфликтная ситуация в семье;
- пьянство родителей;
- случаи жестокого обращения с детьми (физического, психического, сексуального насилия);
- отсутствие в семье благоприятной эмоциональной атмосферы;
- типичные ошибки родителей в воспитании детей.

Существование человека в настоящее время организовано в форме семейного образа жизни. Каждая из функций в каких-то частных случаях может быть с большим или меньшим успехом осуществлена вне семьи, но совокупность их может выполняться только в семье.

Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальное обеспечение и уровень образования родителей, в большой мере определяют жизненный путь ребенка. Помимо сознательного, полноценного и целенаправленного воспитания, которое дают ему родители, на ребенка воздействует вся внутрисемейная атмосфера, причем эффект этого воздействия с возрастом накапливается, преломляясь в структуре личности.

Окружающая социальная микросреда, психологический климат в семье, условия воспитания, взаимоотношения с родителями и личность самих родителей в обязательном порядке отражаются на ребенке и, в первую очередь, на особенностях его характера. Если семейная атмосфера неблагоприятна для психического развития ребенка, то вполне вероятно, что и сформированные черты его личности тоже будут патологичны.

Таким образом, в семьях группы риска основными причинами усугубления ситуации, вызывающими семейное неблагополучие, являются субъективные факторы и причины психолого-педагогического свойства, т.е. нарушения в межличностных внутрисемейных отношениях и дефекты воспитания детей в семье. Другими словами, патогенными факторами в большей мере выступают не состав и структура семьи, не уровень ее материального благополучия, а семейный психологический климат, но, безусловно, на этот климат влияют все вышеперечисленные причины.

Именно поэтому семьям группы риска необходима психолого-педагогическая, реабилитационная, правовая, а так же социально – психологическая помощь.

Литература

1. Карабанова, О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. - М., 2004.
2. Морозов, В. Педагогическая реабилитация детей группы социального риска. Журнал «Социальная педагогика» - №3-2009г.
3. Беличева С.А. Социально-педагогическая поддержка детей и семей группы риска: межведомственный подход. – М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье России», 2006.

МЕСТО ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ
ОСОБЕННОСТЕЙ СТИЛЯ ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ
СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Зайцева А.Э.

Одной из актуальных проблем современного мира является проблема роста числа заболеваемости детей. При этом всё больше отмечается рост числа соматических заболеваний, приобретающих впоследствии хронический характер, в генезе которых закономерно высок вклад факторов, первично имеющих психологическую природу [3]. Распространенность психосоматических заболеваний среди детей, превышает уровень распространенности таких заболеваний среди взрослых [1].

В структуре расстройств соматических функций, имеющих в основе психогенную природу, заболевания эндокринной системы являются одними из самых высоко распространенных. По отчетным данным за 1994 год, в городах Российской Федерации распространенность заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ и иммунитета составляет 9 детей на 1000 [7]. Заболеваемость сахарным диабетом растет с каждым годом. Каждые 15 лет число больных СД удваивается [5].

В данной работе мы остановимся на таком заболевании эндокринной системы как сахарный диабет. Сахарный диабет (СД) – заболевание, которое характеризуется нарушением обмена углеводов, по причине недостаточности инсулина. Различают два типа СД: инсулинозависимый и инсулиннезависимый. У детей наблюдается первый тип СД, который характеризуется острым началом, выраженностью клинических симптомов, частыми осложнениями, а также потребностью в постоянном соблюдении диеты и введении в организм инсулина. Пик заболеваемости СД приходится на возрастные группы 3-4 и 6-8 лет. В настоящий момент времени, достаточных доказательств обусловленности болезни психологическими факторами не существует [4]. Однако психологические факторы могут непосредственно влиять на повышение или понижение уровня сахара в крови.

Влияние болезни на формирование личности впервые было описано в соматопсихическом направлении [8], и на сегодняшний день не оспаривалось [2, 10], как и закономерность взаимосвязи формирования ВКБ с особенностями личности [6].

Безусловно, хроническое соматическое заболевание занимает большую часть времени жизни ребёнка, при этом, задает особые условия его психоэмоционального и социально-личностного развития, тем самым определяя особенности его стиля жизни.

В ситуации, когда обстоятельства жизнедеятельности ребенка отягощены его болезненностью, а личность ещё достаточно пластична, опыт перенесенного заболевания неоспоримо влияет на тенденции формирования субъективного потенциала ребёнка. Хроническое соматическое заболевание существенно меняет социальную ситуацию развития ребёнка: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов ребёнка. Всё это так или иначе влияет на

представления ребёнка о своей болезни. Субъективное восприятие человеком его болезни описывается в терминах концепции внутренней картины болезни (ВКБ) [7].

У детей с хроническими соматическими расстройствами ВКБ является одним из центральных психологических образований, которое в большой степени определяет особенности стиля жизни ребёнка. Представляя собой основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, внутренняя картина болезни может, как способствовать, так и препятствовать успешности лечебных мероприятий. Поэтому именно на неё необходимо в первую очередь направлять психокоррекционные воздействия.

Сегодня подробно описаны механизмы формирования ВКБ, факторы, влияющие на её формирование, типы формирования ВКБ, её уровневая структура и т.д. Тем не менее, существует значительный дефицит информации непосредственно содержания ВКБ у детей с хроническими соматическими расстройствами. Этот дефицит препятствует оценке особенностей формирования стиля жизни ребёнка, следовательно, выработке адекватной психологической помощи детям, которая бы способствовала также и улучшению их соматического состояния [9].

Целью данной работы является составление модели стиля жизни детей с хроническими соматическими заболеваниями. Нами были рассмотрены и проанализированы особенности стиля жизни детей с сахарным диабетом. В ходе исследования, мы предположили наличие в модели стиля жизни детей трех составляющих: феномены телесной жизни, феномены социальной жизни, феномены эмоциональной жизни ребёнка. Ниже мы систематизировали полученные результаты исследования.

Говоря о вкладе ВКБ в содержание стиля жизни ребёнка, следует отметить её взаимосвязь с таким конструктом как «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ) [11]. Внутренняя картина болезни является лишь частным случаем внутренней картины здоровья и потому, без того, как человек относится к своему здоровью невозможно понять его внутреннюю картину болезни. Часто дети с психосоматическими заболеваниями не только не имеют чётких представлений о таких конструктах как «здоровье» и «болезнь», но также и не разделяют их. Дети недостаточно осведомлены об особенностях течения своей болезни, а также о профилактики её обострений и осложнений, что является значительным барьером для формирования адекватной ВКБ, а также самоконтроля для обеспечения своего физического благополучия.

Внутренняя картина болезни является лишь частным случаем внутренней картины здоровья и потому. Здесь и обнаруживается пробел, который определяет невозможность построения адекватной ВКБ, на основе недостаточной полноценности структуры «внутренняя картина здоровья». Это происходит потому, что на момент дебюта заболевания у ребёнка ВКЗ ещё может просто не быть должным образом сформирована, и тогда, более ранний опыт болезни накладывает отпечаток на формирование ВКЗ, то есть

происходит обратное влияние компонентов друг на друга: ВКБ оказывает влияние на формирование ВКЗ.

Жизненная ситуация детей с СД отличается постоянной необходимостью вмешательства лечебных мероприятий на телесном уровне. Постоянство лечебных мероприятий определено наличием частых обострений, а также необходимостью корректировки и утверждения программы лечения (госпитализация детей с СД на срок от двух недель осуществляется два раза в год). Ежедневно дети с СД необходимы самостоятельно контролировать своё физическое состояние (самостоятельное измерение сахара в крови, контроль над принимаемой пищей и т.д.). Всё это, так или иначе, играет роль в формировании субъективного телесного опыта ребёнка, который является составляющей внутренней картины болезни и здоровья [12]. Вследствие того, что заболевание наступает на ранних годах жизни ребёнка, болезнь непосредственно влияет на формирование субъективного телесного опыта ребёнка.

У детей с СД отмечается исключительно высокая витальная значимость поражённой функции. Вследствие этого, обострения заболевания, ощущения, испытываемые при ухудшении самочувствия (сенситивный уровень ВКБ), приобретает массивную эмоциональную аранжировку (эмоциональный уровень ВКБ). Не исключено, что наиболее частые личностные реакции на болезнь (тревожно-невротические реакции; реакции игнорирования болезни) в высокой степени определяются спецификой сочетания: тяжести соматического процесса, адекватности реакций значимого окружения на состояние ребёнка и сложившихся к моменту дебюта заболевания устойчивых личностных predispositions.

Однако в детском возрасте роль пусковых механизмов приводящих к заболеванию может быть нивелирована на достаточно длительный временной период за счет пластичности адаптивных систем. В этом случае процесс формирования реалистичной ВКБ можно рассматривать как адаптивный процесс, который позволяет снизить фактор негативного влияния болезни на формирование личностного опыта ребёнка.

В ситуации, когда обстоятельства жизнедеятельности ребенка отягощены его болезненностью, а личность ещё достаточно пластична, опыт перенесенного заболевания неоспоримо влияет на тенденции формирования субъективного потенциала ребёнка. Хроническое соматическое заболевание существенно меняет социальную ситуацию развития ребёнка: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов ребёнка. Всё это, так или иначе, определяет особенности восприятия болезни, формируя стиль жизни ребёнка.

В случае с СД очень важно соблюдение режима, о котором уже говорилось выше. Именно поэтому как чрезмерные переживания по поводу своей болезни, так и игнорирование факта о необходимости контроля за ней, могут усложнять жизненную ситуацию ребёнка, изначально ограниченную заболеванием. Необходимо учитывать, что ребёнок может получать выгоду от болезни, от своей «беспомощности» и по этой причине недостаточно

соблюдать режим и выполнять указания врача. Также это состояние может подкрепляться гипер- или гипо- опекой родителей.

При лечении необходимо учитывать, что страдания таких детей могут быть не только физического, но и эмоционального плана, что сказывается на содержании личностного опыта ребёнка, его развитии, а в сумме и на особенности его стиля жизни. Структурные компоненты ВКБ оказываются здесь тесно взаимосвязанными с системой представлений ребёнка о самом себе, составляющими основание его Я-концепции. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны в силу своеобразия структуры личности - нестабильности самооценки, «Я-образа» в целом и физического «Я», зависимости собственной самооценки от оценок других людей. При этом в формировании когнитивной составляющей ВКБ родители играют особенно значимую роль, транслируя в той или иной степени детализированные представления о болезни и здоровье, о лечении и исходе заболевания и т.д.

Выделенные нами особенности стиля жизни у детей с хроническими соматическими заболеваниями позволяют приблизиться к построению уникальной модели содержания стиля жизни у детей с хроническими соматическими заболеваниями, что необходимо для определения наиболее оптимального подхода к лечению, к формированию у детей навыков контроля за своим заболеванием, а также для определения путей формирования адекватного отношения детей к своему заболеванию.

Литература

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999 – 297с.;
2. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 15.04.2013);
3. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2009. – 480с.;
4. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. М., 2002. – 391с.;
5. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 144-150 с.;
6. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. N 8. С. 1527-1530.;
7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания.- 4-е изд.- М.: Медицина, 1977.- С. 37–52.;

8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987 – 167с.;
9. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – Спб.: Речь, 2000. – 507с.;
10. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С.Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999.;
11. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестн. Моск. ун-та. Психология. 1993. № 1. С. 3-16.
12. Тюлюпо С.В. Субъективный телесный опыт: динамика в пространстве общения ребёнка и взрослого // Сибирский психологический журнал. 2005. №.22. С. 55-65.

ОТНОШЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ КАК ПРЕДИКТОР СОСТОЯНИЯ ЗАВИСИМОСТИ

Запесоцкая И.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Осуществляя анализ межличностных отношений при состоянии зависимости, необходимо обозначить базовой направленность отношений, реализацией которой выступают доверительные (субъект-субъектные) или зависимые (субъект-объектные) межличностные отношения. Основной характерной чертой указанных отношений выступает значимость эмоционального регулирования. Эмоциональный компонент, как правило, является ведущим. Аффективный аспект находит свое выражение в различных эмоциональных переживаниях людей по поводу взаимосвязей между ними. «Это, прежде всего положительные и отрицательные эмоциональные состояния, конфликтность состояний (внутриличностная, межличностная), эмоциональная чувствительность, удовлетворенность собой, партнером, работой и т. д.» (Обозов Н.Н., 1979. С. 5). Говоря об отношениях между людьми, Л.Я. Гозман (1987) определяет эмоциональный компонент или эмоциональный аспект межличностных отношений как оценку субъектом взаимодействий и контактов.

Состояние зависимости, имея базовой субъект-объектную направленность отношений, наделяет объект зависимости свойствами субъекта, а отношение к окружающим людям – напротив, упрощает до объектного уровня. Результатом такой трансформации отношений выступает значительная вовлеченность зависимого в отношения, опосредованные объектом зависимости, и снижение количества и качества отношений с другими людьми. Возникает парадокс: при состоянии зависимости отношения с другими зависимыми, самим объектом зависимости более открытые, эмоционально насыщенные, значимые, нежели отношения социальные: семейные, профессиональные и т.д.

Мы предприняли попытку исследовать особенности межличностного взаимодействия пациентов с алкогольной зависимостью, включив их в совместную деятельность. При этом социально-психологическая ситуация алкогольной зависимости рассматривается нами как определяющая психологические позиции партнеров, их установки, эмоциональные отношения друг к другу и в совместной деятельности.

В процессе исследования были организованы серии экспериментов, в которых пары испытуемых вовлекались во взаимодействие при помощи аппаратной методики «Арка» (Чернышев А.С., Сарычев С.В., Лунев Ю.А., 2005), также дополнительно в эксперимент было введено задание по сборке пазла. Оценивание параметров взаимодействия проводилось по разработанному нами профилю критериально-экспертной оценки, за основу которого была принята классификация типов взаимодействия Ф. Бейлса. Для проверки статистических гипотез использовался непараметрический критерий *U* Манна-Уитни.

Исследование осуществлялось на базе наркологического отделения областного наркологического диспансера г. Курска. В исследовании приняли участие 10 пар испытуемых, в которых оба испытуемых имеют алкогольную зависимость; 10 пар, в которых один из испытуемых имеет алкогольную зависимость, а другой условно отнесен нами к категории здоровых испытуемых, т.е. не имеющих химической зависимости; и 10 пар, в которых один из испытуемых имеет алкогольную зависимость, а другой является его близким родственником (супруга, мать). Общий объем выборки испытуемых с алкогольной зависимостью составил 40 мужчин в возрасте 20-55 лет, испытуемых без состояния зависимости 10 мужчин и 10 женщин в возрасте 21-50 лет.

Исследование было организовано в виде трех серий экспериментов: взаимодействие в диадах зависимый-зависимый, диадное взаимодействие в системе зависимый-независимый, диадное взаимодействие в системе зависимый – близкий родственник. После чего была осуществлена критериально-экспертная оценка особенностей диадного взаимодействия и анализ полученных результатов.

Статистический анализ полученных данных позволил выявить значимость различий с тенденцией к возрастанию показателей в группе диад зависимый-зависимый по следующим параметрам: «поддержка действий партнера» ($U_{эмп} = 24$, $U_{кр} = 27$); «высказывание предположений» ($U_{эмп} = 15$, $U_{кр} = 27$), «проявление удовлетворенности результатом работы» ($U_{эмп} = 13$, $U_{кр} = 27$). Экспериментальная группа диад зависимый-независимый значимо отличается по повышенным параметрам «осуждение действий партнера» ($U_{эмп} = 24$, $U_{кр} = 27$), «выражение несогласия с партнером» ($U_{эмп} = 18$, $U_{кр} = 27$), «проявление безразличия к результату работы» ($U_{эмп} = 20,5$, $U_{кр} = 27$). Экспериментальная группа диад «зависимый – близкий родственник» отличается по повышенным параметрам «выражение несогласия с партнером» ($U_{эмп} = 18$, $U_{кр} = 27$), «оценка результатов

деятельности» ($U_{\text{эмп}} = 24$, $U_{\text{кр}} = 27$), «демонстрация антагонизма», «создание напряженности».

Таким образом, гипотеза о том, что межличностное взаимодействие людей с алкогольной зависимостью обладает рядом особенностей, подтвердилась. Взаимодействие людей с алкогольной зависимостью между собой характеризуется наличием поддержки, открытым высказыванием мнений и предложений, а также положительной установкой в отношении деятельности и ее результата. В то время как взаимодействие людей с алкогольной зависимостью с испытуемыми без состояния зависимости характеризуется неприятием точек зрения друг друга, осуждением, а также безразличием к результату взаимодействия, а, следовательно, и к самому процессу. Взаимодействие зависимых и созависимых также имеет ряд особенностей: наблюдается высокая заинтересованность обеих сторон в результате деятельности при диаметрально противоположных стратегиях решения экспериментальных задач, используемые стратегии локализируются в области негативных эмоций.

Полученные результаты мы соотносим с категориями субъекта и объекта отношений (Запесоцкая И.В., 2011). Зависимость традиционно относится к субъект-объектным (S-O) отношениям (личность – предмет зависимости). Взаимодействие зависимых людей между собой будет строиться по схеме S-O-O-S отношений. В таких отношениях объект (предмет зависимости, алкоголь) выступает как формирующий и опосредующий взаимодействие фактор. Наличие точки соприкосновения положительно влияет на характер взаимодействия в системе зависимый-зависимый. В таких отношениях, что и было доказано в нашем исследовании, есть место поддержке, самораскрытию, принятию. Что касается системы зависимый-независимый, то в процессе такого взаимодействия зависимый человек, привыкший строить отношения через объект зависимости, сталкивается с невозможностью установить контакт, так как встречает независимого человека, для которого наличие объекта в межличностных отношениях является чуждым. Взаимодействие в таком случае носит конфликтный характер, что выражается в неприятии и осуждении позиций друг друга (что также совпадает с результатами исследования). Характер S-S отношений (независимый-независимый) достаточно описан в литературе и отличается установкой на понимание другого, толерантностью к противоположным мнениям, открытостью, сопереживанием, готовностью оказать помощь, самостоятельностью.

Исследование диадного взаимодействия с близкими было дополнено исследованием отношения к межличностному взаимодействию с помощью теста Лири (Бодалев А.А., Деркач А.А., Лаптев Л.Г., 2002). В исследовательскую схему была введена группа испытуемых-родственников без состояния зависимости (10 мужчин в возрасте 20-55 лет и 10 женщин – жены – 20-50 лет). Для испытуемых с состоянием зависимости характерна выраженность эгоистичного и агрессивного отношения (значимость различий при $p \leq 0,01$) в сравнении с группой родственников и группой без зависимости.

Для близких родственников зависимых характерна значительная выраженность таких параметров отношений, как «подчинение» и «подозрительность» (значимость различий при $p \leq 0,01$), в сравнении с группой зависимых и группой родственников без состояния зависимости.

Данное исследование экспериментально иллюстрирует важный аспект, связанный с лечением и реабилитацией лиц с алкогольной зависимостью. Процесс лечения, психотерапии, реабилитации всегда связан со взаимодействием людей с алкогольной зависимостью с врачами, психотерапевтами, психологами, социальными работниками, не имеющими алкогольной зависимости. Результаты исследования свидетельствуют о нарушенном характере данных отношений, и в то же время указывают на способы их оптимизации. Психотерапия и сопровождение лечения алкогольной зависимости должны включать в себя: принятие личности человека с алкогольной зависимостью; самораскрытие и эмоциональную вовлеченность участников лечебного взаимодействия. Не менее важное значение имеют выводы, дополняющие наши представления о семейных отношениях при состоянии зависимости. Можно заметить, что типы межличностных отношений «взаимодополняют» друг друга: эгоистичности и агрессивности зависимых соответствует подчиненность и подозрительность их близких. Таким образом, близкие, находящиеся в состоянии созависимости, также должны быть включены в психокоррекционную работу при состоянии зависимости.

Литература

1. Бодалев А.А. Рабочая книга практического психолога. Пособие для специалистов, работающих с персоналом / Под ред., А. А. Деркача, Л. Г. Лаптева. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 640 с.
2. Гозман Л.Я. Психология эмоциональных отношений: монография / Л.Я. Гозман. — М.: Издательство Московского университета, 1987. — 177 с.
3. Запесоцкая И.В. Критерии деформации субъектности в состоянии алкогольной зависимости / И.В. Запесоцкая // Вестник Вятского государственного университета. 2011. — Т3(3). С. 149 – 153.
4. Обозов Н.Н. Межличностные отношения / Н.Н. Обозов. — Л. : Изд-во Ленингр. универ., 1979. — 150 с.
5. Чернышев А.С. Аппаратурные методики психологической диагностики группы в совместной деятельности / А.С. Чернышев, С.В. Сарычев, Ю.А. Лунев. — М., 2005.

БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ОСОБАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Земзюлина И.Н., Дремина Т.Ф.

В настоящее время достаточно много исследований посвящено изучению первой беременности. Актуальность нашего исследования заключается в том, что мы исследуем переживание беременности, как особой жизненной ситуации, в контексте жизненного пути личности у женщин, ожидающих второго ребенка, а также влияние контекста жизненного пути на обретение новой идентичности и трансформацию Я-концепции личности беременной женщины, имеющей опыт материнства.

В нашем исследовании беременность рассматривается как особая жизненная ситуация. Переживание беременности, включающее в себя смысловой и эмоциональный компоненты, определяя смысл беременности, оказывает влияние на тип готовности к материнству, который является критерием принятия роли матери. А принятие или непринятие роли матери определяет особенности трансформации Я-концепции беременной женщины.

Событийно-биографический подход подчеркивает уникальность, неповторимость жизненного пути каждого человека. В отечественной психологии эти вопросы рассматриваются в рамках направления исследования жизненного пути личности, разработанного С.Л. Рубинштейном, определявшим жизненное событие как поворотный этап в психологии жизненного пути, когда принимаются важные решения на длительный период. Проблема взаимодействия внутреннего мира личности с внешними обстоятельствами рассматривается Б.Г. Ананьевым, К.А. Абульхановой-Славской, Н.В. Логиновой и др. Понятие «жизненное событие» широко освещается в общей психологии и психологии личности; однако такому жизненному событию, как беременность и рождение ребенка, до сих пор не было уделено достаточно внимания. Беременность для женщины является особой, сложной жизненной ситуацией, когда происходит изменение ранее сформировавшегося уклада жизни. Первая беременность является особенно стрессовой, так как означает окончание независимого существования и начало материнско-детских отношений. Теперь психический гомеостаз матери становится связанным с запросами зависимого от неё ребёнка. В связи с этим Г.Г. Филиппова считает, что первая беременность является критической точкой в развитии женской идентичности, переход которой способствует внутренней и внешней интегрированности и обретению нового социального статуса. Кроме того, беременность, по мнению автора, это важнейший этап в становлении материнской привязанности к ребёнку [2].

Поэтому беременность можно считать критическим периодом в жизни женщины. Её можно считать критической точкой в развитии женской идентичности. На наш взгляд, ожидание второго ребенка также является особой жизненной ситуацией, несмотря на уже имеющийся опыт материнства, поскольку появление второго ребенка в семье ставит новые жизненные задачи, требует их решения и запускает новые процессы

адаптации к новым условиям существования, что влияет на трансформацию Я-концепции.

Изменения, происходящие с женщиной в связи с беременностью, влияют на психологическую обстановку и характер взаимоотношений в супружеской паре и с окружением в целом. В свою очередь, семейная ситуация обуславливает психоэмоциональное состояние будущей матери и, соответственно, оказывает влияние на особенности взаимодействия матери с ещё не родившимся ребенком.

В период беременности происходит переоценка ценностей и смысложизненных приоритетов, переориентация в плане выполняемых социальных ролей и взаимоотношений с другими людьми. Осознание и принятие факта беременности является отправной точкой для развития творческой адаптации к новой жизненной ситуации. Если женщина не принимает свое новое состояние, это может вызвать у нее ряд болезненных переживаний (появление страхов, тревог и опасений) [3].

О.С. Васильева и Е.В. Могилевская определяют беременность как экзистенциальную ситуацию, затрагивающую все жизненные основания женщины, обуславливающую глубокие изменения самосознания, отношения к другим и миру, считают ее «жизненным событием», соблюдающим условия для личностных изменений и перестройки субъекта этого события (С.С. Бубнова, 1999). Авторы также разделяют мнение о том, что беременность – это нормальный кризис, характеризующийся сменой социальной ситуации развития, когда происходят изменения не только на телесном (физиологическом) уровне, но и изменение семейного и профессионального статуса, эскиза будущего, перспективы и смены ролей, изменением круга лиц, включенных во взаимодействие, изменением всего спектра решаемых проблем и возможностей, образа жизни в целом, кризис, в результате которого происходят очень существенные изменения образа «Я», потеря старой и обретение новой идентичности, перестройка личностных смыслов [1].

В современной психологии личности беременность рассматривается как 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 автором как острый переходящий период, сопровождающийся кризисными переживаниями, которые существенно перестраивают сознание женщины и взаимоотношения с миром.

Таким образом, беременность можно рассматривать как событие внутренней жизни женщины, которое входит в контекст жизненного пути и сопровождается особыми эмоциональными и смысловыми переживаниями, что существенно меняет дальнейшую жизнь женщины, и влияет на принятие новой социальной роли – роли матери, критерием которой выступает готовность к материнству.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что у женщин, ожидающих второго ребенка эмоциональное переживание момента идентификации беременности, а именно преимущественный фон настроения, переживание шевелений плода строится на основе уже имеющегося опыта первой беременности, и соответственно происходит более осознанно. А у женщин, ожидающих первого ребенка, идентификация беременности тревожная, сопровождающаяся страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются.

В результате чего у женщин, ожидающих первого ребенка, трансформация структуры Я-концепции выражается в обретении новой идентичности, которая, в свою очередь, характеризуется принятием новой социальной роли – роли матери. Вследствие того, что женщина, ожидающая второго ребенка, имеет опыт материнства в контексте жизненного пути, трансформация Я-концепции будет иметь свои особенности. У женщин, ожидающих второго ребенка, процесс принятия новой социальной роли – роли матери – протекает на основе уже имеющегося опыта, что характеризуется более успешной адаптацией к ситуации беременности, а также обеспечению наиболее благоприятных условий протекания беременности. На основе этого дополнения происходит изменение смысловых и эмоциональных компонентов переживания беременности, в результате чего и происходит трансформация структуры Я-концепции.

Литература

1. Васильева О.С., Могилевская Г.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект. // Психол. журн. 2001. Т.22. №1 – С. 32 – 39.
2. Филиппова. Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. // Вопр. психол. 2001. №2 – С. 22 – 37.
3. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. –М.: 2002.

ПРИНЯТИЕ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ В КОНТЕКСТЕ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ

Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Процесс принятия новой социальной роли – роли матери – представляет собой особый период в развитии материнской сферы личности, который характеризуется появлением реального ролевого поведения, согласованием родительских установок женщины, её представлений о себе как о матери, социальных ожиданий окружающих, перестройкой ролевого поведения личности, появлением и актуализацией потребности в материнстве,

перестройкой личностных смыслов. Критерием принятия социальной роли матери является выраженная готовность к материнству, которая представляет собой субъект-субъектное взаимодействие с будущим ребёнком [1, 2, 4].

Основным предположением в нашем исследовании явилось то, что на принятие новой социальной роли – роли матери – результирующее влияние оказывает переживание беременности в контексте жизненного пути личности.

Мы проанализировали две крайние позиции формирования новой социальной роли – роли матери, критерием которой является готовность к материнству, и провели сравнительный анализ данных противоположных позиций. Данные позиции отражают связь принятия роли матери и переживания беременности в контексте жизненного пути личности [2].

Нами было сформировано две группы испытуемых, одна из которых характеризуется благополучным принятием новой социальной роли – роли матери, а во второй отмечаются противоречия и конфликты в принятии материнской роли.

В первую группу вошли беременные женщины в возрасте 28-32 года, находящиеся на втором триместре беременности, которые характеризуются абсолютным принятием роли матери, критерием чего является сформированный адекватный тип готовности к материнству. Во вторую группу вошли беременные женщины в возрасте 22 – 27 лет, находящиеся на первом триместре беременности, которые характеризуются противоречиями в принятии роли матери, критерием чего выступает преобладание игнорирующего и тревожного типов готовности к материнству.

Группа беременных женщин в возрасте 28 – 32 года, находящиеся на втором триместре беременности, характеризуется преобладанием адекватного типа готовности к материнству, т.е. имеет место благополучное эмоциональное состояние; первое шевеление ощущается в 16 – 20 недель и переживается положительно-эмоционально и приятно по соматическому ощущению, отмечается абсолютное отсутствие испытуемых с игнорирующим типом готовности к материнству, период беременности сопровождается благополучным эмоциональным переживанием женщины по поводу протекания процесса беременности, имеет место преобладающая активность беременных женщин, направленная на ребёнка, что свидетельствует о сформированной социальной роли – роли матери.

Эмоциональный компонент переживания беременности представлен снижением уровня тревожного состояния и страхов относительно благополучного протекания беременности и материнства в целом. Всё это объясняет повышение уровня адекватного типа готовности к материнству, что говорит о сформированной готовности к материнству. Имеет место ориентация на будущие события, которые связаны с рождением и воспитанием будущего ребёнка. В настоящий момент имеет место концентрация на своих мыслях и переживаниях, которые отражают опасения за благополучный исход периода беременности и родов. Отмечается наличие целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и

временную перспективу. Беременные женщины данной группы ориентированы на события будущего, т.е. будущее оценивается положительно и связано с типом переживания материнства, что подтверждается преобладанием адекватного типа переживания беременности и абсолютным отсутствием женщин в данной группе с игнорирующим типом переживания.

Контекст жизненного пути в данной группе представлен процессами, которые происходят в собственной семье беременной женщины, а также событиями, связанными с учёбой – получение образования, свадьба, ожидание первого ребёнка, позитивный опыт взаимодействия с собственной матерью.

Группа беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом триместре беременности характеризуется преобладанием игнорирующего типа готовности к материнству, что характеризует данную группу неприятием данного состояния – состояния беременности, отсутствием желаниа создавать условия для развития будущего ребёнка и пр. С одной стороны, имеет место хорошая выраженность соматических ощущений, снижение тревоги и беспокойства по поводу протекания беременности, что характеризует адекватный тип готовности к материнству, но, с другой стороны, наличие тревожного состояния, связанного с болезненными состояниями и беспокойством по поводу благополучного течения беременности, что представляет собой тревожный тип готовности к материнству, что свидетельствует о несформированной социальной роли – роли матери.

Смысловой компонент переживания беременности представлен следующим образом. Группа нормородящих характеризуется тем, что женщинам присуще жить сегодняшним или вчерашним днём. Прожитый отрезок пути оценивается как негативный, имеет место неудовлетворённость прошлым. Они не строят планы на будущее, т.к. убеждены, что жизнь человека не подвластна сознательному контролю. Группа беременных женщин, находящихся на первом триместре беременности ориентированы на события прошлого, которые, в свою очередь, и определяют настоящее состояние женщины, т.е. тип переживания материнства. Наличие игнорирующего типа готовности к материнству определяет ориентацию на прошлое. Смысловая сфера не наполнена жизненными событиями, что выражается в стремлении жить сегодняшним или вчерашним днём, прожитый отрезок пути оценивается как негативный, имеет место неудовлетворённость прошлым. Испытуемые склонны к осмыслению событий прошлого, которые определяют настоящее состояние – состояние беременности.

Эмоциональный компонент переживания беременности у женщин данной группы характеризуется высоким уровнем тревоги и страхов. Ситуация беременности оценивается как мучительная и безвыходная, бедственная и крайне неудобная. Имеет место наличие напряжения, которое связано с настойчивостью по отношению к тем изменениям в жизни, которые

продиктованы актуальной ситуацией. Данный выбор также свидетельствует о желании сохранять своё здоровье в ситуации беременности.

Контекст жизненного пути представлен проблемами родительской семьи, собственной семьи и событиями, связанными с учёбой – разводы родителей, удочерение, смерть родителей, расставания с собственным мужем, трудности в обучении, изменение социальных условий, связанных с беременностью.

Таким образом, формирование игнорирующего типа готовности к материнству связано с наличием в контексте жизненного пути событий, связанных с проблемами в родительской семье, а также противоречиями в освоении новой социальной роли. Отсутствие, в свою очередь, таких событий в родительской семье, как разводы, удочерения, смерть близкого человека, а также наличие позитивного примера материнско-детских отношений, способствует формированию адекватного типа готовности к материнству и благополучным осуществлением материнской роли.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для ВУЗов – М.: Аспект Пресс, 2007. – 363 с.
2. 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.;
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла – М.: Смысл, 2003. – 487 с.
4. Подобина О.Б. Принятие роли матери: трудности и совладание // Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними: Уч. Пособие/ Т.Л.Крюкова, М.В.Сапоровская, Е.В.Куфтяк: РЦОИ «Эксперт-ЕГЭ», 2004. – с. 137 – 152.
5. Филиппова Г.Г. Психология материнства – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002. – 240 с.

ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Золотухина Ю. В.

Центр психофизиологической диагностики Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД России по Курской области», г. Курск

Актуальность работы продиктована необходимостью реализации комплексного системного подхода при решении задач сохранения и укрепления психического и физического здоровья действующих сотрудников ОВД. Поскольку современные взгляды на организацию эффективного процесса реабилитации предполагают необходимость

проведения мероприятий по медико-психологической реабилитации в отношении всех сотрудников ОВД, выполнявших служебные задачи в особых условиях [4, с.15], то разработка таких профилактических программ становится одним из приоритетных направлений реализации медико-психологического обеспечения в системе МВД.

Программа социально-психологического сопровождения базировалась на том убеждении, что социально-психологические установки профессионального взаимодействия сотрудников правоохранительных органов представляют собой системное образование, что, в свою очередь, подразумевало системный характер психокоррекционного воздействия и оценки его эффективности.

Программа социально-психологического сопровождения сотрудников правоохранительных органов осуществлялась на базе реабилитационного отделения ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Курской области». Апробация проводилась с участием двух групп сотрудников внутренних дел. Первая группа в количестве 15 человек проходила реабилитационные мероприятия в срок с 18.02.2013г. по 28.02.2013г. Вторая группа в количестве 16 человек проходила реабилитационные мероприятия в срок с 11.03.2013г. по 21.03.2013г.

Формирование выборки осуществлялось по следующим социально-демографическим критериям: пол (в исследовании принимали участие только мужчины), возраст (все испытуемые в возрасте от 23 до 46 лет), образовательный уровень (все испытуемые имели высшее образование), профессиональная деятельность (сотрудники правоохранительных органов).

Организация исследования осуществлялась согласно экспериментальному плану для одного испытуемого (Дружинин В.Н.) [1]. Выбор данного экспериментального плана обусловлен эквивалентностью участников исследования по половым, возрастным, профессиональным и образовательным параметрам между собой и по отношению к составу генеральной совокупности.

Реализация программы социально-психологического сопровождения сотрудников правоохранительных органов осуществлялась на трех этапах.

1. Этап: диагностический
2. Этап: коррекционный.
3. Этап: постдиагностический, который реализовался на двух временных уровнях: 1 уровень – сразу после завершения коррекционного этапа программы социально-психологического сопровождения; 2 уровень – спустя шесть месяцев после психокоррекционного воздействия.

По результатам осуществленного психокоррекционного воздействия, критериально-диагностическая оценка осуществлялась в двух направлениях. В первую очередь, был осуществлен анализ изменения качества и структуры целевого феномена воздействия, представленного социально-психологическими и временными установками. Другое направление отражало изменение показателя жизнестойкости, как способности к

эффективному преодолению стрессовых ситуаций, а также степень личностной диссоциации.

Исследование характера и степени психокоррекционного воздействия на структурные компоненты социально-психологических установок сотрудников правоохранительных органов осуществлялось при помощи психодиагностической методики «Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» (Потемкина О.Ф.) [3]. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты оценки значимости различий показателей социально-психологических установок сотрудников правоохранительных органов до и после психокоррекционного воздействия (критерий Т-Вилкоксона, $p\text{-level}<0,01$)

Показатель	Valid	T	Z	p-level
Альтруизм & Альтруизм после	31	0,000	3,723	0,000196
Эгоизм & Эгоизм после	31	0,000	3,295	0,000982
Процесс & Процесс после	31	0,000	3,179	0,001474
Результат & Результат после	31	0,000	2,934	0,003346
Власть & Власть после	31	0,000	2,803	0,005062
Труд & Труд после	31	4,500	3,152	0,001621
Деньги & Деньги после	31	19,000	2,896	0,003779

Выявлена тенденция усиления выраженности показателя «альтруизм» ($x_{cp1}=3,16$; $x_{cp2}=4,90$; $x_{cp3}=5,00$) и тенденция снижения выраженности показателя «эгоизм» ($x_{cp1}=4,54$; $x_{cp2}=3,03$; $x_{cp3}=3,22$). Статистическая значимость изменений выраженности обоих показателей обнаружена при сравнении результатов диагностического и постдиагностического этапов ($p\text{-level}_{альтр.}=0,000196$, $p\text{-level}_{эгоизм.}=0,000982$)

Оценка эффективности психокоррекционного воздействия на временные параметры социально-психологических установок осуществлялось при помощи психодиагностических методик «Шкала временных установок» (Ж.Нюттен) [5,13], и «Опросник временной перспективы» (Ф.Зимбардо) [10,12].

Выявлена тенденция увеличения показателя «настоящее» ($x_{cp1}=57,12$; $x_{cp2}=58,48$; $x_{cp3}=58,41$) Статистическая значимость изменений выявлена при сравнении результатов диагностического и постдиагностического этапов ($p\text{-level}_{наст.}=0,001887$), (см. таб. 2).

Таблица 2.

Результаты оценки значимости различий выраженности показателя ориентации на настоящее до и после психокоррекционного воздействия (критерий Т-Вилкоксона, $p\text{-level}<0,01$).

Показатель	Valid	T	Z	p-level
Настоящее & Настоящее после	31	3,000	3,107	0,001887

По результатам методики «Шкала диссоциации (DES)» (адаптация Н. В. Тарабриной) [11], выявлено снижение показателя «диссоциация» ($x_{cp1}=85,58$; $x_{cp2}=81,16$; $x_{cp3}=76,29$). Статистически значимые различия выраженности показателя «диссоциация» до психокоррекционного воздействия и после его окончания $p\text{-level}=0,002032$; после психокоррекционного воздействия и спустя шесть месяцев после его завершения $p\text{-level}=0,000001$, (см. таб. 3).

Таблица 3.

Результаты оценки значимости различий выраженности показателя «диссоциация» («Шкала диссоциации (DES)» (адаптация Н. В. Тарабриной) до и после психокоррекционного воздействия (критерий Т-Вилкоксона, $p\text{-level}<0,01$).

Показатель	Valid	T	Z	p-level
Диссоциация & Диссоциация после	31	67,500	3,085	0,002032
Диссоциация после & Диссоциация спустя 6 месяцев	31	0,000	4,859	0,000001

По результатам методики «Тест жизнестойкости» (С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева) [2], выраженность показателя «жизнестойкость» статистическая значимо возросла спустя шесть месяцев после завершения психокоррекционного воздействия ($x_{cp1}=94,64$; $x_{cp2}=95,06$; $x_{cp3}=100,25$), статистическая значимость изменений, $p\text{-level}=0,000003$, (см. таб. 4).

Таблица 4.

Результаты оценки значимости различий выраженности показателя «жизнестойкость» («Тест жизнестойкости» (С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева) до и после психокоррекционного воздействия (критерий Т-Вилкоксона, $p\text{-level}<0,01$).

Показатель	Valid	T	Z	p-level
Жизнестойкость после & Жизнестойкость спустя 6 месяцев	31	67,500	3,085	0,002032

Таким образом, в результате критериально-диагностической оценки эффективности психокоррекционного воздействия программы психологического сопровождения получено:

1. На уровне содержания социально-психологических установок – тенденция изменения соотношения ориентаций альтруистической и эгоистической направленности взаимодействия (увеличение выраженности альтруизма и снижение выраженности эгоизма); тенденция изменения соотношения ориентаций на труд и деньги (смещение соотношения ориентаций к уравниванию); тенденция изменения соотношения ориентаций на процесс и результат (увеличение выраженности показателя ориентации на результат и снижение выраженности ориентации на процесс); тенденция изменения соотношения ориентаций на власть и свободу

(статистически подтвержденное увеличение выраженности ориентации на власть при статистически неподтвержденном изменении уровня показателя ориентации на свободу).

2. На уровне временных параметров социально-психологических установок – тенденция изменения соотношения ориентаций на негативное прошлое и положительное прошлое (снижение показателя ориентации на негативное прошлое и увеличение показателя ориентации на положительное прошлое); увеличение показателя ориентации на настоящее; увеличение показателя трансцендентное будущее.

3. На уровне регулятивного компонента социально-психологических установок – тенденция к увеличению показателя внутреннего локуса контроля в процессе взаимодействия.

4. На уровне качеств межличностного взаимодействия – тенденция увеличения показателей поведенческих стратегий, ориентированных на авторитарность, проявление альтруизма, снижение агрессивности и подозрительности;

5. Увеличение показателей жизнестойкости, осмысленности жизни, а также снижение показателя диссоциации.

6. В отношении задач изменения соотношения социально-психологических установок достигнута тенденция к преобладанию альтруистической направленности взаимодействия над эгоистической направленностью, тенденция к оптимизации соотношения ориентаций на труд и деньги, тенденция к преобладанию ориентации на власть над ориентацией на свободу, тенденция преобладания положительной оценки прошлого над негативной оценкой прошлого.

7. В отношении задач усиления выраженности показателей достигнуто увеличение выраженности ориентации на настоящее, усиление внутреннего локуса контроля.

8. В отношении критериальных показателей продуктивных изменений социально-психологических установок достигнуто повышение уровня жизнестойкости, снижение уровня личностной диссоциации, повышение уровня осмысленности, а также снижение агрессивности, подозрительности, как качественных характеристик межличностного взаимодействия.

Литература

1. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология, - Спб.: Питер, 2008.
2. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с. 105.
3. Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере О.Ф. Потемкиной // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Ред. и сост. Райгородский Д.Я. – Самара, 2001. 100.
4. Мягих Н. И., Шутко Г. В. Организация медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, принимающих участие в выполнении оперативно-

- служебных, служебно-боевых и иных задач, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью. Методические рекомендации. М., 2012, с. 104.
5. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. - М.:Смысл, 2004. – 608с.
 6. Обозов, Н.Н. Психология малых групп и коллективов. //Социальная психология: История. Теория. Эмпирические исследования. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1979. – 121-174 с.
 7. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии/ Е.В. Сидоренко. – М.:Речь, 2003. – 395с.
 8. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. - СПб.: Речь, 2005. – 624с.
 9. Столяренко А.М. Юридическая педагогика и практика органов МВД // Труды Академии управления МВД России, №1, 2006.
 10. Сырцова А., Соколова Е. В., Митина О.В. Методика Ф. Зимбардо по временной перспективе // Психологическая диагностика. 2007. №1.
 11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.:Питер, 2001. – 240с.
 12. Zimbardo P. G., Boyd G. N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual different // J. of Pers. and Soc. Psychol. 1999. v. 77. №6. P. 1271-1288.
 13. Nutten J. Future time perspective and motivation. Leuven: Leuven University Press; Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1985.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Кожина А.М., Зеленская Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Психическое здоровье и психическое благополучие являются важнейшими составляющими высокого уровня качества жизни, позволяющими человеку считать свою жизнь полноценной, быть активными и творческими членами общества.

Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты.

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования целью которого явилась оптимизация психотерапевтических подходов к

коррекции непсихотических депрессивных расстройств сопровождающихся суицидальным поведением у лиц молодого возраста.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных обоего пола возрасте 17 – 35 лет, совершивших суицидальную попытку и находящихся на обследовании и лечении в психиатрических отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 с диагнозами: смешанное тревожно-депрессивное расстройство F41.2 (29,5% обследованных), острая реакция на стресс F43.0 (33,4%), кратковременная депрессивная реакция F43.20 (20,5%) и пролонгированная депрессивная реакция F43.21 (16,6%).

Обследованные пациенты не имели психических заболеваний в анамнезе и ранее у психиатра не наблюдались, а психопатологические реакции в период совершения суицида носили характер преходящих ситуационных расстройств и депрессивных реакций.

Полученные в ходе анализа клинико–анамнестического исследования данные, позволили нам выделить основные психотравмирующие ситуации приводящие к развитию суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс у лиц молодого возраста.

I. Ситуации кратковременные, но резко затрагивающие личность в силу индивидуальной значимости травмирующих воздействий.

1. Ситуации утраты (29,2% женщин и 34,3% мужчин): ссоры с близким другом или супругом отмечавшиеся у 68,3% обследованных женщин и 64,5% мужчин; внезапное разочарование в уважаемом человеке (45,6% и 32,1% соответственно); серьезные финансовые затруднения, неожиданный имущественный крах (59,2% женщин и 64,3% мужчин).

2. Ситуации, внезапно нарушающие основные направленности личности: нарушение жизненных целей и планов (35,6% женщин и 26,2 % мужчин); крах карьеры (9,3% женщин и 14,4% мужчин); внезапная утрата средств достижения заветной цели (9,6% и 5,3 % соответственно); внезапно вскрывшиеся серьезные ошибки своего жизненного пути, приведшие к раскаянию значимы для 45,2% обследованных женщин и 31,2% мужчин; вынужденная резкая смена жизненного стереотипа (6,9% женщин и 5,2 % мужчин).

3. Ситуации внезапного травмирующего воздействия, затрагивающие особо ранимые стороны личности: констатация у себя каких-либо физических дефектов, оцениваемых как уродство (25,6% женщин и 9,2 % мужчин); констатация у себя каких-либо недостатков в характере, составляющих постоянный источник недовольства собой (38,3% женщин и 19,1 % мужчин).

II. Ситуации сильных, продолжительно существующих травмирующих воздействий.

1. Конфликты в сфере общественных отношений, проявляющиеся противоречиями общественных и личных интересов (24,6% женщин и 18,4% мужчин), конфликтные отношения сослуживцев (конфликты субординации, конкуренции) (5,6% и 6,2% соответственно).

2. Конфликты семейных отношений, чаще всего характеризующиеся столкновением различных ценностных установок членов семьи (противоречия старшего и младшего поколений, интересов родителей и молодых супругов, ссоры братьев или сестер) - 58,3% обследованных женщин и 64,2%. Несомненным фактором риска развития аутодеструктивного поведения является жестокое обращение с суицидентами в семье (52,8% и 46,1% соответственно).

3. Конфликты сексуальных взаимоотношений, личностные переживания связанные с мотивированным подавлении чувства любви в силу социальных и моральных требований, переживания, связанные с неразделенной любовью (46,2% женщин и 3,4 % мужчин).

III. Ситуации слабых, но продолжительно действующих травмирующих воздействий.

1. Ситуации длительного психического напряжения: неотрегулированный темп работы и жизни, требующий постоянного переключения в неожиданных направлениях (12,3% женщин и 7,9% мужчин); ситуации необходимости постоянно сдерживать себя в условиях недружелюбных семейных или служебных отношений, когда уже момент включения в ситуацию переживается с ожиданием очередных неприятностей (9,3% женщин и 8,4% мужчин); ситуации повышенной ответственности (3,2% женщин и 3,1 % мужчин).

2. Ситуации неудовлетворенных стремлений: вынужденное пребывание на работе, не удовлетворяющей основных интересов личности, невозможность заниматься любимым делом (7,5% женщин и 6,4 % мужчин).

У 21,4% обследованных больных отмечалось сочетание нескольких психотравмирующих ситуаций.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери-Айсберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3% случаев, неврастенический 38,9% и тревожно-тоскливый в 16,8% случаев.

Базируясь на полученных в ходе работы данных нами разработана патогенетически обоснованная система коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ, в сочетании с медикаментозной коррекцией.

По нашему мнению необходимым является применение комплексных психокоррекционных программ, предусматривающих поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от индивидуальных особенностей больных и содержательной части психотерапии. При этом задачи содержательной части должны включать принцип взаимного потенцирования, не зависимо от применения методов психотерапии. В состав вышеуказанных программ входят следующие психотерапевтические методики.

Рациональная психотерапия (классический вариант Дюбуа), прежде всего, направленная на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск невротической реакции, на активацию позитивных особенностей личности, коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений.

Рациональная (разъясняющая) психотерапия - логическое воздействие на психику пациента, ставящее задачу изменить неправильные представления о ситуации болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой психотерапии: выработка вместе с пациентом соответствующих ситуаций жизненных установок, используя при этом логическое убеждение и лечебное перевоспитание. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение больного к своему состоянию. Для этого необходимо уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания.

Патогенетическая поведенческая групповая психотерапия (Н.К.Липгарт, В.С.Подкорытов, В.И.Сухоруков, 1979), направленная на повышение способности адекватно реагировать на проблемные ситуации и принимать конструктивные решения.

Поведенческая терапия, теоретической основой которой является учение об условно-рефлекторной деятельности, т.е. теория обучения. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подавления аутодеструктивных форм поведения. С этой целью выбирается оптимальная программа и организуется обстановка, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения.

Когнитивно - бихевиорально - аналитическая психотерапия по Д. Мак-Каллоу, направленная на выявления и исправления больным ошибочных умозаключений, приводящих к сниженному настроению и суицидальному поведению, осознание слабых сторон личности; личностных, когнитивных и эмоциональных форм проявления депрессивных реакций.

С целью активации психотерапевтического процесса, то есть активного участия больных в реализации психотерапевтической программы целесообразно введение аутогенной тренировки (мы использовали модификацию А.Т.Филатова, 1979). Аутогенная тренировка, должна быть направлена на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе, формирование компенсаторных механизмов, а также релаксации.

Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой системы психотерапевтических мероприятий. Так у 83,8% больных повторных суицидальных попыток не отмечалось, 16,2% прошли повторные курсы комплекса терапевтических мероприятий в связи с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами, при этом у данной категории больных суицидального поведения не отмечалось, а в клинической картине доминировала астеническая и тревожно-депрессивная симптоматика.

АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Г.Ю. Козловская

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

Значимость здоровья в жизни человека предопределила множество подходов к его осмыслению, среди которых можно выделить целое направление исследований, связанных с анализом индивидуальных стратегий отношения к своему здоровью. Понятие «отношение к здоровью» как предмет исследования впервые появилось в научной литературе в 1980 г. в публикациях Д.Н. Лоранского, С.В. Бастыргина, Л.В. Водогреевой и др. при описании исследования «Изучение мотивов гигиенического поведения и выявление типов отношения человека к здоровью». В исследовании И.В. Журавлевой показано, что на протяжении последних десятилетий феномен «отношение к здоровью» претерпел трансформацию, связанную с ростом инструментальной ценности здоровья как ресурса для достижения других жизненных благ [3]. Теоретическое осмысление феномена здоровья привело к изменению вектора исследований - от анализа атрибутов болезни и медицины к изучению здоровья здорового индивида и социально-культурных факторов формирования здоровья.

Отношение к здоровью - один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья. Поиск ответа на него сводится, в сущности, к одному: как добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека на всем протяжении его жизненного пути, как помочь людям сформировать адекватное отношение к своему здоровью. При этом точнее говорить о степени адекватности или неадекватности, так как в реальной жизни выделение диаметрально противоположных типов отношения к здоровью - адекватного и неадекватного - практически невозможно.

Если в научном знании здоровье выступает предметом эпистемологических стратегий, то в повседневной жизни каждого человека имеют место поведенческие стратегии отношения к своему здоровью. Любое отношение человека к своему здоровью является компонентом и показателем его медицинской культуры. В этом отношении проявляются как общая культура человека, так и особенности социальной принадлежности, профессии, образования, возраста. Стремление делегировать приоритет ответственности за свое здоровье внешним обстоятельством является устойчивой характеристикой массового сознания, которая сформировалась в

условиях патерналистского характера советского здравоохранения на протяжении последних десятилетий. В новых экономических обстоятельствах актуализировалась потребность увеличения личной ответственности индивида за свое здоровье. В настоящее время эта тенденция характерна в большей степени для молодых людей, лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности и хорошим здоровьем.

Отдельные авторы формулируют данный вопрос как проблему формирования ценностного отношения к здоровому образу жизни, а не к здоровью [6]. Как указывает Л.Н. Овчинникова, здоровый образ жизни это одновременно и терминальная (инициирует становление потребностей в здоровой жизни), и инструментальная ценность (служит средством сохранения здоровья). А подобная двойственность, по ее мнению, подтверждает возможность перехода ценностей-целей в ценности-средства и наоборот. На наш взгляд, более корректна позиция, заключающаяся в том, что формирование потребности в здоровом образе жизни происходит в процессе реализации ценностного отношения к здоровью [1]. Здоровый образ жизни - это проявление ценностного отношения к здоровью, инструмент достижения здоровья, и он не может рассматриваться как терминальная ценность. Поэтому следует вести речь о развитии ценностного отношения к здоровью.

Индивидуальные представления человека о своем психофизическом состоянии с определенными переживаниями отражается в различных формах его отношения к своему здоровью. В одних случаях это может быть адекватное отношение, в других - пренебрежение (неадекватное). Тем самым, различные типы отношения к здоровью определяют и различные типы поведения по отношению к собственному здоровью. В работах И.В. Журавлевой, В.А. Киселева, О.С. Шиловой исследуются основные поведенческие стратегии отношения к здоровью. Так, в основе изучения самосохранительного поведения лежит анализ ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в этой структуре. Важность роли самосохранительного поведения связана с распространением таких заболеваний как сердечнососудистые, органы дыхания, травмы, отравления и др. Самосохранительное поведение означает наличие или отсутствие вредных привычек; информированность о болезнях, рисках, ценности здоровья; степень активного поведения относительно здоровья. В.Н. Киселев отмечает, что понятие «самосохранительное поведение» содержит в себе положительный вектор поведения человека. Но известно, что среди граждан имеет место и противоположное поведение, обусловленное зависимостью от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др. Такое поведение трудно назвать «самосохранительным», оно в большей степени «саморазрушительное». И это два противоположных поведенческих типа отношения человека к своему здоровью.

Исходя из результатов социологических исследований В.А. Киселев показывает, что отношение граждан к своему здоровью структурировано, но здоровье как ценность не всегда выступает как самоценность. Отмечая, что

отношение человека к здоровью «встроено» в систему отношений человека к окружающему миру, в том числе к предметному миру, исследователь предлагает оригинальную теорию, согласно которой здоровье для человека обладает «вещной» ценностью – по аналогии с ценностными характеристиками предметов материального мира, и может рассматриваться как «здоровье-хищник», «здоровье - жертва» и «здоровье спутник» [5].

Люди, предпочитающие жить с риском, острыми ощущениями, жить, как им нравится, даже, если это вредит их здоровью, вполне укладываются в тип отношения «здоровье-жертва». Крайней формой проявления этого типа отношения выступают систематическое следование вредным привычкам, приводящее к патологическим зависимостям. К этому типу можно отнести и тех граждан, которые проявляют малую осведомленность, низкую активность относительно заботы о своем здоровье. Данная позиция иллюстрируется исследованиями Л.С. Шиловой и О.В.Полозовой, которые свидетельствуют, что декларированное отношение к здоровью («наибольшая ценность») не подтверждается реальным отношением к нему.

Тех, кто считает, что здоровье важно для них наряду с работой, отдыхом, учебой, развлечениями, В.А. Киселев относит к типу «здоровье-спутник». В определенной степени тех, кто считает здоровье самым главным в жизни и критерием выбора вида отдыха, работы, можно отнести к типу «здоровье-хищник». В самом деле, не может здоровье (тело) выступать единственным критерием в профессиональном и духовном развитии человека. В этом типе отношения здоровье, особенно внешний вид, может выступать знаком социального статуса, престижа (посещение солярия, фитнес и тренажер – залов, косметических салонов и пр.). Исключением здесь являются лишь представители тех профессий, которые требуют внимательного и постоянного ухода за внешним видом (макияж, осанка, одежда и пр.), например, телеведущие, манекенщицы и т. д.

Те опрошенные, которые считают, что «иногда» о здоровье можно забыть ради дополнительного заработка, демонстрируют инструментальный подход к здоровью. Их позиция, на наш взгляд, приближается, но полностью не совпадает с подходом «здоровье-спутник». Для них здоровье – не самоценность, но и не «жертва». Следует признать, что жесткой границы между этими стратегиями не существует. Тем не менее, они вполне «узнаваемы» и функционирующие.

В работах О.Ю. Камакиной, И.В. Журавлевой рассматриваются такие стратегии отношения к здоровью, как самосохранительная, рискованная. Самосохранительное поведение включает в себя комплекс поведенческих реакций, обусловленных этнокультурологическими особенностями региона, социальными, экономическими и политическими условиями среды проживания, сложившимися в данной местности образцами и стереотипами поведения, образом жизни индивида, а также нормами, интересами и ценностями общества в целом и конкретного индивида в отдельности [3,4]. Являясь частью социального поведения, ему присущи те же самые принципы и регуляторные механизмы. Во-первых, это влияние на поведение двойной

детерминации - по объекту (обусловленность условиями, ситуацией, различными "обстоятельствами") и субъекту (зависимость от интересов, ценностей, потребностей, установок) [2]. Во-вторых, самосохранительному поведению также свойственен иерархический принцип регуляции. Основным механизмом, детерминирующим самосохранительное поведение, являются ценностные ориентации, а приводят его в действие социальные нормы поведения [3].

Потребность в самосохранении заложена на генетическом уровне, но у человека она не ограничивается сохранением жизни и здоровья ради увеличения продолжительности жизни, а направлена на сохранение социального статуса и обеспечение адаптации в социальной среде.

Жизнь и здоровье используются как ресурс для выживания в социальной среде; и при возникновении угрозы потери определенного социального положения или нарушения социальных отношений к данному ресурсу начинают относиться слишком расточительно.

Некоторые авторы для конкретизации самосохранительного поведения, как деятельности, направленной на поддержание, достижение и приумножение здоровья, используют термин здравоохранительное поведение [4] или медицинская активность [5]. В отношении самосохранительного поведения можно выделить влияние на него существующих условий для поддержания здоровья, обеспечения здорового образа жизни и влияние на него, в зависимости от приоритетности целей и интересов, индивидуального стиля поведения. Похожие феномены, такие как рисковое и антирисковое поведение изучены А. В. Решетниковым, С. А. Ефименко [6].

Подробно анализируются отношение к здоровью и самосохранительное поведение в работах И. В. Журавлевой [3]. По ее мнению, в качестве интегральных показателей отношения к здоровью на уровне индивида являются: самооценка здоровья, имеющая временную и территориальную устойчивость; ценность здоровья, занимающая первые места в иерархии ценностей различных групп населения; удовлетворенность здоровьем, которая находится в тесной связи с удовлетворенностью жизнью; деятельность по заботе о здоровье, выражающаяся в соответствующих практиках.

Изучению привычек и отношения к здоровью среди молодежи посвящены работы Е.В. Веселовой (1992), О.С. Копиной (1990), И.В. Журавлевой (2002) и др.[3]. Все авторы пришли к выводу о сравнительно низком уровне заботы о здоровье и невысоком уровне знаний о нем у современной российской молодежи. В то же время, в ряде работ отмечается, 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. 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]

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности/неадекватности отношения к здоровью могут служить:

- на когнитивном уровне - степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и анти-риска, понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;

- на эмоциональном уровне - оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

- на мотивационно-поведенческом уровне - высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены;

- соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья.

Механизмы и условия актуализации ответственного отношения личности к определенным аспектам личностного и социального развития, в частности в отношении к здоровью, рассмотрены И.С. Дидук. Она считает, что основным механизмом актуализации ответственного отношения в социальной ситуации является:

- осознание и принятие в соответствии с системой нравственных ценностей интересов своих собственных и других людей, вовлеченных в ответственную ситуацию, и совершение нравственного выбора;

- актуализация собственной самодостаточности, автономности, подкрепленной позитивным самоотношением;

- осознание собственной компетентности как достаточной для решения актуальной задачи [2].

Литература

1. Белинская Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза. Автореф. дисс. ... к.психол.н.- Калуга, 2005
2. Дидук И.А. Воспитание ответственного отношения младших подростков к здоровью как общественной ценности. – Автореф...к.пед.н. – Смоленск, 2007 – 21 с.
3. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М. 2006.
4. Камакина О.Ю. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей. Автореф. дисс. ... к.психол.н.- Ярославль, 2010.
5. Киселев В.А. Стратегии отношения к здоровью //Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения: проблемы профессиональной деятельности и инновации в подготовке кадров. – Екатеринбург, УГМА, 2009. С. 125 – 133.

6. Овчинникова Л.Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога: Дис. ... канд. пед. н.- Екатеринбург, 2003.- 194 с.
7. Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М., 2008.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО И НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Струкова А.А., Епихина А.А.,

Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблема механической желтухи продолжает оставаться одной из главных в современной медицине. Без надлежащего лечения болезнь быстро прогрессирует, что может привести к печеночной и почечной недостаточности. Боли, диспепсические расстройства, стеаторея, пигментация кожи и неподдающийся терапии кожный зуд, являющиеся проявлениями механической желтухи, значительно ухудшают качество жизни пациентов. Еще 25-30 лет назад хирургическое лечение было основным методом лечения больных, поступивших с синдромом механической желтухи. Однако, в настоящее время, оценивая тяжесть состояния больного и принимая во внимание наличие сопутствующих соматических патологий, наблюдается тенденция к использованию менее инвазивных методов. В настоящее время в 85-90% случаев лечение проводится с помощью эндоскопических методов, и лишь в 10-15% с помощью традиционного хирургического вмешательства. Можно предположить, что использование малоинвазивных методов лечения должно улучшать качество жизни пациентов. На качество жизни после операции влияет не только пол, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний, но и сама причина возникновения механической желтухи.

Целью данного исследования является оценка качества жизни пациентов после лечения механической желтухи различного (опухолевого и неопухолевого) генеза.

Был проведен анализ комплексного обследования 85 больных после малоинвазивного лечения механической желтухи на базе общехирургического отделения МУЗ ГKB СМП в 2008-2009 годах. Больные были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 55 больных, страдавших механической желтухой неопухолевого генеза. Во вторую группу вошли 30 пациентов с опухолями в сфере желчевыводящих путей.

Было выявлено, что большинство больных первой группы (33%) относилось к группе старческого возраста (77-79 лет), а второй группы (43%) – к группе пожилого возраста (60-69 лет). В обеих группах заболевание преобладали у женщин (табл. 1).

Таблица 1

Пол	Группа 1(n=55)	Группа 2(n=30)
Женский	35(64%)	18(60%)
Мужской	20(36%)	12(40%)

При клиническом исследовании больных обеих групп было выявлено наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии. На первом месте по частоте сопутствующих заболеваний стоит ишемическая болезнь сердца, на втором артериальная гипертензия, на третьем ишемическая болезнь сосудов головного мозга; сахарный диабет и постинфарктный кардиосклероз встречались в единичных случаях (табл. 2).

Таблица 2

Патология	Группа 1(n=55)		Группа 2(n=30)	
ИБС	55	100%	24	80%
Артериальная гипертензия	35	64%	17	57%
Ишемическая болезнь сосудов головного мозга	30	54%	15	50%
Сахарный диабет	8	14%	3	10%
Постинфарктный кардиосклероз	4	7%	1	3%

По причинам возникновения механической желтухи были получены следующие данные: среди больных механической желтухой неопухолевого генеза в 81% причиной являлась ЖКБ, а опухолевого – опухоли поджелудочной железы (67%).

В соответствии с международными рекомендациями была проведена оценка качества жизни больных контрольной и исследуемой групп. Оценка качества жизни была проведена после оперативного лечения всем пациентам с помощью опросника MOS SF-36. Опросник заполняли сами больные на основании своих собственных переживаний (табл. 3).

Таблица 3

№ п/п	Показатели SF36	Здоровая популяция, (%)	Группа 1, (%)	Группа 2, (%)	p
1	Физическое функционирование	96,0±1,7	45,2±7,8	34,1±5,9	<0,05
2	Ролевое функционирование	90,2±1,8	26,7±5,4	21,7±9,6	<0,05

3	Интенсивность боли	89,4±2,1	51±5,9	48,9±4,1	<0,05
4	Общее состояние здоровья	73,2±1,9	46,5±5,2	38,1±9,8	<0,05
5	Жизненная активность	60,2±2,8	28,3±4,7	17,7±4,7	<0,05
6	Социальное функционирование	84,2±3,2	57,5±2,9	52,6±4,8	<0,05
7	Эмоциональное состояние	62,4±1,2	24,5±6,5	13±4,1	<0,05
8	Психическое здоровье	61,1±1,7	42±10,3	39,3±13,5	<0,05
9	Физический компонент здоровья	87,3±1,9	42,3±1,9	35,9±1,4	<0,05
10	Психический компонент здоровья	67,0±2,1	38,6±2,1	30,7±1,7	<0,05

По результатам выяснилось снижение показателей качества жизни пациентов по всем критериям шкалы в обеих группах (табл. 4).

Таблица 4

№ п/п	Показатели SF36	Группа 1	Группа 2
1	Физическое функционирование	50,8%	61,9%
2	Рольное функционирование	63,5%	68,5%
3	Интенсивность боли	38,4%	40,5%
4	Общее состояние здоровья	26,7%	35,1%
5	Жизненная активность	31,9%	42,5%
6	Социальное функционирование	26,7%	31,6%
7	Эмоциональное состояние	19,1%	21,8%
8	Психическое здоровье	37,9%	49%
9	Физический компонент здоровья	17,9%	24,3%
10	Психический компонент здоровья	10,5%	18,4%

Качество жизни больных с механической желтухой неопухолевого этиологии снижено по сравнению с общей популяцией: физический компонент снижен на 17,9%, психический компонент на 10,5%; а опухолевой этиологии: физический компонент снижен на 24,3%, психический компонент – на 18,4%.

Таким образом качество жизни больных с механической желтухой опухолевой этиологии снижено по сравнению с группой больных, страдающих желтухой неопухолевого генеза: физический компонент снижен на 6,4%, психический компонент – на 7,9%.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что качество жизни больных с механической желтухой опухолевой этиологии имеет более низкие показатели по сравнению с неопухолевым генезом.

Литература

1. Ившин В.Г. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой/ В.Г. Ившин, О.Д. Лукечев – Тула, 2003.

2. Лищенко А.Н. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах ДПК: Тезисы Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии/ А.Н. Лищенко, Ю.И. Петров – М., 2001. - №2.
3. Медицинский журнал «Лечащий врач» 02/12; А. С. Воротынцев «Современные представления о диагностике и лечении желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита».
4. Медицинская газета №44, 2012 «Механическая желтуха: нерешенная проблема?» Альберт Хисамов.
5. Ярема Н.В. Некоторые аспекты эндоскопической диагностики и лечения больных механической желтухой неопухолевого генеза/ Н.В. Ярема, В.П. Шевченко// Эндоскоп, хир. – 1999. - №2.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коростий В.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Пациенты с психическими нарушениями тревожного и депрессивного регистров в первую очередь нуждаются в психотерапевтической коррекции эмоционального состояния. Однако данные исследований эффективности различных методов психотерапии при психосоматической патологии противоречивы, в части из них отмечаются существенные трудности в установлении терапевтического контакта, выборе методов и меньшая, чем у пациентов с невротической патологией, эффективность традиционных психотерапевтических подходов [1, 2,3, 4, 5, 6].

Многие исследования подтверждают эффективность когнитивной терапии при лечении депрессии, тревожных состояний и панических расстройств. Многие исследования даже указывают на то, что когнитивный подход более эффективен, нежели медикаментозное лечение. Dobson (1984) провел сравнительный обзор 28 контролируемых клинических исследований эффективности различных терапевтических подходов при лечении депрессии. Он установил, что состояние больных, получавших когнитивную терапию, в среднем было лучше по сравнению с 70% больных, получавших медикаментозное лечение. Также было установлено, что у больных, получавших когнитивную терапию, исход заболевания в среднем был более позитивным, чем у 67% больных, получавших бихевиоральную терапию. [7, 8, 9, 10].

Целью исследования было разработать и апробировать принципы дифференцированной, патогенетически обоснованной когнитивной психотерапии тревожных и депрессивных расстройств при психосоматических заболеваниях у молодых лиц на основе комплексного изучения клинико-психопатологических и психологических особенностей и

их патогенетической роли в развитии и течении психосоматических заболеваний.

Материал. В ходе работы в период с 2004 по 2009 годы обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями (528 больных с бронхиальной астмой, 299 – с язвенной болезнью, 129 – с артериальной гипертензией).

Методы исследования. Для решения поставленных задач использованы следующие методы: клинико-anamnestический; клинико-психопатологический с использованием шкал для стандартизованной оценки выраженности депрессии и тревоги, катамнестический.

Результаты и их обсуждение. При клиническом и психологическом обследовании у 87 % больных из всех нозологических групп установлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с психическими нарушениями – невротическими, невротоподобными и личностными расстройствами. Удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил - 43,5% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство), аффективных - 24,1% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), личностных - 19,7% (зависимое, истерическое расстройство личности), органических - 12,7% (органическое астеническое) расстройств. В депрессивном состоянии, по сравнению с контрольной группой, демонстрируют более негативное содержание мыслей, безнадежность и более выраженные депрессогенные схемы. Процесс переработки информации у таких больных более искажен, а их поведение соответствует общему негативному настроению. У больных с тревожными расстройствами отмечаются мысли и мысленные образы, наполненные ощущениями собственной незащитности, неадекватности, потери самоконтроля, собственной ущербности в глазах общества, болезни, физическом вреде и смерти. При панических расстройствах больные, как правило, подвержены размышлениям о грозящих им физическом ущербе или повреждениях. Для таких больных особенно характерны нарушения восприятия, когда внимание концентрируется преимущественно на факторах, якобы несущих угрозу.

При депрессии содержание мыслей или конечных когний включает депрессивную триаду: 1. негативное отношение к самому себе; 2. негативное отношение к миру; 3. негативное отношение к окружающим.

При тревожных расстройствах наблюдается тревожная когнитивная триада: 1. человек считает себя уязвимым и незащитным; 2. окружающий мир представляется ему враждебным; 3. будущее кажется непредсказуемым и угрожающим.

Последующее настроение и поведение вполне соответствуют этим интерпретациям, или так называемым "автоматическим мыслям". Данные мысли обозначены как автоматические, так как их можно рассматривать как привычку или рефлекс данного индивидуума, возникающие в ответ на

определенные ситуации. Эти мысли могут быть сознательными, полусознательными или бессознательными и являются основным объектом работы для когнитивной терапии.

На первом этапе лечения психотерапия была направлена на решение следующих задач: устранение недостатка информации о соматическом и психическом состоянии пациента, нейтрализацию ятрогенных воздействий, имевших место на предшествующих этапах лечения (до обращения к психиатру). Второй этап направлен на исправление когнитивных ошибок, выработку новых поведенческих паттернов. В ходе наиболее продолжительного третьего этапа личностно-ориентированная психотерапия направлена на интеграцию аффектов и повышение толерантности к фрустрации, коррекцию межличностных, в том числе семейных взаимоотношений.

Индивидуальная психотерапевтическая программа разрабатывалась с учетом нозологии заболевания, тяжести соматического состояния, наличия невротических расстройств, возраста и мотивации больных. Выбор методов и форм психотерапии для каждого пациента на каждом из этапов лечения имеет клиническое и патогенетическое обоснование.

Методика когнитивной терапии у пациентов с психосоматическими заболеваниями. Когнитивная терапия проводилась курсом в 20-25 занятий в течение трех месяцев. Когнитивная терапия разработана на основе теоретических представлений о различных уровнях переработки информации. Каждое занятие проводилось в соответствии с планом, составленным психотерапевтом совместно с пациентом. Ниже приведены основные особенности проведения когнитивной психотерапии у пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Проблемы ориентации «здесь и теперь». Цель терапии - выявить проблемное поведение, ситуативные проблемы, ключевые автоматические мысли и основные схемы. Последнее используется только в качестве примеров, вспомогательного инструмента, чтобы объяснить проблемы поведения, понять характерные проблемные ситуации и обозначить возможные задействованные схемы и внутренние позиции.

Сотрудничество. Пациент и психотерапевт вместе обсуждают, как бороться с проблемой, пытаются определить дисфункциональные паттерны мышления и найти им альтернативы. Такая модель - это сотрудничество двух ученых, работающих в одной сфере деятельности.

Стиль терапии. Хотя психотерапевт всегда занимает активную директивную позицию, но основной стиль терапии - мягкий опрос, так называемые Сократовские наводящие вопросы. Мягкий опрос более способствует прояснению проблем и поиску путей их решения по сравнению с разговорами и предписаниями.

Оценка уровня тревоги. Наряду с клинико-психопатологическим выявлением симптомов тревоги как проявлений НППР проводилась количественная клиническая (с использованием квантифицированной клинической шкалы Гамильтона) и психодиагностическая (с использованием

шкалы самооценки тревоги Цунга) оценка выраженности уровня тревоги. Уровень тревоги и его динамика в ходе психотерапии рассматривалось нами как один из критериев выбора метода психотерапии и тактики ведения больного на различных этапах лечения и в различные периоды течения психосоматического заболевания.

Этапность когнитивной терапии тревожных и депрессивных расстройств. Терапия проводится в три этапа. Первый этап - коррекция проблем поведения (сниженная активность, отсутствие мышечного тонуса). Второй этап - анализ и целенаправленное изменение так называемых автоматических, непроизвольно возникающих мыслей, которые сопровождают подавленное настроение и неадекватное поведение (например: "Я выставляю себя дураком", "Я близок в полному краху", "Я беспомощен", "Меня никто не любит"). Третий этап - помощь в изменении внутренних позиций и схем, лежащих в основе ощущения незащитности вплоть до депрессии и тревожных расстройств,

Оценка эффективности психотерапии. Объективная оценка эффективности психотерапии как метода лечения представляет собой трудную задачу, особенно в случае комплексного лечения, что подтверждается малым числом доказательных исследований в этой области. Мы оценили влияние применения когнитивной терапии у больных с психосоматическими заболеваниями путем сравнения эффективности лечения и частоты рецидивов на протяжении 12 месяцев у пациентов, которые получили различный объем психотерапевтической помощи, в группе исследования с применением когнитивной психотерапии и у получавших стандартное комплексное лечение.

Таким образом применение когнитивной психотерапии способствует повышению общей эффективности лечения, но в еще большей степени выражено влияние на долгосрочный прогноз с достоверной разницей в частоте рецидивов в течение катамнестического периода. Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что применение когнитивной психотерапии снижает риск развития рецидивов депрессии и тревожного расстройства. Таким образом, можно заключить, что когнитивная психотерапия позволяет больным разработать механизм "совпадающего поведения" (coping), позволяющий добиваться продолжительной ремиссии. Остается неуточненным вклад в терапевтический эффект, изменений когнитивного статуса и основных личностных позиций.

Применение когнитивной психотерапии способствует повышению общей эффективности лечения, снижает риск развития рецидивов депрессии и тревожного расстройства у больных молодого возраста с психосоматическими заболеваниями. Механизм терапевтического действия когнитивной психотерапии позволяющий добиваться продолжительной ремиссии, заключается в помощи больным в создании механизма "совпадающего поведения" (coping). Остается неуточненным вклад в терапевтический эффект, изменений когнитивного статуса и основных личностных позиций.

Литература

1. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // – Нейро News психоневрологія і нейропсихіатрія. №5 (24), 2010, С. 83-90.
2. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. // – Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 3 (64), 2010. С. 137-138.
3. Кришталь В. В. Психосоматическая патология : генез и подходы к коррекции / В.В. Кришталь // Междунар. мед. журн. – 2007. - Т. 7, № 1. - С. 37-40.
4. Підкоритов В.С., Серіков О.І., Дьяченко Л.І., Сазонов С.О., Скринник О.В. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення). // – Український вісник психоневрології. Том 17, вип. 2 (59), 2009. С. 51-57.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях // Москва. – 2003. - 432 с.
6. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol. 1989; 57: 414-419. .11. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Bio-social Model. London: Routledge; 1992.
7. Naaga DA, Dyck M, Ernst D. Empirical status of cognitive theory of depression. Psychol Bull. 1991; 110: 215-236.
8. The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part II: Clinical Applications and Implications for Research / R.D. Lane, S.R. Waldstein, H.D. Critchley [et al] // Psychosom. Med. – 2009. – V. 71(2). – P. 135 - 151.
9. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979.
10. Beck AT, Emery G. Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books; 1985.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ДОЛЖНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.А.Кузнецова

Курский государственный медицинский университет, г.Курск,
Россия

Среди многих особенностей и трудностей преподавательской и педагогической работы зачастую выделяют ее высокую психическую напряженность. Более того, способность к переживанию и сопереживанию признается одним из профессионально важных качеств педагогических работников [2]. Все эти особенности могут способствовать возникновению таких функциональных состояний как психическое выгорание, фрустрация, психического напряжения. Психические состояния оказывают влияние на профессиональную деятельность человека и в ней формируются. К таким состояниям Е.П. Ильин (2005) относит следующие состояния: стресс, скука и состояние выгорания [1].

По влиянию на результат деятельности психические состояния подразделяют на две группы – положительные и отрицательные. Психические состояния, возникающие в процессе деятельности называются состояниями психической напряженности (функциональными состояниями). Любое отклонение от состояния релаксации требует дополнительных энергетических затрат, напряжения психической сферы человека. Обозначенный тезис позволяет нам рассматривать деятельность в качестве условия возникновения психических состояний.

Целью данного исследования является выявление особенностей состояния выгорания, фрустрации, психического напряжения с учетом специфики профессиональной деятельности и профессионально-должностного статуса преподавателя высшей школы.

Объектом исследования являются функциональные состояния: психического выгорания, фрустрации, психического напряжения в условиях педагогической деятельности

Предмет исследования - особенности состояния выгорания, фрустрации, психического напряжения с учетом специфики профессиональной деятельности и профессионально-должностного статуса преподавателя высшей школы.

Эмпирическое исследование проводилось на базах ВУЗов и средних общеобразовательных школ г. Курска в 2010–2012 г.г. Общий объем выборки составил 180 человек в возрасте от 24 до 65 лет, имеющих высшее профессиональное педагогическое образование и длительность профессиональной деятельности более трех лет. Первую группу составили 99 преподавателей высших учебных заведений, занимающих различные должности. С учетом профессионально-должностного статуса преподаватели высшей школы были разделены на четыре группы: преподаватели (27), старшие преподаватели (25), доценты (25), профессора (22). Во вторую группу вошли учителя средних общеобразовательных школ (81 человек).

В пакет психодиагностических методик вошли: методика диагностики эмоционального выгорания А.А. Рукавишникова; опросник PSM; методика диагностики социальной фрустрированности Вассермана; методы количественной и качественной обработки данных. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA 6.0.

В результате исследования интегральной диагностики состояния выгорания у преподавателей высшей школы без учета профессионально-должностной дифференциации выявлен высокий уровень психического выгорания ($X=101,47\pm 20,25$), характеризующийся эмоциональным истощением, личностным отдалением и снижением профессиональной мотивации. При исследовании состояния психического выгорания у учителей общеобразовательных школ выявлен средний уровень выраженности состояния психического выгорания ($X= 57,68\pm 9,52$), однако при низком уровне эмоционального истощения и личностного отдаления выявлено снижение профессиональной мотивации.

В результате исследования особенностей состояния выгорания с учетом специфики профессиональной деятельности (педагогическая деятельность), выявлены значимые различия по всем показателям психических состояний между преподавателями высшей школы и учителями общеобразовательных школ.

Результаты исследования уровня выраженности психических состояний у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса представлены в таб.1.

Таблица 1

Средние значения показателей уровня выраженности психических состояний у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса

Функциональные состояния	преподаватель	Старший преподаватель	доцент	профессор
Индекс психического выгорания	101,15	102,76	98,36	103,95
Психическое напряжение	96,09	79,85	93	84,13
фрустрация	1,62	1,53	1,62	1,36

В результате исследования уровня выраженности психических состояний у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса статистически значимых различий ни по одному из параметров не выявлено.

Состояние фрустрации, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели, являющееся одной из характеристик аффективных симптомов состояния психического выгорания, характеризуется более высоким уровнем выраженности у преподавателей и доцентов по сравнению со старшими преподавателями и профессорами (Рисунок 1).

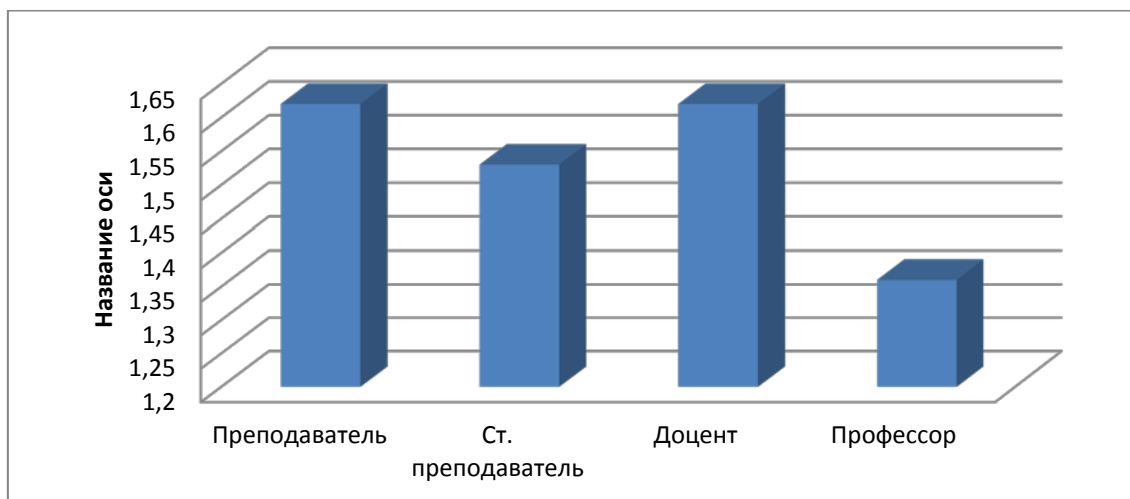


Рис. 1. Гистограмма средних значений показателей уровня выраженности состояния фрустрации преподавателей высшей с учетом профессионально-должностного статуса.

При этом данные показатели не являются статистически значимыми и могут существовать только в виде тенденций.

В структуре состояния выгорания преподавателей высшей школы с учетом внутривидовой дифференциации у всех должностных групп преобладающим компонентом является профессиональная демотивация (Рисунок 2). У преподавателей, старших преподавателей и доцентов в структуре состояния выгорания при доминировании профессиональной демотивации личностное отдаление преобладает над эмоциональным истощением. У профессоров наблюдается обратная тенденция: эмоциональное истощение преобладает над личностным отдалением. Выявленные тенденции не являются статистически достоверными.

В результате исследования состояния психического напряжения преподавателей высшей школы с учетом внутривидовой дифференциации выявлена следующая тенденция: преподаватели и доценты характеризуются более высокими показателями уровня выраженности напряжения по сравнению со старшими преподавателями и профессорами (Рисунок 2).

Обозначенная тенденция отражает специфику функционального содержания профессиональной деятельности преподавателей высшей школы.

В результате исследования уровня выраженности психических состояний у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностной дифференциации, статистически значимых различий ни по одному из параметров не выявлено.

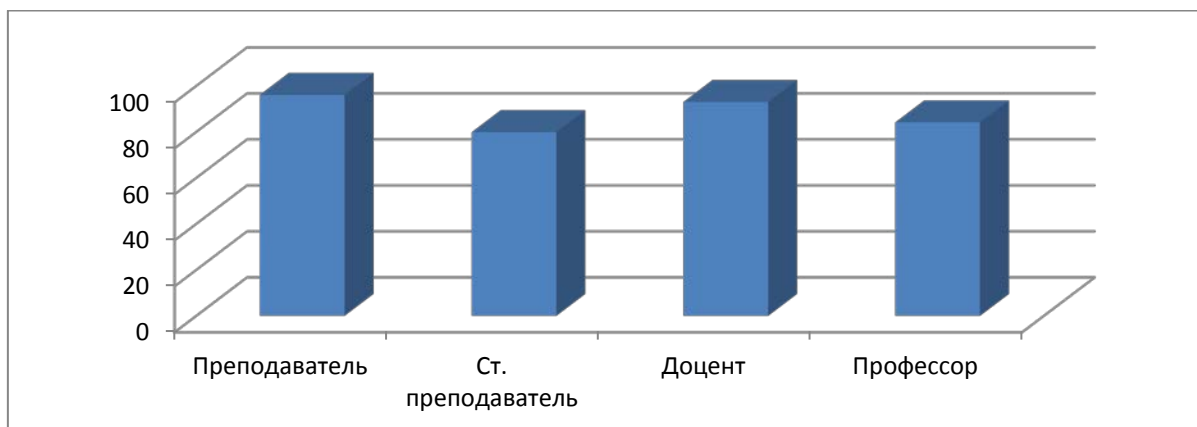


Рис. 2. Гистограмма средних значений показателей уровня выраженности психического напряжения преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностной дифференциации.

Во-первых, уровень выраженности показателей психических состояний попарно соотносится: преподаватель – доцент и старший преподаватель – профессор.

Во-вторых, преподаватели и доценты характеризуются более низким уровнем выраженности эмоционального истощения, личностного отдаления и общего показателя психического выгорания при более высоких показателях снижения профессиональной мотивации, состояния фрустрации и психического напряжения по сравнению со старшими преподавателями и профессорами. В-третьих, максимально высокие показатели уровня выраженности состояния психического выгорания выявлены в группе профессоров, что отражает специфику их профессиональной деятельности, проявляющуюся в характере деятельности (в большинстве случаев это организационно–руководящая деятельность) и более высокой степенью ответственности по сравнению с другими должностями.

Литература

1. Ильин, Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. - Питер, 2005. – 412 с.
2. Шадриков, В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В.Д. Шадриков.- М.: Наука, 1982. -185 с.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ В РАБОТАХ Т.ПАРСОНСА
Кульсеева Т.Г.

Курский государственный медицинский университет г.Курск,
Россия

Толкотт Парсонс (1902–1979) – американский социолог-теоретик, глава школы структурного функционализма, один из создателей современной теоретической социологии и социальной антропологии.

Сын священника. Изучал биологию и философию, учился в Лондонской школе экономики и Гейдельбергском университете. В 1927–1973 преподавал в Гарварде, где создал и возглавил междисциплинарный Отдел социальных отношений. В 1962–1968 несколько раз был в СССР, в частности выступал на семинаре в Институте социологии в Москве, выступал на семинаре в Ленинграде.

Основываясь на теориях З.Фрейда, М.Вебера, Э.Дюркгейма, Хендерсона, и используя личный опыт наблюдения за взаимоотношениями врача (психоаналитика) и пациента в Медицинском центре Тафтса, Т.Парсонс на модели медицинской профессии раскрывает социальные механизмы профессионализма в целом, изложенные в основных статьях «Профессия и социальная структура», «Случай современной медицинской практики», «Определение здоровья и болезни в свете американских ценностей и социальная структура», «Теория действия и состояние человека», совместно с Fox R. «Болезнь, лечение и современная городская семья». Занятие Т.Парсонса медицинской практикой было инициировано исключительно на его стремлении раскрыть феномен профессионализма на примере врачебной деятельности[2].

Ряд работ посвящены взаимоотношению врача и пациента. В них формулируется структурно-функциональная концепция профессионализма, рассматриваются отношения в системе врач-пациент «как разновидности социального взаимодействия»[4].

Отношение в системе «врач-пациент» представляют собой одну из целенаправленных проблем социологии медицины. Существует несколько моделей отношения врача и пациента. Большинство моделей является результатом развития и модификаций исходной модели Т.Парсонса. Он разработал идеальные типы ролей врача и пациента. Парсонс считает, что у врача и пациента есть общая цель – восстановление здоровья последнего, но их обязанности и привилегии резко разграничиваются. Поэтому и у врача, и у пациента свои роли в лечебном процессе. Согласно данной модели, каждая роль включает 4 компонента.

Пациент обязан:

1. мотивировать своё состояние как больного;
2. искать компетентную помощь;
3. доверять врачу;
4. пациент освобождается от выполнения своих обычных обязанностей и ответственности за своё состояние.

Профессиональная роль врача сводится к выполнению следующих требований, принятых в обществе:

1. действовать для благоденствия пациента, а не в целях корысти;
2. руководствоваться правилами профессионального поведения, а не какими-либо личными отношениями или групповой принадлежностью;

3. максимально использовать свои профессиональные знания для того, чтобы контролировать заболевание;

4. быть объективным и эмоционально отключенным.

В первой половине XX в. физиолог L.Henderson, известный своими работами по равновесию между содержанием газов в крови и в атмосфере, опубликовал статью «Врач и пациент как социальная система» (1935). Основной её мотив сводился к тому, что с медициной связаны особые трудности вследствие применения науки к практическим вопросам – это рациональная, универсальная, нейтральная относительно ценностей деятельность, характер которой типичен для современного общества. Однако в другом отношении – чувствительность пациентов к эмоциональным установкам своих врачей – медицина не соответствует модели рациональности, которую следовало бы ожидать от социологического описания современного и традиционного общества.

T.Parsons собирался провести эмпирическое обследование врачей, но оказалось, что они не чувствительны к более глубокому уровню взаимоотношений между врачом и пациентом, которые он хотел бы исследовать.

Ещё одним важным источником идей его теории в это время была психосоматическая медицина, которая ставила вопрос о важности установок врача для выздоровления пациента, и провела чёткое разграничение между соматическим и психическим видами заболеваний.

Для T.Parsons эти идеи означали, что все болезни имели мотивационный аспект и врач должен каким-то образом сочетать универсальность науки с вниманием, направленным исключительно на болезни, а не на индивида. Но при этом остро встаёт вопрос об эмоциональном столкновении с бессознательным желанием пациента быть больным и зависимым, и оказывающим по этой причине давление на врача с тем, чтобы сделать его своим союзником. Это означает, что врачи непрерывно играют социальную роль. T.Parsons поставил проблему социальной роли пациентов, дополняющей роль врача. Врача и пациента надо рассматривать как ячейку социального взаимодействия в социальной сфере, в которой индивидуалистический аспект болезни формируется одновременно с социальным аспектом роли больного.

Американский медицинский социолог J.Denton отмечает особенно большую роль T.Parsons в разработке «роли больного в обществе». Считая каждое отклонение от нормы разрушительным для интеграции общества, он рассматривает болезнь как один из видов отклоняющегося поведения наряду с безумием и преступлением. Его идея о том, что болезнь разрушительна для общества, основывается на его представлении об обществе как сумме взаимозависимых ролей, которые составляют целое. Таким образом, болезнь как условие, которое мешает членам общества выполнять свои обычные роли, отрицательно сказывается на общем функционировании общества. Другие члены общества, отвлекаемые от своих обычных ролей необходимостью помогать больному, также не приносят должной пользы

обществу. Таким образом, возникает необходимость создания механизмов для минимизации вреда, наносимого болезнью, и для отделения в особую группу больных от здоровых.

Частью этого общественного механизма является установление «роли больного». По Т.Parsons, терапию можно рассматривать как реинтегративный процесс. Основные признаки роли больного проявляются:

- в законном освобождении от социальной ответственности, одновременно являющейся как правом, так и долгом;
- в обязательном лечении; стремлении к скорейшему выздоровлению, как со стороны самого, больного, так и со стороны общества;
- в необходимости поисков больным квалифицированной помощи, чтобы скорее выйти из состояния болезни.

Работы Т.Parsons, несомненно, помогли увязать этот явно социологический подход с проблемами здоровья и болезни. Плохое состояние здоровья рассматривается с точки зрения функционирования общества в целом, т.е. болезнь следует представлять как социальное явление, а не как физическую сущность или характеристику индивидов. В своей книге Т.Parsons (1951) «The Social System» утверждает, что «слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей». В одной своей более поздней работе ему пришлось отделить концепцию здоровья от состояния отдельного организма, а в конце 1970-х годов он определял здоровье как «символическую циркулирующую среду, регулирующую деятельность человека и другие жизненные процессы» [Frank J., 1991].

Т.Parsons рассматривал здоровье прежде всего как ценный социальный товар, как важный ресурс для индивидуальных достижений и спокойного функционирования общества. Хотя плохое состояние здоровья не всегда определённо является социальным по происхождению, он изо всех сил старался доказать [Parsons T., 1975], что в некоторой степени в болезни любого рода может присутствовать «психологический» фактор или «мотивированность» болезни. Именно это утверждение привело его к определению болезни как отклонению от нормы. Даже такие явно немотивированные болезни, как дегенеративные и инфекционные, а также ситуации, приведшие к несчастным случаям, содержат в себе мотивационный аспект, поскольку человек может сознательно или неосознанно подвергать себя риску [Gerhardt U., 1989].

Ясно, что точка зрения Т.Parsons на социальный характер болезни является сложной. Он рассматривал плохое состояние здоровья как неспособность выполнять ценные социальные роли (например, роль кормильца или родителя), но наряду с этим фактическая неспособность человека трудиться или присматривать за своими детьми должна рассматриваться в психологических терминах[1].

Болезнь, согласно Т.Parsons, должна рассматриваться как проблема социального контроля. Роли, которые отдельные личности должны занимать

в современном обществе, часто связаны с большим напряжением. Т.Parsons основное внимание уделяет социальным напряжениям, которые возникают в профессиональных системах и семьях, однако сходные конфликты возникают в различных узлах институциональной системы. Условия определения статуса больного ставят его в специфические отношения с людьми, которые не являются больными, с членами семьи и с представителями системы здравоохранения, особенно с врачами[3].

Рассматриваемые таким образом роли врача и пациента неравноценны и характеризуются асимметрией; доминирующим лицом является врач, который подтверждает состояние болезни, контролирует пациента, и несёт ответственность за возвращение его к выполнению нормальных социальных функций.

Литература

1. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and Social structure //Patients, Physicians and illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health /Ed.E.G.Jaco. – 2 – nd Ed. – Wew York: Free Press, 1972. – P.107–127.
2. Parsons T. Action Theory and the Human Condition. – Wew York: Free Press, 1978.
3. Parsons T., Fox R. Illness, therapy and Modern urban family //J Social Issues. – 1952. – Vol. 8. – P.31–44.
4. Parsons T., Freed B.R. Family. Socialization and interaction process. – London: Routledge and Kegan Paul, 1956. – 422p.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

Купреева К.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия.
Научный руководитель: проф., доктор психологических наук Никишина В.Б.

Состояние зависимости дифференцируется по объекту возникновения и проявляется в виде химических и нехимических видов (В.Д. Менделевич,2003, А.Ю. Егоров,2004, А.В. Погосов,2005).Увеличивается количество видов как химической (алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, никотиновая зависимость, лекарственная зависимость),так и нехимической зависимости(гэмблинг, сексуальная и др). Феномен зависимости реализуется в системе отношений субъектно-объектной направленности (В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая,2012). Данная система отношений отличается от субъектно - субъектной направленности.

Феномен алкогольной зависимости принимается как реальное состояние у человека и описывается как устойчивая и фиксированная субъектно - объектная направленность, которая рассматривается в дистанцировании субъектно – субъектной направленности, а именно внутренней направленности индивида. У человека, в состоянии зависимости, происходит сдвиг в отражении с субъектно - субъектных отношений на субъектно-объектные отношения, объектом которых является психоактивное средство (алкоголь). Происходит фиксация на алкоголе, что тем самым ведет к нарушению субъектно - субъектного отношения внутри себя. Зависимость выступает следствием распада субъектно-объектно-субъектной системы отношений, в результате которой наблюдается психическая деградация личности.

У зависимого человека, как и у человека, не имеющего зависимости от какого-либо вещества, есть механизм психологической защиты. Защитный механизм является системой стабилизации личности, устраняющей психологический дискомфорт. (Никольская И.М., 1998) С помощью механизма психологической защиты индивиду легче уйти от реальности и быть некоторое время защищенным, тем самым, не травмируя свою психику. Механизм защиты устраняет именно психологический дискомфорт, а не реальное решение ситуации. Одним из механизмов психологической защиты, проявляющимся у зависимого человека, выступает механизм диссоциации. В результате работы механизма диссоциации человек начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит не с ним, а с кем-то посторонним. (Патнем Ф. 2004). Этот механизм позволяет защитить индивида от избыточных, неприятных эмоций. Употребляя алкоголь, человек пытается уйти от волнующей его ситуации, мыслей, воспоминаний. Наблюдается отделение себя от своих неприятных переживаний. Прием алкоголя и механизм диссоциации снижают действие пусковых механизмов (триггеров), которыми выступают трудные ситуации в жизни человека.

Объектом данного исследования являются временная перспектива при состоянии алкогольной зависимости. Предметом являются диссоциативные механизмы временной перспективы при состоянии алкогольной зависимости. Целью данного исследования является особенности диссоциативных механизмов временной перспективы при состоянии алкогольной зависимости. Исследование проводилось с помощью психодиагностических методов «Временная перспектива» (Зимбардо Ф., 2010) и методики «Тень» (модифицированный вариант методики «Автопортрет» в адаптации Никишиной В.Б, 2003). Количественная и качественная обработка осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ Statistic 6.0. Исследование испытуемых с состоянием алкогольной зависимости проводилось на базе Курской областной наркологической больницы. Общий объем составил 120 человек. Экспериментальную группу составили 60 человек, возраст манифестации которой варьировался от 22-61 года, находящихся на 2 стадии и 3 стадии зависимости, после снятия абстинентного синдрома (Погосов А.В., 2005). Контрольную группу

составили испытуемые без состояний алкогольной зависимости в возрасте 22-59 лет. Исследование проводилось на базе медицинских учреждений г. Курска в процедуре профосмотра.

В результате проведения описательной статистики были получены следующие результаты. Специфика восприятия прошлого ($2,07 \pm 1,97$) испытуемых с зависимостью отличается от специфики восприятия прошлого ($1,95 \pm 0,34$) испытуемых с отсутствием зависимости. Это свидетельствует о том, что элементы прошлого опыта у испытуемых зависимых от алкоголя оказывают воздействие на процесс восприятия и осуществления действий в настоящем времени. У испытуемых независимых от алкоголя элементы прошлого времени активного воздействия на восприятие настоящего времени не оказывают.

Специфика восприятия настоящего ($3,76 \pm 2,15$) испытуемых с зависимостью значимо отличается от специфики восприятия настоящего ($2,56 \pm 1,68$) испытуемых с отсутствием зависимости. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у зависимых от алкоголя испытуемых временная перспектива реализуется конкретно в границах настоящего времени. А это означает, что все решения и действия воспринимаются только в данное время, не опираясь на прошлый опыт и не планируя будущее.

В специфике восприятия будущего ($0,69 \pm 0,09$) испытуемых с зависимостью и в специфике восприятия будущего испытуемых с отсутствием зависимости ($0,59 \pm 0,04$) значимых различий обнаружено не было. Полученные результаты указывают на отсутствие восприятия и планирование действий в будущем времени как зависимых от алкоголя испытуемых, так и независимых от алкоголя испытуемых.

Анализ временной перспективы настоящего времени, при алкогольной зависимости отличается от анализа временной перспективы настоящего времени при отсутствии алкогольной зависимости, с использованием критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия ($U \text{ эмп.} = 0,061$). Значимых различий в анализе временных перспектив прошлого времени и будущего времени между испытуемыми с зависимостью и отсутствием зависимости обнаружено не было.

Специфика анализа диссоциативных механизмов при алкогольной зависимости отличается от анализа диссоциативных механизмов при отсутствии алкогольной зависимости, с использованием критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия ($U \text{ эмп.} = 0,027$). Именно у испытуемых с зависимостью защитные механизмы активно проявляются в поведении и позволяют зависимым находиться вне реальности.

Характер выявленных взаимосвязей временной перспективы при состоянии алкогольной зависимости характеризуется отсутствием значимых связей на уровне прошлого – настоящего – будущего ($r_1 = 0,005$ - $r_2 = 0,003$ - $r_3 = 0,007$). Таким образом, очевидно проявление разрыва временной перспективы при высоком уровне диссоциации.

Характер выявленных взаимосвязей временной перспективы у независимых от алкоголя испытуемых характеризуется отсутствием

значимых связей на уровне прошлого – настоящего – будущего ($r_1=0,41$ - $r_2=0,29$ - $r_3=0,35$). Таким образом, очевидно проявление разрыва временной перспективы при низком уровне диссоциации.

Литература

1. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. СПб.1998.
2. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр./ Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. - Казань: Школа. - 2004.
3. Зимбардо Ф., Дж. Бойд.- Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь.- СПб, Речь, 2010, стр. 60-68.
4. Никишина В.Б. Запесоцкая И.В., Психология зависимости: метапсихологический анализ. — Курск: КГМУ, 2012.
5. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбильные расстройства поведения. – М., МЕДпресс-информ. - 2003.
6. Мясищев В.Н. Психология отношений. /Избранные психологические труды. Под ред. А.А. Бодалева. –Москва-Воронеж. -1995.
7. Патнем Ф. М. Диагностика и лечение расстройства множественной личности// Журнал практической психологии и психоанализа. № 1, март 2004. — Глава из книги.
8. Погосов А.В. Проблемы наркологии (лекционный курс) — Курск: КГМУ, 2005-216с.

СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

*Лецина И.В., * Гавенко В.Л., * Мозговая Т.П., * Федорченко С.В.*

**Харьковский национальный медицинский университет*

*** Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков, Украина*

Рост распространенности непсихотических психических расстройств среди населения в целом, отмечаемый многими авторами [1-2], неизбежно затрагивает и студенчество как часть общей популяции [3-5]. В последние годы активизировалось внимание исследователей к вопросам здоровья, в том числе и психического, студенческой молодежи. Это связано с озабоченностью общества по поводу здоровья специалистов, выпускаемых высшей школой, роста заболеваемости в процессе профессиональной подготовки и последующим снижением работоспособности [4-5]. Учебная

деятельность студентов ВУЗа в современном обществе требует усвоения большого объема информации и формирования широкого спектра профессиональных навыков и умений. Этот процесс, как правило, осуществляется в условиях дефицита времени и нередко сопровождается нарушением психической адаптации [2,6]. Современный этап развития высшей школы нуждается в разработке концепции дифференцированных психопрофилактических мероприятий в ВУЗе направленных на прогнозирование, предупреждение развития состояний дезадаптации и психических расстройств у студентов с учетом их пола, личностно-психологических особенностей, этапа обучения, особенностей организации учебного процесса [2,5,6]. Вышеизложенное обусловило **цель исследования:** на основании комплекса клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, психодиагностического и социально-демографического исследований разработать систему психопрофилактики невротических психических расстройств (НПР) у студентов.

Материалы и методы исследования. На базе Харьковского национального медицинского университета с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено комплексное обследование 832 студентов III-V курсов, среди которых мужчины составили 36,3 %, женщины - 63,7 %. Средний возраст обследованных $20,22 \pm 0,058$ лет. В работе были использованы клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-демографический методы исследования, а также методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования по результатам комплексного обследования студенческой молодежи были выявлены и систематизированы клинико-анамнестические, клинико-психопатологические, психодиагностические и социально-демографические особенности психического здоровья студентов-медиков с учетом гендерных различий, что определило основные направления системы психопрофилактики НПР у студентов.

Среди изучаемого контингента невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства были диагностированы у 161 человека (19,35%), в структуре которых наибольший удельный вес занимали расстройства адаптации. Разработанная система психопрофилактики основывалась на принципах системности, этапности, комплексности, дифференцированности и индивидуальности применения указаний мероприятий. Комплексная психогигиеническая и психопрофилактическая работа проводилась с учетом гендерных, личностно-психологических особенностей студентов, этапа обучения, особенностей организации учебного процесса и была направлена: а) на повышение уровня адаптации, стрессоустойчивости, социализации личности при выполнении ею общественной роли студента; б) потенцирование индивидуальных качеств, способствующих развитию резистентности к психической патологии, а также предупреждению социально-психологической дезадаптации.

Первичная психопрофилактика включала выявление и устранение маркеров восприимчивости к НПР у психически здоровых лиц, а также определение психодиагностических показателей и профессионально значимых качеств. С дальнейшим проведением психопрофилактических и психогигиенических мероприятий направленных на потенцирование резистентности к психическим расстройствам, повышение уровня социализации, профессиональных мотивации и самоопределения, оптимизации образа жизни, обучения и отдыха.

Вторичная психопрофилактика была направлена на раннюю диагностику и прогноз динамики психических расстройств с использованием разработанного скрининга на основании информативных методов исследования, имеющих высокую диагностическую ценность в изучаемом контингенте. По его результатам разрабатывали программы индивидуального психологического и коррекционного воздействий.

Мероприятия в структуре третичной психопрофилактики основывались на качественной оценке клинической картины НПР, ее интерпретации с принятием оптимального клинического решения и заключались в комплексном применении психокоррекции и психофармакотерапии. Их целью были клиническое выздоровление и предупреждение прогрессирования имеющихся психических расстройств.

При проведении психопрофилактической работы отдавали предпочтение методикам и техникам, направленным на коррекцию уровня тревожности. При этом уделяли внимание развитию способности к самоанализу и формированию критериев успеха с анализом их достижения. Схемы психопрофилактики также включали методики и упражнения на тренировку памяти и внимания. Это связано с тем, что уровень работоспособности, вследствие преимущественно умственной деятельности студентов, зависел от степени концентрации (избирательности) внимания, его «мобилизационного ресурса», которые, в свою очередь, взаимосвязаны с краткосрочной памятью.

Таким образом, система психопрофилактики была представлена поэтапным выделением групп риска невротических расстройств, потенцированием маркеров - резистентности к психической патологии и индивидуализированном воздействии на маркеры-мишени психопрофилактики. Данные мероприятия были направлены на стабилизацию эмоционального фона (в частности выработки навыков преодоления тревоги), сохранения оптимального уровня работоспособности, повышение уверенности в себе, самоконтроля, адаптации к новым коллективным отношениям у студентов-медиков. Эффективность предложенной системы психопрофилактики заключалась в существенном уменьшении (более чем в два раза) частоты возникновения новых случаев НПР за год у практически здоровых студентов-медиков и увеличении (в 2,26 раза) случаев редукции психической патологии.

Разработка и активное внедрение в практику психопрофилактических мероприятий психических расстройств у студентов является одной из

приоритетных направлений сохранения и укрепления здоровья молодежи в условиях профессионального образования и должны быть комплексными, дифференцированными и максимально приближены к студентам.

Литература.

1. Марута Н. А. Состояние психического здоровья населения и психиатрической помощи в Украине // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. – 2010. – № 5 (24). – С. 83–83.
2. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства в лиц напряженного умственного труда / В.Л. Гавенко // *Экспериментальная и клиническая медицина*. – 2000. – №3. – С. 54–56.
3. Уланова Э. А. Методы оценки функциональных резервов психологического здоровья студентов медицинского вуза / Э. А. Уланова // *Психотерапия*. – 2006. – № 8. – С. 27–31.
4. Агличева И. В. Комплексное исследование особенностей личностной адаптации студентов вуза: диссертация на соискание учен. степени кандидата психологических наук : 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» // И. В. Агличева. – Ставрополь, 2006. – 233 с
5. Синайко В.М. Состояния психической дезадаптации у студентов (клиника, динамика, принципы коррекции и профилактики). – автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.М. Синайко. – Харьков, 2005. – 35 с.
6. Кожина А.М. Нарушение адаптации студентов младших курсов к учебной деятельности в вузе III–IV уровней аккредитации / А.М. Кожина, Л.М. Гайчук, Е.А. Зеленская // *Медична психологія*. – 2011. – № 1. – С. 37–39.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ И ДЕТСКОМ ДОМЕ НА ИХ ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ

Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Горетая М.О., Шелухина А.Н., Жукова С.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Физическое развитие детей является важным показателем здоровья растущего организма, имеет выраженную социальную обусловленность, а такие антропометрические показатели, как длина, масса тела, окружность грудной клетки, имеют значение ценных санитарно-гигиенических показателей, в известной степени отражающих влияние разнообразных факторов внешней среды на состояние здоровья детской части населения.

В настоящее время очень большое количество детей воспитываются в детских домах, при этом практически каждый второй из таких детей страдает разнообразными заболеваниями, аномалиями развития. Многие ученые связывают эти факты с неправильным образом жизни родителей, началом ранней половой жизни, употреблением матери во время беременности алкоголя, наркотиков.

Целью работы явилось выявление особенностей состояния здоровья, физического и нервно-психического развития воспитанников домов ребенка и других детских государственных учреждений, а также развитие детей в семьях.

Дети, воспитывающиеся в детских домах, лишены общения с детьми из обычных семей, так как они чаще всего ходят в школу, где учатся такие же дети, как они, или это специализированные школы. Специфические условия жизни в детском доме часто обуславливаются отставанием в психическом развитии детей по ряду существенных параметров. В раннем возрасте у детей отмечается апатичность, отсутствующая у их ровесников из семьи; она выражается в безынициативности и эмоциональной невыразительности детей, проводя наблюдение отмечают, что дети, воспитывающиеся в условиях детского дома медленнее овладевают речью. Отставание в становлении вербальной функции неблагоприятно сказывается на развитии ранних форм мышления на контактах ребенка с окружающими людьми, словом, обнаруживается во всех сферах, где психическая деятельность опосредуется словом. У этих детей уже общий обзор, они не знакомы со многими элементарными бытовыми предметами, явлениями окружающего мира, хорошо известными каждому дошкольнику, живущему в семье.

Анализируя динамику физического развития детей ,воспитывающихся в детском доме и детей воспитывающихся в семьях, были получены следующие данные (в таблице указано количество детей с недостаточным физическим развитием в %)

Физическое развитие	Воспитанники детского дома 1,6 лет	Дети из семей 1,6 лет
Дефицит массы	40%	18%
Среднее развитие	20%	53%
Низкий рост, дефицит массы	13%	3%
Низкий рост, избыток массы	13%	23%
Снижена длинна	10%	0%
Избыток массы	4%	23%

Физическое развитие	Воспитанники детского дома, дети до 3 лет	Дети из семей до 3 лет
Дефицит массы	13%	69%
Среднее развитие	53%	4%
Низкий рост, дефицит массы	26%	13%
Снижена длинна	16%	10%
Избыток массы		

Заболеваемость среди детей	Дети до 1,6 мес., воспитывающиеся в детском доме	Дети до 3 лет воспитывающиеся в детском доме

Задержка психо-речевого развития	17(59%)	17(57%)
рахит	15(52%)	
Плюсно-вальгусные стопы	12(41%)	6(20%)
Внутриутробное инфицирование (герпес, хламидии)	12(%)	11(37%)
Анемия смешанного генеза	12(41%)	12(40%)
Пиелэктазия справа	2(6%)	
косоглазие	1(3%)	
Аномалия хорды левого желудочка	1(3%)	
плоскостопие		6(20%)
Киста левого яичка		1(3%)
полидактилия		1(3%)
Расщелина твердого неба		1(3%)

Заболеваемость среди детей	Дети до 1,6 мес., воспитывающиеся в семьях	Дети до 3лет, воспитывающиеся в семьях
Пренатальная энцефалопатия	17(55%)	15(50%)
Синдром двигательных нарушений	15(48%)	
Дилатация ликворной системы	9(29%)	
Дисплазия тазобедренных суставов	9(29%)	
Метаболические нарушения в миокарде	2(6%)	
Анемии смешанного генеза		13(43%)
Внутриутробное инфицирование		5(17%)
Задержка психо-речевого развития		4(13%)
Аллергический дерматит		3(10%)

!Цифра указывает на количество детей от общего количества, у которых встречается данное заболевание

Проанализировав полученные данные и сравнив их между собой, можно сделать заключение о том, что дети, воспитывающиеся в детском доме, отстают в физическом развитии от своих сверстников, особенно дети в возрастной группе до 1,6 месяцев. У детей же проживающих в семьях, наиболее распространенными являются: синдром двигательных нарушений, пренатальная энцефалопатия, дисплазия тазобедренных суставов, дилатация ликворной системы.

У воспитанников детского дома было обнаружено косоглазие, полидактилия, расщелина твердого и мягкого неба, киста левого яичка, плоскостопие; для каждого второго воспитанника детского дома характерно внутриутробное инфицирование.

Итогом анализа проведенных исследований, может служить вывод о том, что среди воспитанников детского дома практически нет здоровых детей, их физические данные отстают от среднестатистических показателей

Следовательно, для детей, не имеющих возможности жить в семье, быть усыновленными необходимо развивать различные организационные формы, приближенные к семейным (семейный детский дом, опекунские семьи).

Литература:

1. Антропология: Учебное пособие для студентов Вузов- М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2008 г.- 272 стр.
2. Рост и развитие ребенка. Под редакцией Н.Н. Миклашевской. Москва 2009г. 32 стр.
3. Российский вестник перинатологии и педиатрии. №4-2000, с.56-57.
4. Социальная защита детства в России и за рубежом. Т.Н. Поддубная, Москва-2010, стр.34-79.
5. Основы социальной работы. Н.Ф.Басова, Москва-2010, стр.-67-169.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мариничева Г.Н., Самодова И.Л.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.
Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Традиционно критериями эффективности лечения в различных клинических исследованиях являются физикальные и лабораторные исследования. Однако, несмотря на то, что стандартные медико-биологические параметры часто являются основными критериями эффективности лечения, они не отражают самочувствия больного и его функционирования в повседневной жизни [6,7]. При определенных заболеваниях оценка пациентов своего состояния является самым важным показателем здоровья. Традиционно, определенные изменения в терапии и медико-биологических параметрах свидетельствуют об улучшении качества жизни больного. Несмотря на то, что во многих случаях это утверждение справедливо, в ряде клинических ситуаций при оценке качества жизни больного результаты оказываются противоположными [5,8]. В настоящее время качество жизни больного, а также при изучении показателей качества жизни практически здорового трудоспособного населения,

является важным, а в ряде случаев основным критерием определения эффективности лечения, особенно при проведении клинических исследований. Общеизвестно, что качество жизни является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного [3]. Качество жизни характеризует каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие изменяется под влиянием заболевания, лечения или изменяющихся условий жизнедеятельности [2]. В настоящее время в России понятие «качество жизни» приобретает особую актуальность в свете реализации приоритетных национальных проектов. При этом следует подчеркнуть, что общепринятая методология исследования качества жизни открыла принципиально новый этап в жизни общества, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих квинтэссенцию благополучия человека [1,4,6].

С целью изучения и оценки особенностей качества жизни, связанного со здоровьем, а также анализа динамики клинико-функциональных субъективных состояний был разработан протокол исследования качества жизни, а также универсальный многомерный опросник (апробированный при пилотном исследовании – 200 чел.).

В процессе анализа качества жизни оценивались показатели социально-гигиенического функционирования горожан с анализом влияния факторов риска различных видов жизнедеятельности. Анализ семейного статуса показал, что группу благополучия (брачная пара с детьми) составили 44,4% опрошенных, группу относительного риска (брачная пара без детей и родители-одиночки с детьми) составили 23,8% и группу абсолютного риска (одинокое) составили 31,8% городских жителей. Показатель социально-гигиенического функционирования закономерно изменяется от $75,5 \pm 0,3$ баллов в группе благополучия по семейному положению, до $69,6 \pm 0,13$ баллов в группе абсолютного риска. Была также выявлена закономерность изменений показателей качества жизни от состава семьи. Так в группе благополучия, брачная пара с детьми показатель качества жизни составил $67,8 \pm 0,28$ баллов, у неполных семей, отнесенных в группу риска (мать с ребенком, одинокие, пожилые и т.д.) показатель составил $60,2 \pm 0,25$ балла. Установлена прямая корреляционная связь типа семьи с возрастом ($r=0,34$, $p<0,001$).

Особенности трудовой деятельности играют важную роль в формировании психо-эмоционального благополучия. Исследование показало, что в зоне относительного риска по виду трудовой деятельности, занимающиеся преимущественно физическим трудом, более трети исследуемых – лица старше 40 лет (37,5%) и около трети – старше 50 лет (31,6%). Была выявлена взаимосвязь изменений показателей социально-гигиенического функционирования групп риска по условиям и характеру трудовой деятельности с показателями качества жизни. Так в группе благополучия по трудовой деятельности социально-гигиеническое функционирование составило $77,5 \pm 0,1$ баллов при $67,9 \pm 0,2$ баллов по уровню качества жизни. Однако в группе абсолютного риска по характеру трудовой

деятельности показатель социально-гигиенического функционирования составил $62,9 \pm 0,2$ при $53,3 \pm 0,3$ баллов по шкале качества жизни. При этом особенности характера трудовой деятельности оказывают влияние на степень удовлетворенности качеством жизни. Так, среди группы благополучия по характеру трудовой деятельности (равное сочетание физического и умственного труда) более половины исследуемых (57,2%) полностью или достаточно часто удовлетворены своими показателями качества жизни. В то время как в группе абсолютного риска трудовой деятельности 24,7% опрошенных горожан крайне неудовлетворены качеством жизни (в сравнении в группе благополучия неудовлетворены лишь 8,5% горожан). Установлена прямая корреляционная связь режима труда и вида трудовой деятельности ($r=0,48$, $p<0,001$). Таким образом, условия, характер и режим трудовой деятельности оказывают значительное влияние на субъективную оценку качества жизни городского населения.

При оценке воздействия профессии на здоровье установлено, что к группе благополучия (отсутствие влияния профессии на здоровье) отнесено 22,0% горожан, к группе относительного риска (утомление к концу рабочего дня) отнесено 50,1% и к группе абсолютного риска (ухудшение здоровья из-за профессии) отнесено 27,5% опрошенных. С увеличением факторов риска здоровью в результате выполнения своей профессиональной деятельности изменяется соотношение мужчин и женщин в сторону увеличения удельного веса женщин, неудовлетворенных условиями работы. При этом среди исследуемых с увеличением возраста возрастает и доля лиц, отмечающих негативное воздействие факторов производственной среды. Установлена прямая корреляционная связь вида трудовой деятельности и воздействия профессии на здоровье ($r=0,55$, $p<0,001$).

Была установлена взаимосвязь степени удовлетворенности качеством жизни и воздействием профессии на состояние здоровья работающих городских жителей. Так, среди горожан, отметивших, что их профессиональная деятельность не оказывает никакого влияния на здоровье, 32,6% полностью удовлетворены своим качеством жизни (удельный вес неудовлетворенных в данной группе благополучия составил лишь 1,0%). В то время как в группе абсолютного риска, в которой исследуемые городские жители отметили ухудшение общего состояния здоровья в результате профессиональной деятельности, 49,8% лишь иногда бывают удовлетворены своим качеством жизни (в сравнении только 7,8% в данной группе риска отметили полную удовлетворенность показателями качества жизни). Было установлено, что с ухудшением воздействия профессии на состояние здоровья закономерно ухудшаются показатели по всем шкалам функционирования. Так в группе благополучия показатель социально-гигиенического функционирования изменяется от $80,9 \pm 0,4$ баллов в группе благополучия до $64,2 \pm 0,7$ в группе абсолютного риска. Показатели по обобщенной шкале качества жизни также изменяются от $71,8 \pm 0,8$ баллов в группе благополучия по воздействию профессиональной деятельности на здоровье до $58,5 \pm 1,2$ баллов в группе абсолютного риска.

Установлено, что оценка удовлетворенности профессией коррелирует с оценкой удовлетворенности качеством жизни. При комплексной оценке удовлетворенности своей профессиональной деятельностью было установлено, что большинство (68,8%) оценили свою работу на отлично и хорошо (группа благополучия), четверть (25,4%) опрошенных оценили свою работу на удовлетворительно (группа относительного риска) и часть (5,8%) оценили свою работу как неудовлетворительную и крайне неудовлетворительную (группа абсолютного риска). Установлена прямая корреляционная связь вида трудовой деятельности и удовлетворенности жизнью как городского жителя ($r=0,32$, $p<0,001$). Так среди горожан, удовлетворенных своим качеством жизни, большинство – 79,7% оценивают свою работу на отлично и хорошо. В то время как среди городских жителей, отметивших, что редко бывают удовлетворены показателями качества жизни лишь около трети – 35,6% оценили удовлетворенность своей профессией на хорошо и отлично, а 18,4% не удовлетворены ни качеством жизни ни своей профессиональной деятельностью. Была установлена корреляционная связь оценки удовлетворенности профессией и качеством жизни ($r=0,25$, $p<0,001$).

Установлена прямая корреляционная связь оценки жилищных условий с оценкой психоэмоционального благополучия ($r=0,33$, $p<0,001$). При анализе условий проживания выявлено, что чуть более половины (66,5%) оценивают свои жилищные условия как комфортные (группа благополучия), около трети (26,5%) считают, что в их жилье имеются проблемы (группа относительного риска) и часть (7,0%) считают свои жилищные условия неудовлетворительными (группа абсолютного риска). При сравнении жилищных условий жителей промышленных и непромышленных районов было установлено, что большинство жителей как промышленных, так и непромышленных районов оценили свое жилье как некачественное (63,0% и 72,2% соответственно) ($p=0,001$). При этом в группе благополучия 25,8% опрошенных городских жителей полностью удовлетворены своим качеством жизни, а в группе абсолютного риска лишь 4,4% отметили, что удовлетворены своим качеством жизни, а совсем не удовлетворены своим качеством жизни 12,0% опрошенных. Показатель по шкале удовлетворенности качеством жизни составил $55,0\pm 0,3$ баллов (при $71,8\pm 0,39$ баллов в группе благополучия по жилищным условиям).

Важной медико-социальной и гигиенической характеристикой качества жизни является оценка режима и качества питания городского населения. На показатели удовлетворенности качеством жизни регулярность питания в группе благополучия по данному разделу оказывала влияние следующим образом: лишь 20,6% отметили, что полностью удовлетворены своим качеством жизни. Почти половина опрошенных – 41,2% отметила, что достаточно часто неудовлетворены показателями качества жизни, а 8,1% исследуемых городских жителей совсем неудовлетворены качеством своим жизни. Установлена прямая корреляционная связь недостатка продуктов в рационе с психоэмоциональным благополучием ($r=0,3$, $p<0,001$). При комплексной оценке удовлетворенности режимом и качеством питания

установлено, что большинство (67,1%) оценили свои условия питания на отлично и хорошо (группа благополучия), четверть опрошенных (24,6%) оценили свое питание на удовлетворительно (группа относительного риска) и часть (8,3%) оценили свои условия питания на неудовлетворительно и крайне неудовлетворительно (группа абсолютного риска). При этом большинство неудовлетворительных оценок было отмечено в возрастной группе 18–29 лет (56,3%). Также была установлена закономерность изменения показателей удовлетворенности качеством жизни в зависимости от оценки условиями питания: так при оценке условий питания как «отличные» 40,6% полностью удовлетворены своим качеством жизни, по мере ухудшения субъективных оценок питания, резко снижаются и показатели качества жизни. Так при неудовлетворительной оценке условий питания полностью удовлетворены своим качеством жизни лишь 11,4% городского населения. Также среди неудовлетворенных качеством жизни почти половина (44,1%) оценили свои условия питания как «неудовлетворительные». Установлена корреляционная связь комплексной оценки качества питания и удовлетворенностью качеством жизни ($r=0,33$, $p<0,001$). Уровень удовлетворенности качеством жизни по обобщенной шкале в группе благополучия по оценке режима и качества питания изменяется от $74,1\pm 0,8$ баллов до $47,1\pm 3,2$ баллов в группе абсолютного риска по комплексной оценке условий питания. Также происходит закономерное ухудшение показателей социально-гигиенического функционирования от $81,0\pm 0,4$ баллов в группе благополучия при комплексной оценке питания до $57,6\pm 1,8$ баллов в группе абсолютного риска.

Таким образом, показатели качества жизни по социально-гигиеническому функционированию являются важнейшими критериями при оценке качества жизни трудоспособного городского населения, которые также оказывают влияние на психоэмоциональное состояние и показатели психического здоровья.

Литература

1. Задесенец Е. Е. Методология измерения и оценки качества жизни населения России / Е. Е. Задесенец, Г. М. Зараковский, И. В. Пенова // Мир измерений. – 2010. – №2. – С. 37–44.
2. Кожокеева В. А. Разработка протокола популяционного исследования качества жизни взрослого населения г. Бишкек с использованием общего опросника SF-36 / В. А. Кожокеева // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2010. – № 15-16. – С. 91–96.
3. Лучкевич В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ / В. С. Лучкевич // Актовая речь. – СПб. : СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. – 86 с.
4. Мариничева Г.Н. Изучение показателей качества жизни городского населения как критерия эффективности лечебно-

профилактических и оздоровительных программ / Г.Н. Мариничева, И.Л. Самодова // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII, № 3. – С. 328–329.

5. Новик А. А. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, С. А. Калядина [и др.] // Вестник международного центра исследования качества жизни. – 2010. – № 15–16. – С. 6 – 11.

6. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М. : ОЛМА, 2012. – 320 с.

7. Diane L. Fairclough. Design and analysis of quality of life studies in clinical trials. Second edition / Diane L. Fairclough. – Charman & Hall/CRC. – 2010. – 395 p.

8. Tianhui Chen. Pilot study on Equivalence between the electronic and paper version of the Chinese SF-36 / Chen Tianhui, Li Lu // J Happiness Stud. – 2010. – Vol. 11, N 2. – P. 151–161.

Психосоматизация заболеваний в офтальмологии.

Медведева М.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск Россия

В последнее время проблема оценки качества жизни и процессы психосоматизации заболеваний, в том числе и офтальмологических больных, находится в центре внимания специалистов. Психосоматические заболевания – это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях.

Как правило, психосоматика заболеваний «маскируется» под симптомы той или иной соматической болезни. Психосоматика в офтальмологии чаще всего проявляется близорукостью, спазмом аккомодации, астигматизмом, косоглазием, катарактой, глаукомой. Причина психосоматических глазных болезней, скрыта непосредственно в назначении данного органа чувств. По сути, можно констатировать, что психосоматика глазных болезней связана с нежеланием видеть. Когда человек не желает видеть то, что происходит в непосредственной близости, у него накапливается большое количество отрицательных эмоций, провоцируется чрезмерная злость, агрессия, порой и

ненависть. Собственно, именно это и влечёт за собой возникновение проблем со зрением.

Важно также помнить и о том, что психологическая предрасположенность к возникновению проблем со зрением формируется с самого раннего возраста, а это значит, что родители обязаны уделять как можно больше внимания психологическому состоянию своего ребёнка. В этом контексте важно и просвещение самих родителей, по поводу правильной профилактики возможного развития у ребёнка разнообразных психологических комплексов и сопутствующих проблем, в том числе и психосоматических заболеваний.

Панацеи от глазных болезней не существует, однако, это отнюдь не означает, что нет способов борьбы с плохим зрением. Просто первым шагом на сложном пути избавления от недуга служит, прежде всего, изменение своего собственного мировосприятия. Именно этот важный шаг является первым, и, одним из ключевых.

Таким образом, при психосоматических заболеваниях в офтальмологии должны быть использованы различные виды и техники психотерапии, в зависимости от назологии, тяжести заболевания, наличия невротических расстройств, возраста, мотивации больных. Психотерапия должна быть неотъемлемой частью медико-психо-социальной помощи психосоматическим больным.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП

Мещерякова А.В.

Научный руководитель: Глухова Е.Д. доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи к.психол.н.

Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена.
г. Санкт – Петербург, Россия

В настоящее время отмечается рост различных видов нарушений развития детей, в том числе и двигательной патологии. По данным Госкомитета РФ на конец 2003 г. на учете в России состояло 597,2 тыс. детей- инвалидов в возрасте до 16 лет, что почти в 7 раз больше, чем в 1999 г. [5]. Так, количество детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), составляет от 2 до 6 человек на 10000 родов [5].

Убедительно показано, что любой дефект, любой телесный недостаток является фактором, в известной степени изменяющим отношения человека с окружающим миром, что в результате дает «социальную ненормальность поведения» [2]. В свою очередь, нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии психологической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера. Недостаточная активность, нерешительность, пассивность, осознание своей уникальности являются отличительными особенностями детей с ДЦП и определяют возникновение острого чувства неполноценности, одиночества, дисгармоничные отношения с родителями и сверстниками [6].

Отмечается, что становление межличностных отношений определяется влиянием как личностных переменных: системой представлений человека о себе, особенностями интерпретации собственного поведения и поведения других людей, так и социальной ситуацией общения, включающей возможности, условия общения, оценку индивидом своего положения в группе [4]. При этом недостаточно внимания уделено изучению сложностей адаптации детей с ДЦП в группе сверстников [6].

Таким образом, **целью исследования** является выявление особенностей формирования взаимоотношений со сверстниками у детей с сохранным интеллектом, страдающих ДЦП.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический обзор по вопросам психического развития детей с ДЦП и особенностям формирования взаимоотношений со сверстниками.
2. Изучить межличностные отношения и поведенческие характеристики детей младшего школьного возраста, страдающих ДЦП.
4. Проанализировать эмоционально-поведенческие особенности детей с ДЦП, определяющие общение со сверстниками.

Объект исследования: поведенческие особенности детей в возрасте от 8 до 10 лет с ДЦП.

Предмет исследования: взаимодействие со сверстниками у детей, болеющих ДЦП.

Гипотеза исследования: у детей младшего школьного возраста, страдающих ДЦП, общение со сверстниками затруднено.

Для осуществления поставленной цели были сформированы экспериментальная и контрольная группы детей, в возрасте от 8 до 11 лет. Все обследуемые характеризуются сохранным интеллектом, обучаются по массовой программе. Работа с экспериментальной группой проходила на базе ГБСКОУ школы-интерната (VI вида) №9. В исследование принимали участие 11 учащихся школы-интерната. Работа с контрольной группой велась на базе ГБОУ школы №175. В исследование принимали участие 8 человек. Обследуемые дети не имеют физических и психических патологий.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы:

Клинико-психологический метод: структурированное интервью, анкета. Психологические методики: детский вариант шкалы явной тревожности SMAS (A.Castaneda, B.R.McCandless, D.S.Palermo 1956г., адаптация А.М.Прихожан 1994г.) [3], полупроективная методика «Фильм-тест» Рене-Жиля (Rene' Gille 1959 г., адаптация Ю. Ю. Федотовой 2004г.) [1].

Для математико-статистического анализа эмпирических данных были использованы метод описательной статистики, критерии Манна-Уитни, Хи-квадрат для исследования различий между группами, коэффициент корреляции Пирсона для выявления взаимосвязи между изучаемыми параметрами. Для статистического анализа использовалась программа SPSS Statistics 17.0.1.

Результаты и их обсуждение

Межличностные отношения детей с ДЦП младшего школьного возраста

Становление отношений с окружающими у детей с ДЦП в младшем школьном возрасте характеризуется узостью круга общения, скудность коммуникативного опыта. Дети с ДЦП в отличие от своих здоровых сверстников среди партнеров по общению выделяют членов семьи. Здоровые дети отдают предпочтение друзьям. Значимые различия между контрольной и экспериментальной были выявлены в результате анализа предпочтений в общении со сверстниками ($p=0,022$). Восемь человек из экспериментальной группы на вопрос «где Вам больше нравится общаться в школе или вне школы?», ответили, что предпочитают общение в школе, в то время как в контрольной группе всего один человек дал такой ответ.

Значимые различия между контрольной и экспериментальной группами были выявлены так же по такому показателю как отношение к учителю/авторитетному взрослому ($p=0,001$). Дети с ДЦП в отличие от условно здоровых детей демонстрируют нейтрально-холодное отношение к учителю. Хотя дети младшего школьного возраста, вошедшие в контрольную группу, очень ярко демонстрировали свое отношение к учителю как авторитетному взрослому. Из чего можно сделать вывод о том, что дети с ДЦП не видят в учителе авторитетного взрослого. Так же было установлено, что отношение к учителю имеет положительную корреляцию с такими личностными характеристиками как общительность ($p=0,002$) и любознательность ($p=0,035$). В контрольной группе таких корреляций не выявлено.

Статистический анализ не выявил значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по таким показателям как «отношение к матери», «отношение к отцу», «отношение к родителям как к чете» и «отношение бабушкам, дедушкам и другим родственникам». При этом анализ выполнения психологических методик позволяет отметить сильную привязанность к матери, высокую зависимость от окружающих у ребенка с ДЦП.

Эмоционально-поведенческая характеристика детей с ДЦП и особенности общения со сверстниками

В общении дети, страдающие ДЦП, более закрыты, чем их здоровые сверстники, с ними сложнее установить контакт. В конфликтных ситуациях у таких детей преобладает пассивно-страдательная реакция (плач, обида, жалобы). Дети с ДЦП гораздо больше обычных здоровых детей стремятся к уединению. Общаться они с ранних лет привыкают в узком кругу. Расширение социального взаимодействия со сверстниками не происходит даже в школе, так как в основном дети с ДЦП обучаются в малокомплектных классах от 3 до 8 человек в группе. Из-за узости коммуникативного опыта таким детям бывает сложно установить контакт со сверстниками. В непривычной ситуации дети чаще всего теряются, не знают как себя вести, предпочитают общение со взрослыми.

Так, значимые различия между контрольной и экспериментальной группами были выявлены по показателю «отношение к другу/подруге» ($p=0,012$). Отношения со сверстниками у детей с ДЦП носит более отрицательную оценку, чем у условно здоровых детей, интерес к совместной деятельности с другими детьми снижен. К друзьям, дети с ДЦП, относятся ровно без особых эмоциональных переживаний. По результатам выполнения методики Рене Жиля, среднее по показателю «отношение к другу или подруге» в экспериментальной группе равно 1,9 баллов, в контрольной группе этот показатель составляет 3,4 балла. Кроме того, выполняя задания, дети с ДЦП в отличие от своих здоровых сверстников чаще делают выбор в пользу семьи. Здоровые дети в тех же заданиях отдают предпочтение друзьям.

В результате исследования были выявлены такие эмоционально-поведенческие особенности детей с ДЦП как низкая общительность в больших группах детей 1,4 балла что на 0,6 балла ниже нормы и высокое стремление к уединению/отгороженность 6,2 балла, что в два раза выше нормы. Норма для детей от 8 до 10 лет от 0 до 3 баллов. Интересно, что ходе беседы с детьми из экспериментальной группы этих особенностей отмечено не было.

В экспериментальной группе среднее значение по такому показателю как «общительность в больших группах детей» составляет 1,4 балла, что на 0,6 балла ниже нормы. Дети с ДЦП при выполнении заданий методики Рене-Жиля отмечают себя далеко от основной группы детей или от основного действия. В контрольной группе среднее значение по этому показателю составляет 2,8 балла, что соответствует возрастной норме.

Среднее значение в экспериментальной группе по показателю «стремление к уединению или отгороженность» составляет 6,2 балла, что в два раза выше нормы. Норма для детей данной возрастной категории составляет от 0 до 3 баллов. Среднее значение по данному показателю в контрольной группе составляет 2,5 балла.

Дети с ДЦП данной группы не отличались от здоровых сверстников по показателю «тревожности». Как и в контрольной группе только 6 детям свойственно повышенное беспокойство. Статистически значимых различий

между контрольной и экспериментальной группами по этому показателю выявлено не было.

Удалось определить взаимное влияние личностных особенностей ребенка и характера межличностного взаимодействия, характерное для детей с ДЦП. Выявлены следующие корреляции: общительность имеет обратную корреляцию с отношением к матери ($p=0,002$), стремление к уединению/отгороженности имеет обратную корреляцию с тревожностью ($p=0,004$). В контрольной группе подобных тенденций не выявлено. Полученные данные позволяют предположить, что в младшем школьном возрасте, высокая привязанность к матери препятствует развитию стремления к общению у ребенка с ДЦП. В свою очередь, дети с ДЦП, отгораживаясь от окружающих, стремятся снизить тревожность в ситуациях взаимодействия с окружающими, в том числе и со сверстниками, тем самым ограничивая свой коммуникативный опыт.

Выводы

Межличностное общение детей с ДЦП характеризуется поздним становлением, ограничением средств общения, недостаточной активностью, осознанием своей уникальности. В младшем школьном возрасте характеризуется предпочтением взаимодействия в узком круге людей, высокой зависимостью от семьи, нейтральным или негативным отношением к сверстникам и учителю по сравнению с условно здоровыми детьми.

Для детей страдающих ДЦП характерны следующие особенности: низкая общительность, склонность к пассивно-страдательным реакциям на ситуацию фрустрации, невысокая тревожность.

Общение со сверстниками детей с ДЦП отличается низкой значимостью контактов со сверстниками, ограничением круга общения детьми школьного класса, чувством одиночества и стремлением к избеганию взаимодействия.

В группе детей с ДЦП выявлена обратная взаимосвязь тревожности и стремления к уединению, что позволяет предположить, что избегание контактов, стремление к уединению позволяет детям снизить собственную тревожность в межличностных контактах.

Литература

- 1) Альманах психологических тестов. - М.: КСП, 1996. – 397с.
- 2) Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.- 364с.
- 3) Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития.– СПб, 2002. – 176с.
- 4) Мастюкова Е.М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом // Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А. Власовой. - М, 1985.- 369с.
- 5) Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. - М.: «Медицина», 2006 –251с.

- б) Шипицына Л.М. Социальная и педагогическая интеграция. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.- СПб, 2001. – 321с.

ОБРАЗ ТЕЛА У ЛЮДЕЙ С ФАНТОМНО-БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Миняхина К.А. (Научный руководитель – Никитина В.Б.)

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Фантомно-болевым синдромом является сложной проблемой, затрагивающей не только различные области медицины, но и клинической психологии, так как, помимо физического восприятия боли, отражается и на субъективном переживании болевых ощущений, возникающих после ампутации.

Актуальность изучения различных аспектов переживания боли в ситуации ампутации конечностей обусловлена тем, что в последние годы в связи с ростом травматизма и числа заболеваний нижних конечностей увеличилось количество больных, страдающих фантомной болью и болью в культе. Кроме того, до настоящего времени еще недостаточно полно изучены причины и механизмы развития болевого синдрома, и способы избавления от этого тяжелого недуга.

Помимо телесных ощущений в структуру субъективного переживания боли включается и психологическое восприятие относительно наличия физического дефекта, а также психотравмирующей ситуации ампутации конечности.

Целью данного исследования выступает теоретико-методологическое обоснование в описании клинического случая субъективного переживания боли, вызванной ампутацией конечностей, изучение феномена фантомно-болевого синдрома, а также особенностей восприятия образа своего тела в связи с наличием физического дефекта.

В психологических исследованиях (Г.Н. Кассиль, И.Б. Ершова, В.П. Лунев, Р.Г. Есин) феномен субъективного переживания боли при утрате конечностей (фантомные боли) определяется как комплекс псевдосенсорных ощущений, возникающих после ампутации, и выражается в иллюзии присутствия утраченной части тела.

Фантомный болевой синдром является одним из наиболее ярких примеров неврогенных (нейрогенных) болевых синдромов, причиной которых является повреждение структур периферической или центральной нервной системы, участвующих в проведении ноцицептивных сигналов [6].

Феномен фантомных болей впервые был описан А. Паре еще в 1552 году, однако механизмы возникновения и течения фантомно-болевого синдрома полностью не изучены и до настоящего времени.

Согласно статистике фантомные ощущения отсутствуют лишь у 3-4% ампутированных [4]. Появление фантомных болей происходит как непосредственно после ампутации конечности, так и с течением времени. Длительность же фантомных ощущений может варьироваться от нескольких месяцев и до нескольких лет, в крайних случаях боли могут сопровождать человека на протяжении всей жизни и принимать хроническую форму.

Данные исследований показывают, что частота развития фантомно-болевого синдрома составляет 30-35% от общего числа пациентов с ампутацией, а фантом ощущается с той же интенсивностью, что и до операции [11].

Фантомно-болевым синдромом развивается в ответ на запуск болевой или соматосенсорной памяти, активация которой происходит за счет длительной ноцицептивной импульсации в предоперационном периоде, а в послеоперационном – за счет развития невритом, остеофитов костного опиала, а также последующего развития ишемии в дистальной части культи. Нельзя исключить также роль развития воспалительной реакции на конце нерва, а также травму кожных покровов во время операции последующего протезирования конечности [11].

Субъективно фантомные боли описываются как строго локализованные, жгучие, выкручивающие, острые, но при этом кратковременные ощущения. Усиление болей происходит в вечернее время или ночью, кроме того на появление фантомных болей оказывают влияние изменения погодных условий и стресс.

Помимо этого фантомные боли характеризуются тем, что ампутированная конечность воспринимается не полностью, а только частично (палец, подошва, кисть и т.д.), возникает ощущение укорочения конечности. Некоторые больные чувствуют свою потерянную конечность не в постели, а где-то в пространстве.

Ухудшение качества жизни, вызванное ампутацией конечности, осложняется изменениями в психической сфере. По характеру психических проявлений выделяют 2 типа реакций, вызванных постампутационными болями[5]:

1) эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, взрывчатость, плаксивость, склонность к фиксации ощущений, замедление процесса осмысливания, истощение активного внимания, замедление речи, речевая утомляемость, снижение процессов запоминания;

2) явления вялости, пассивности, общей адинамии; нежелание вступать в контакт, односложность ответов.

Кроме этого пациенты с фантомно-болевым синдромом характеризуются нарушением дифференциации в структуре своего тела, а также изменением эмоционального отношения к телу. Болевые дескрипторы у таких пациентов относятся к утраченным конечностям, а сам фантомно-болевым синдром поддерживает иллюзию реального существования ампутированной конечности, что препятствует изменению структуры образа

физического Я. С этим связано неадекватное самоотношение у людей с фантомными болями: для них характерно завышение представлений о своих возможностях с тенденцией к снижению значимости последствий телесного дефекта.

Исходя из вышесказанного, наличие фантомно-болевого синдрома оказывает негативное влияние на подготовку пациента к этапу протезирования и реабилитации после ампутации конечности.

С целью преодоления фантомно-болевого синдрома было проведено исследование пациента с ампутацией конечностей и предоставлено как описание клинического случая.

Для реализации исследования были использованы следующие психодиагностические методы: метод субъективной оценки боли; шкала временных установок (Ж. Нюттен) [7]; опросник временной перспективы (Ф. Зимбардо) [9]; методика «Пиктограмма» (А.Р. Лурия) [8]; методика «Линия жизни» (авторская модификация Т.Д. Василенко) [3]; многомерный вербально-цветовой болевой тест (Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров) [1]; методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд) [2]; шкала оценки влияния травматического события (М.Горовиц, Н.Вилнер, В.Алварес) [10]; шкала диссоциации (Е. Бернштейн, Ф. Патнем) [10].

Исследование проводилось на базе протезно-ортопедического предприятия г. Курска в 2013 году.

Пациент Н., 25 лет, поступил в стационарное отделение протезно-ортопедического предприятия г. Курска с ампутационными культями обеих голеней. Ампутации была произведена в 2008 году по причине обморожения конечностей (на тот момент пациенту было 20 лет). В картине сопутствующих заболеваний выявлена гипертоническая болезнь, алкогольный гепатит, а также алкоголизм 3 степени. В ходе беседы с пациентом выяснилось, что он длительное время злоупотреблял алкоголем и имеет только начальное школьное образование (4 класса).

При описании клинического взаимодействия следует отметить, что пациент выполнял методики по собственному согласию, проявлял интерес к исследованию, при этом многие задания вызывали у него затруднения. В частности в ряде методик, в которых необходимо было при ответе на вопрос произвести выбор из нескольких ответов, пациент делал выбор крайних ответов, что ставило под сомнение понимание им самой сути задания. Даже после неоднократного повторения инструкции, изменений в ответах не было. Поэтому возникло предположение о том, что у пациента есть трудности с чтением. В связи с этим тактика проведения исследования была изменена: экспериментатор самостоятельно зачитывал задания методик и возможные варианты ответа (например, «верно», «неверно», «совершенно верно», «совершенно неверно»; «никогда», «редко», «иногда», «часто» и т.п.), из которых испытуемый должен был сделать выбор. Даже в этом случае приходилось разъяснять отдельные задания, которые вызывали затруднение и недопонимание у пациента, и множественно повторять варианты ответа, т.к. испытуемый не мог их запомнить. Помимо этого пациент часто обращал

внимание на реакции экспериментатора при своих ответах (в особенности изначально, когда самостоятельно заполнял бланки, при этом старался подолгу задерживаться над вопросом, если экспериментатор наблюдает, и ускорятся с ответами, когда экспериментатор отводил взгляд). Также были выявлены трудности с выбором цвета из списка (в одной из методик каждому цвету был приписан определенный номер, при этом пациент не мог назвать тот цвет, номер которого он выбирал) и в задании, где ответ необходимо было дать в процентном отношении. От выполнения методики, связанной с рисованием, испытуемый отказался, объяснив это тем, что не умеет рисовать и что у него недостаточно для этого образования.

Качественный анализ полученных результатов свидетельствуют о том, что пациент стремится избегать ситуации, напоминающие ему о психотравмирующем событии (в данном случае ампутацию), испытывает нарушения сна (кошмары, бессонница). Испытывает навязчивые, зачастую внезапно наступающие воспоминания о событиях, связанных с его прошлой жизнью, в том числе ампутацией ног. Болевые ощущения характеризуются тем, что они четко локализованы в конечностях (боль на окончании культи; испытуемый неоднократно повторял, что у него «болят ноги»), зависят от изменения погодных условий (усиливаются в холодную, пасмурную погоду) и времени суток (чаще всего появляются вечером и ночью). Кроме того боль возникает внезапно, характеризуется кратковременность, глубиной (боль исходит не с поверхности кожи; пациент говорил о том, что его ноги «болят внутри»). Временная ориентация характеризуется направленностью на будущее (в одной из методик испытуемый не указал ни одного события из прошлого, при этом повторял, что хочет «сделать ноги» и «найти девушку»), а временные установки – негативным отношением к прошлому и позитивным к настоящему и будущему. Со слов пациента, его больше беспокоит не физический дефект и боль телесная, а «душевная боль», которую создают воспоминания из прошлого, при этом он не ощущает себя отличным от других людей. У испытуемого наблюдается искажение объективного восприятия образа своего физического Я и действительности.

Таким образом, в ходе исследования у пациента было обнаружено наличие фантомных болей, а также изменений в психической сфере, вызванных действием психотравмирующей ситуации, которая остается актуальной для пациента, а также препятствует принятию телесных изменений и перестройке образа своего тела.

Литература

1. Адашинская Г.А. Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой болевой тест/ Научно-практический журнал "Боль", 2005, № 1 (6), с. 26-33.
2. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. Серия «Мастера психологии» — 3-е изд. СПб.: Питер, 2007. — 688 с.
3. Земзюлина, И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной

роли – роли матери [Текст] : автореф. дис. ... канд. псих. наук / И.Н. Земзюлина. – Курск, 2009. – 26с.

4. Кассиль Г.Н. Наука о боли. 2-е дополненное издание. - М.: Издательство «Наука», 1975. - 400 с.

5. Лунёв В.П., Ломакина Е.В. Фантомно-болевого синдром. Орел. ГОУ ВПО «ОГУ». Медицинский институт. ФМБА России. ФГУ «ГБ МСЭ по Орловской области. 2011-22с.

6. Нейротин (габапентин) в лечении вертеброгенной нейропатической боли / Р.Г. Есин [и др.] // Вертеброневрология. 2005. Т. 12. № 3-4. С. 55-60.

7. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. – М.: Смысл, 2004. – 608с.

8. Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 146 с.

9. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Ф. Зимбардо по временной перспективе // Психологическая диагностика. 2007. № 1. С. 85-106.

10. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. – 272 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»)

11. Фантомно-болевого синдром – реальная проблема, стоящая перед человеком с ампутированной нижней конечностью / И.Б. Ершова [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15. – № 3, ч. 2 (59). – с. 97-99.

РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ *Михайлов В.Б.*

Харьковский национальный медицинский университет

Смертность от заболеваний системы кровообращения в Украине занимает первое место и в 2-4 раза выше чем в странах ЕС и мира, причем в нашей стране умирают от данной патологии не только чаще, но и в более раннем возрасте.

Трудность проблемы заключается также в том, что из числа больных, перенесших острые сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ) , только 20 % возвращаются к труду, а большинство становятся инвалидами и требуют посторонней помощи.

У большинства больных, перенесших ИМ и МИ, отмечаются разные психоэмоциональные нарушения. В современной литературе эти изменения отображаются двояко: как реакция личности на болезнь (болезнь сама по себе стрессовый фактор, влияющий на психическую сферу пациента) и как

следствие общего патологического процесса (нарушение нормального течения сосудистых, обменных процессов).

Именно поэтому, целью нашего исследования было определение особенностей развития нарушений депрессивного спектра у лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт.

У больных с ИМ в остром периоде ведущим является болевой синдром, который приводит к выраженным психоэмоциональным расстройствам. На фоне сохранения когнитивных функций превалирует фобическая, тревожно-депрессивная симптоматика, выраженность которой напрямую зависит от выраженности болевого синдрома. В последующем первичный психоэмоциональный витально обусловленный компонент исчезает, формируются тревожно-депрессивные нарушения, гипо- и анозогностический тип восприятия своего состояния.

У пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

Разработана система психотерапевтической коррекции нарушений депрессивного спектра у лиц, перенесших ИМ и МИ, построенная по мультимодальному принципу. Для больных с ИМ система включала проведение лично – ориентированной, рациональной психотерапии и АТ, для больных с МИ – гипносуггестивной, когнитивно - бихевиоральной психотерапии, когнитивного и АТ. Апробация разработанной нами системы показала значительное улучшение у 80 % больных с ИМ и у 77 % больных с МИ, частичное улучшение - у 10 % больных с ИМ и у 13 % больных с МИ.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ

У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА *Молчанова Л.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Общая оценка степени изученности психического выгорания свидетельствует о том, что в последние годы научный интерес сосредоточен на проблеме довольно широкого его распространения среди студенческой молодежи. Так согласно данным одного из исследований до 40% студентов колледжей страдают психическим выгоранием разной степени выраженности, причем частота его проявления увеличивается от младших к старшим курсам [13]. В другом исследовании отмечено, что максимальное число студентов с признаками психического выгорания обучаются на третьем курсе – до 42% [8]. Кроме того, имеются данные, свидетельствующие о наибольшей степени распространенности психического выгорания среди студентов медицинских вузов и в разных

странах – до 34–43% [9, 11]. Так, частота психического выгорания среди студентов медицинских вузов Голландии, Англии достигает 24–26% [16]. По данным трехлетнего исследования распространенности психического выгорания, депрессии и поведенческих расстройств среди студентов семи американских медицинских колледжей у более 52% всех респондентов выявлены симптомы его разной степени выраженности [15].

Вместе с тем, несмотря на стабильно возрастающий интерес к проблеме психического выгорания у студентов исследование закономерностей его структурно-динамических изменений относятся к числу неизученных проблем.

В настоящее время сложилось научное представление, согласно которому психическое выгорание представляет собой состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы и включающее в себя три составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений [4, 7, 14]. Существует значительное количество объясняющих его природу научных подходов [2, 23, 24, 26-28]. К числу наиболее значимых относятся: структурный, процессуальный, структурно-процессуальный подходы. Согласно структурному подходу психическое выгорание понимается как состояние, включающее конкретные элементы [4, 7, 14]. В рамках процессуального подхода психическое выгорание рассматривается как процесс с последовательной сменой стадий, протекающий в ходе профессионального развития человека и имеющий длительный характер [1, 10, 12]. С позиций структурно-процессуального подхода психическое выгорание представляет собой динамичную структуру, характеризуется фазностью и имеет свою специфику, общую для представителей профессий помогающего типа [3, 4].

В нашем исследовании реализован методологический подход К. К. Платонова (1982) к пониманию психического состояния как промежуточного психического образования между двумя уровнями психических явлений: психическим процессом и психическим свойством индивида. Согласно К. К. Платонову (1982), переход одного уровня психических явлений в другой происходит по принципу обобщения структур процесса в более сложную структуру состояния и в еще более общую и сложную структуру свойств личности при сохранении и формы и содержания основного психического явления как процесса [5].

Опираясь на результаты исследований К. К. Платонова о взаимосвязи друг с другом и взаимопереходе всех трех уровней форм психических явлений: психических процессов, психических состояний и свойств личности, и следуя структурно-процессуальной логике, мы выдвинули предположение о том, что с каждым переходом из одной фазы в другую состояния психического выгорания наблюдается усиление взаимосвязей между всеми его структурными элементами. Повторяющиеся в каждой фазе структурно-динамические изменения состояния психического выгорания рассматриваем как закономерности его трансформации. В фазе «истощение»

состояния психического выгорания ожидается наличие самой высокой степени интегрированности взаимосвязей его структурных элементов между собой, что позволяет выдвинуть предположение о его трансформации в другую группу психических явлений – свойства.

Изучение закономерностей трансформации состояния психического выгорания осуществлялось в 2011 году на базе Курского государственного медицинского университета среди 133 студентов 2-го курса лечебного факультета с использованием следующих психодиагностических методик: «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко [6]; опросника на выгорание MBI С. Maslach, S. E. Jackson [2] (в адаптации Н.Е. Водопьяновой).

Средние значения показателей состояния психического выгорания студентов лечебного факультета, полученные с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко, соответствуют среднему уровню выраженности в фазах «напряжение» – $X_{cp.}=37,44\pm 15,71$ и «истощение» – $X_{cp.}=45,37\pm 15,4$. Средние значения фазы «резистенция» достигли уровня сформированности: $X_{cp.}=66,98\pm 15,74$.

Изучение средних значений показателей структурных элементов состояния психического выгорания студентов лечебного факультета осуществлялось с использованием опросника на выгорание MBI (С. Maslach, S. E. Jackson, в адаптации Н. Е. Водопьяновой), и указало на средний уровень их выраженности: «эмоциональное истощение» – $X_{cp.}=24,30\pm 8,53$, «деперсонализация» $\bar{X}_{cp.}=12,01\pm 5,53$, «редукция личных достижений» $\bar{X}_{cp.}=29,48\pm 7,00$.

Проведенный с помощью критерия U-Манна-Уитни попарный сравнительный анализ средних значений показателей структурных элементов состояния психического выгорания у студентов лечебного факультета в его различных фазах позволил установить следующие общие тенденции в его динамике (см. таблицу 1):

Таблица 1

Средние значения и значимость различий показателей структурных элементов состояния психического выгорания студентов лечебного факультета в его различных фазах (U-критерий Манна-Уитни, $p\leq 0,05$; $U_{эмп.}^* < U_{кр.}$)

Фазы выгорания Структурные элементы	Фаза «напряжение» (1)				Фаза «резистенция» (2)				Фаза «истощение» (3)			
	$X_{cp.} \pm \sigma_x$	Качественный	(1)-(2)		$X_{cp.} \pm \sigma_x$	Качественный	(2)-(3)		$X_{cp.} \pm \sigma_x$	Качественный	(1)-(3)	
			$U_{эмп.}$	p			$U_{эмп.}$	p			$U_{эмп.}$	p
«эмоциональное истощение»	21,72 \pm 6,53	Средний уровень выраженности	3429, 5*	0,047	24,28 \pm 8,59	Средний уровень выраженности	5736,0 *	0,027	26,88 \pm 7,02	Средний уровень выраженности	2134, 0*	0,000 05

«деперсонализация»	10,06 ± 3,84	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	3435, 5*	0,049	11,98 ± 5,57	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	5729,0 *	0,026	13,52 ± 4,93	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	213 5,5*	0,0000 5
«редукция личных достижений»	27,33 ± 6,58	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	3421, 5*	0,044	29,43 ± 7,05	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	5736,5 *	0,027	31,67 ± 5,08	Сред- ний уро- вень выра- жен- ности	2129 ,0*	0,000 05

* - значимость различий

– средние значения показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания во всех фазах соответствуют умеренному уровню выраженности;

– увеличение уровня выраженности средних значений показателей всех структурных элементов: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция личных достижений» в фазе «истощение» состояния психического выгорания;

– преобладание более высоких средних значений показателей всех структурных элементов в фазе «истощение» состояния психического выгорания;

– статистически значимые различия в уровнях выраженности средних значений показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания во всех его фазах.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что с каждым переходом из одной фазы в другую состояния психического выгорания значимо усиливается по сравнению с предыдущей фазой уровень истощения эмоциональных, физических и энергетических ресурсов, характеризующийся снижением эмоционального фона, равнодушным или эмоциональным перенасыщением. Также значимо увеличивается уровень дезадаптации, проявляющейся в уменьшении количества контактов, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме, редуцировании собственных профессиональных достижений.

Изучение динамики взаимосвязей структурных элементов состояния психического выгорания между собой у студентов лечебного факультета осуществлялось с использованием корреляционного анализа Пирсона, по результатам которого были выявлены следующие общие закономерности: взаимосвязи показателей структурных элементов состояния психического выгорания отличаются во всех его фазах по тесноте и уровню значимости; в фазе «напряжение» выявлена значимая корреляционная взаимосвязь между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» ($r=0,51^{**}$); в фазе «резистенция» установлены значимые и высокозначимые корреляционные взаимосвязи между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» ($r=0,52^{**}$),

«деперсонализация» и «редукция личных достижений» ($r=0,33^*$); в фазе «истощение» обнаружены значимые и высокозначимые корреляционные взаимосвязи между всеми структурными элементами состояния психического выгорания. Так в данной фазе коэффициент корреляции между элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация» имеет значение, равное $0,81^{**}$. Между элементами «эмоциональное истощение» и «редукция личных достижений» коэффициент корреляции у составляет $0,61^{**}$. Между элементами «редукция личных достижений» и «деперсонализация» выявлено значение коэффициента корреляции, равное $0,83^*$; самые тесные взаимосвязи во всех трех фазах фиксируются между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация»; с каждым переходом из одной фазы в другую состояния психического выгорания проявляется усиление взаимосвязей между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация», «эмоциональное истощение» и «редукция личных достижений»; степень интегрированности взаимосвязей показателей структурных элементов состояния психического выгорания между собой является самой высокой в фазе «истощение».

Итак, состояние психического выгорания у студентов лечебного факультета характеризуется тенденциями и закономерностями структурно-динамических изменений в его различных фазах. Тенденции структурно-динамических изменений состояния психического выгорания состоят в усилении уровня средних значений показателей структурных элементов «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция личных достижений» при переходе из фазы в фазу; в статистической значимости различий в уровнях выраженности средних значений показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания во всех трех его фазах. А закономерности – в усилении тесноты взаимосвязей между всеми структурными элементами состояния психического выгорания и степени их интегрированности при переходе из одной фазы в другую; в самых высоких показателях взаимосвязей во всех трех фазах между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация»; в фазе «истощение» – в самых интегрированных взаимосвязях показателей всех структурных элементов состояния психического выгорания между собой.

Таким образом, в фазе «истощение» значимо увеличивается уровень выраженности структурного элемента «эмоциональное истощение», наблюдаются самые тесные и интегрированные взаимосвязи между структурными элементами «эмоциональное истощение» и «деперсонализация», самые интегрированные взаимосвязи всех структурных элементов между собой, что позволяет выдвинуть предположение о его трансформации в другую группу психических явлений – свойства.

Литература.

1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
2. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
3. Никишина В. Б., Молчанова Л. Н., Недуруева Т. В. Состояние «выгорания»: детерминация, феноменология, генезис, измерение: монография. – Курск, 2007. – 381 с.
4. Орёл В. Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. 330 с.
5. Платонов К. К. Система психологии и теория отражения. – М.: Наука, 1982. – 309 с.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007. 672 с.
7. Рукавишников А. А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2001. – 173 с.
8. Судаков К. В. Теория функциональных систем и профилактическая медицина // Вестник РАМН. 2001. № 5. С. 7–14.
9. Barclay L. Burnout in Medical Students Linked to Self-Reported Unprofessional Conduct // JAMA. 2010. № 304. P. 1173–1180.
10. Burisch M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout // In Professional burnout: recent developments in theory and research / Ed. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. – London: Taylor and Francis, 1993. – P. 75-93.
11. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Harper W. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study // Med. Educ. 2009. № 43(3). P. 274–282.
12. Edelwich J., Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. – New York: Human Science Press, 1980. – 218 p.
13. Jacobs S. R., Dodd D. K. Student Burnout as a Function of Personality, Social Support, and Workload // Journal of College Student Development. 2003. № 2. P. 23–28.
14. Maslach C. Burnout. The Cost of Caring. Englewood Cliffs; Prentice – Hall, 1982. – 177 p.
15. Ross S., Cleland J., Macleod M. J. Stress, debt and undergraduate medical student performance // Medical Education. 2006. № 40. P. 584–589.
16. Santen S. A., Holt D. B., Kemp J. D. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors / Santen S.A., Holt D.B., Kemp J.D. et al. // Southern Medical Journal. 2010. № 103. P. 758–763.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

О.В. Муравьева, Т.Н. Разуваева

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

В современном обществе человек ежедневно испытывает воздействие множества стрессогенных факторов. В совладании с негативным эффектом этого воздействия значительную роль выполняют копинг-стратегии, которые представляют собой сознательно организованное поведение, направленное на преодоление стрессовой ситуации и разрешение возникшей проблемы [5]. В совокупности всех видов копинг-механизмов, используемых одним человеком, могут присутствовать как адаптивные, так и не адаптивные копинг-механизмы, при этом их сочетание и структура всегда индивидуальны и изменчивы. Выбор тех или иных стратегий совладания, а также степень успешности их использования в определенной ситуации зависят от многих факторов, в том числе, и от психологических и психофизиологических особенностей человека [2].

Депрессивные расстройства характеризуются снижением энергичности, активности, пониженным настроением. У лиц, страдающих депрессией, обычно отмечаются нарушения сна, выраженная усталость даже после минимальных усилий [4]. Симптомы, наблюдающиеся при депрессивных расстройствах, могут приводить к затруднению эффективного использования копинг-механизмов.

В психологической литературе имеется достаточное количество работ, посвященных проблемам больных депрессией. Большое внимание изучению личностных характеристик больных, стрессовых ситуаций как факторов риска заболеваемости депрессией, адаптации и дезадаптации личности в стрессовых ситуациях, механизмов совладания и механизмов психологической защиты, личностной сферы больных уделяли такие исследователи, как Кабанов М. М. (1985), Ташлыков В. А. (1990, 1992), Ялтонский В. М. (1995), Истомина С.Л. (1998), Жданова Т.Н. (2004). Однако анализ литературных источников, посвященных изучению клинико-психологических особенностей больных депрессией, показал, что особенности копинг-механизмов у больных депрессией изучены в недостаточной степени [5].

Для изучения особенностей копинг-механизмов у лиц, страдающих депрессией, мы применяли комплексный метод, включающий теоретический анализ психологической литературы по данной проблеме, эмпирические методы, статистические методы обработки данных и метод качественного описания результатов.

Изучая копинг-механизмы мы пользовались методикой для психологической диагностики копинг-механизмов (автор Э. Хайм), которая предназначена для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом. В данной статье представлены результаты исследования, проведенного на базе ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», в период с 12 февраля 2013 г. по 30 марта 2013 г.

На первом этапе нашего исследования было проведено тестирование больных депрессией с помощью шкалы Цунга для самооценки депрессии, по

результатам которого были отобраны испытуемые в количестве 63 человек. Данная выборка была условно разделена на три равные группы по 21 человеку в каждой, на основании критерия степени тяжести депрессии. Таким образом, мы получили три группы испытуемых: 1 группа – с низким уровнем депрессии, 2 группа – со средним уровнем депрессии, 3 группа – с высоким уровнем депрессии.

На следующем этапе исследования мы изучали особенности копинг-механизмов у больных депрессией с помощью методики «Диагностика индивидуальных копинг-стратегий» (автор Э. Хайм). В результате проделанной работы было выявлено, какой тип копинг-стратегий (когнитивный, эмоциональный, поведенческий) является наиболее успешно используемым больными депрессией. Полученные данные представлены на Рис. 1.1.

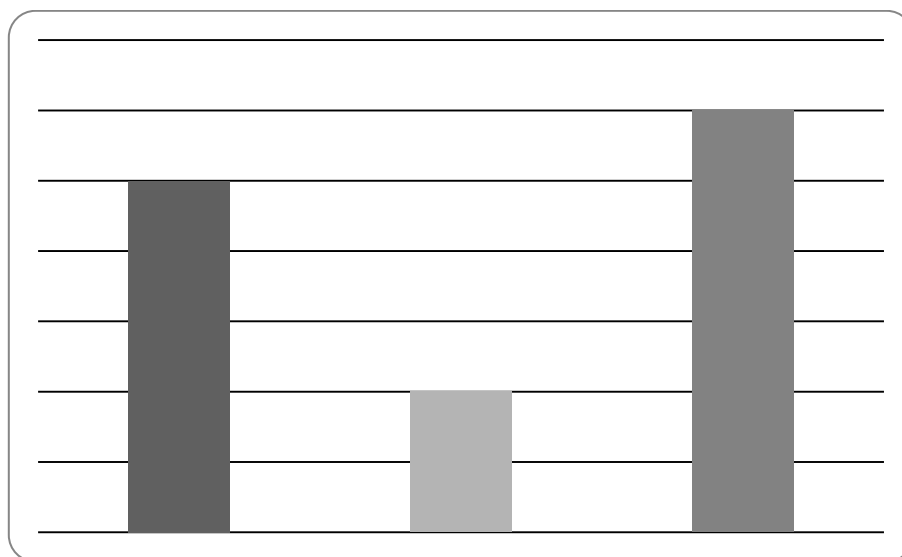


Рис. 1.1 Суммы баллов по видам копинг-стратегий у больных депрессией

Как видно из Рис. 1.1, наиболее успешно больными с депрессией применяются поведенческие копинг-стратегии, а наименее успешно – эмоциональные копинг-стратегии. Можно предположить, что полученный результат обусловлен нарушением эмоциональной сферы, имеющимся при депрессивных расстройствах, вследствие которого страдает успешность применения эмоциональных копинг-стратегий.

Перейдем к изучению особенностей копинг-механизмов в отдельных группах больных депрессией с разным ее уровнем. Результаты, полученные в группе больных с низким уровнем депрессии, представлены на Рис. 2.1.

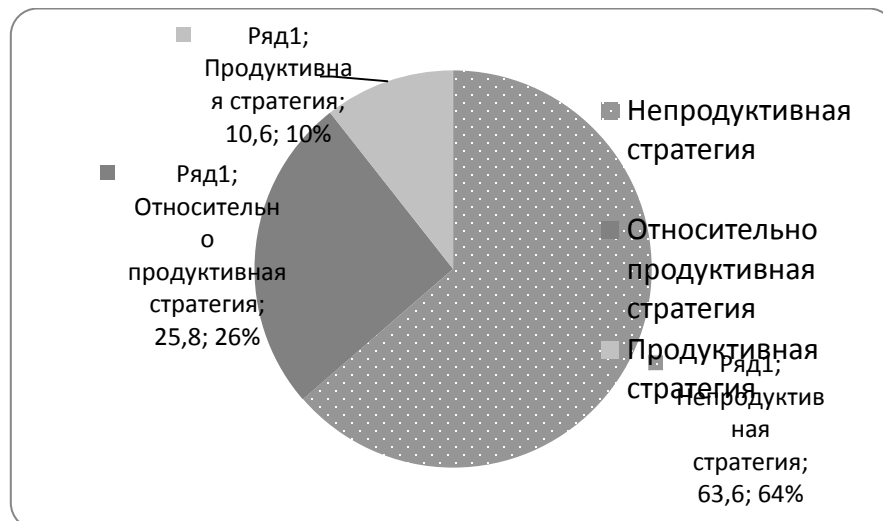


Рис. 2.1 Распределение эффективности использования копинг-стратегий испытуемыми с низким уровнем депрессии

В группе испытуемых с низким уровнем депрессии 10,6% испытуемых используют продуктивные копинг-стратегии, 25,8% - относительно продуктивные, 63,6% - непродуктивные. Продуктивные копинг-стратегии представляют собой прямые попытки справиться с проблемой, с помощью посторонних людей или без нее. В то время как непродуктивные копинг-стратегии являются дисфункциональными и представляют собой попытку избежать возникших затруднений.

При изучении эффективности применения копинг-стратегий в группе больных со средним уровнем депрессии получены результаты, отраженные на Рис. 2.2.

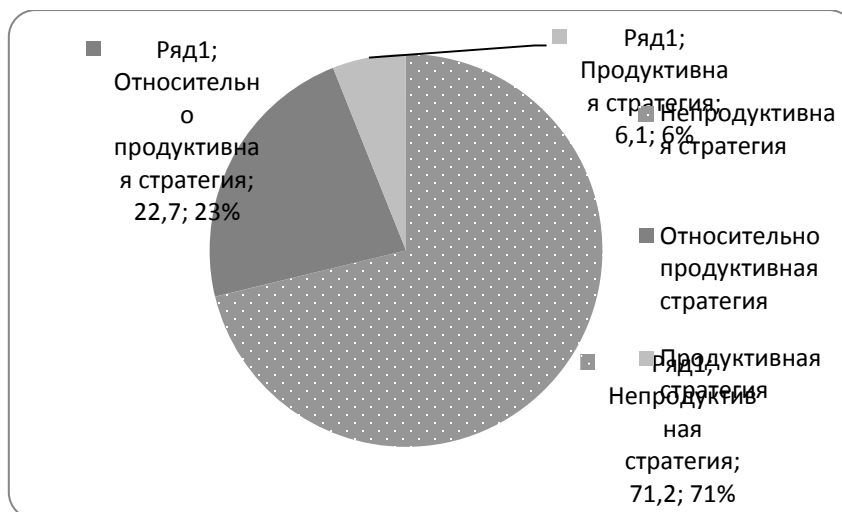


Рис. 2.2 Распределение эффективности использования различных видов копинг-стратегий испытуемыми со средним уровнем депрессии

Как видно на Рис. 2.2, в группе испытуемых со средним уровнем депрессии 6,1% испытуемых используют продуктивные копинг-стратегии, 22,7% - относительно продуктивные, 71,2% - непродуктивные. Таким образом, большая часть испытуемых со средним уровнем депрессии применяют непродуктивные копинг-стратегии, которые представляют собой попытку игнорирования и избегания затруднительных ситуаций. Относительно продуктивные копинг-стратегии, которые являются

эффективными лишь в некоторых ситуациях, например, не очень значимых для личности, используются 22,7% испытуемых со средним уровнем депрессии. Продуктивные стратегии, представляющие собой поведение, непосредственно направленное на решение возникших трудностей, используются лишь 6,1% испытуемых данной группы. Можно предположить, что полученные результаты связаны с тем, что у больных данной группы имеются нарушения эмоциональной, когнитивной, мотивационно-волевой и поведенческой сфер, вследствие которых выбор продуктивных копинг-стратегий для большинства испытуемых является невозможным.

Далее перейдем к рассмотрению результатов, полученные в группе испытуемых с высоким уровнем депрессии, которые представлены на Рис. 2.3.

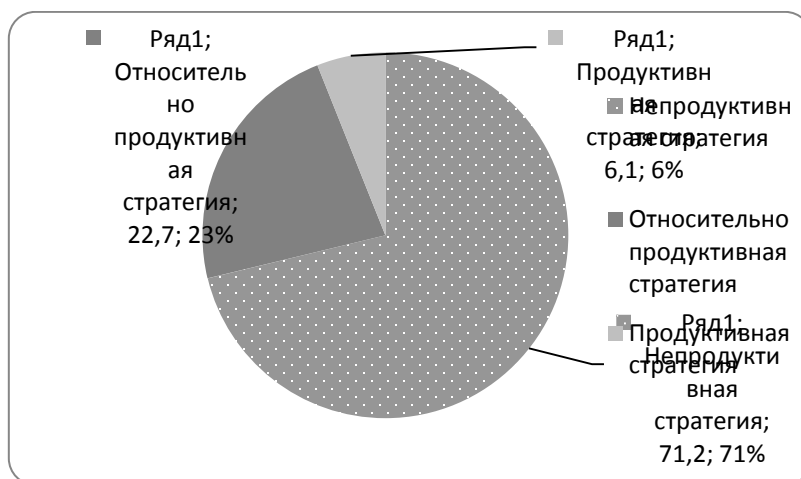


Рис. 2.3 Распределение эффективности использования различных видов копинг-стратегий испытуемыми с высоким уровнем депрессии

В группе испытуемых с высоким уровнем депрессии 0% испытуемых используют продуктивные копинг-стратегии, 18,2% - относительно продуктивные, 81,8% - непродуктивные. Таким образом, большая часть группы больных с высоким уровнем депрессии (81,8%) используют непродуктивные копинг-стратегии, то есть пытаются избежать разрешения сложных жизненных ситуаций. Можно предположить, что это связано со снижением общей активности, фона настроения и нарушениями волевой и поведенческой сфер. Относительно продуктивные копинг-стратегии в данной группе больных выбирают 18,2% человек, а продуктивные – 0%. Невозможность выбора продуктивных копинг-стратегий можно связать с падением активности и энергичности, наблюдающихся при высоком уровне депрессии, а также нарушениями в эмоциональной сфере.

В результате статистического анализа полученных данных с помощью коэффициента корреляции Пирсона была обнаружена достоверная корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями уровня депрессии и эффективности копинг-механизмов во всех трех группах испытуемых. Таким образом, уровень депрессии взаимосвязан с эффективностью применения копинг-механизмов. Можно предположить, что чем выше уровень депрессии, тем менее эффективно испытуемые применяют копинг-стратегии.

Также была выявлена корреляционная связь на уровне 0,01 между показателями уровня депрессии и частоты использования определенных видов копинг-механизмов. Положительно коррелируют между собой высокий уровень депрессии и эмоциональный вид копинг-стратегий, а также средний уровень депрессии и поведенческий вид копинг-стратегий.

Таким образом, мы можем предполагать, что уровень депрессии влияет на выбор тех или иных видов копинг-стратегий. Для испытуемых с высоким уровнем депрессии характерно более эффективное использование эмоциональных копинг-стратегий, а также отсутствие в структуре копинга продуктивных копинг-стратегий. В группе испытуемых со средним уровнем депрессии наиболее эффективно используются поведенческие копинг-стратегии, а также в структуре копинг-механизмов присутствуют как продуктивные, так и непродуктивные копинг-стратегии. Испытуемые с низким уровнем депрессии, по сравнению с другими группами, наиболее часто используют продуктивные копинг-стратегии. Мы предполагаем, что существует взаимосвязь между уровнем депрессии и продуктивностью копинг-стратегий. Данное положение требует дальнейшего изучения проблемы.

Литература

1. Вейн, А.М. Депрессия в неврологической практике: монография. М., 2002.- 280 с.
2. Куан Чыонг Шон Взаимосвязь самооценки и механизмов совладания при депрессии и наркомании: Дисс. канд. психол. наук. М., 2006. – 218 с.
<http://www.dissercat.com/content/vzaimosvyaz-samootsenki-i-mekhanizmov-sovладaniya-pri-depressii-i-narkomanii>
3. Кудякова, Т. А. Клинические и биологические особенности в динамике терапии депрессивных расстройств: Дисс. канд. мед. наук. Томск, 2004.
4. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10)
<http://10mkb.ru/articles.php?path=base/block5/block4>
5. Чехлатый Е.И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2006. — Т.3. — №2. —С. 19-23.

Трансформация понятия «Здоровье» в современном мире

Муштенко Н.С.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ,

Современный этап развития нашего общества связан с демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, ухудшением психического состояния здоровья населения страны, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов. В связи с прогрессирующей социально-экономической деструкцией общества становится ясно, что необходим поиск новой стратегии развития человечества, исходящей из современного понимания новой социокультурной парадигмы. Только такая стратегия способна снять пагубное затянувшееся противостояние человечества и окружающего мира, обеспечить органическое единство Человека со Вселенной и его развитие в гармонии со всеми формами жизни, развитие, доминантой которого выступает духовно, ментально-психически и физически здоровая личность. Во все времена у всех народов мира непреходящей ценностью человека и общества являлось и является физическое и психическое здоровье. Еще в древности оно понималось врачами и философами как главное условие свободной деятельности человека, его совершенства.

Работы междисциплинарного характера, появившиеся в последние десятилетия, свидетельствуют о повышении научного интереса к различным проявлениям здоровья в жизнедеятельности человека. Вместе с тем процесс познания в целом, несмотря на специфику исследовательских методов и источников информации, использует преимущественно медико-биологический подход к изучению здоровья, то есть подход, ориентированный на болезнь. Хотя формально он направлен на выяснение корреляционных зависимостей между зафиксированным медицинским способом случаями болезней и отдельными факторами социальной жизни, характеристиками социального статуса и образа жизни человека.

Известно, что уровень здоровья человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но, по данным ВОЗ, он лишь на 10-15% связан с последним фактором, на 15-20% обусловлен генетическими факторами, на 25% его определяют экологические условия и на 50-55% - условия и образ жизни человека [1]. Таким образом, очевидно, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Между тем современный человек в большинстве случаев перекладывает ответственность за свое здоровье на врачей. Он фактически равнодушен по отношению к себе, не отвечает за силы и здоровье своего организма и наряду с этим не старается исследовать и понимать свою душу. В действительности человек занят не заботой о собственном здоровье, а лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время увяданию здоровья на фоне значительных успехов медицины. В действительности же укрепление и

творение здоровья должны стать потребностью и обязанностью каждого человека.

Здоровье представляет собой важнейшую ценность не только для самого человека, но и для социума в целом. Поэтому общество крайне заинтересовано в сохранении и укреплении здоровья подрастающего поколения - это проявляется как социальный заказ на воспитание здорового гражданина. Однако все более очевидным становится тот факт, что только усилиями медицинских работников, ориентированных прежде всего на лечение уже приобретенных заболеваний, а не на их профилактику, справиться с той неблагоприятной ситуацией, которая сложилась в современном российском обществе, не представляется возможным. Сегодня нужны качественно новые подходы к решению сохранения здоровья нации, естественно, не игнорируя то лучшее, что уже наработано в области предупреждения и лечения различных недугов. Думается, что новизна подходов в данном вопросе должна вытекать из необходимости приобщения самого человека к заботе о собственном здоровье, заинтересованности и активности в здравоохранении и здоровостроении. Все это требует прежде всего нового мышления, а точнее нового сознания, то есть перестройки взглядов на проблему здоровья человека, ведь в первую очередь его здоровье, являясь одной из сущностных характеристик человека определяет степень жизнеспособности, устойчивости организма, возможность реализовать свои биологические и социальные функции.

В одном из современных определений понятия «здоровье» предлагается трактовка его новой парадигмы.

А. Иванушкин предлагает три уровня описания этой ценности: биологический - исходное здоровье включает совершенство саморегуляции организма, гармонию физиологических процессов и как следствие - максимум адаптации; социальный - здоровье является мерой социальной активности, деятельного отношения человеческого индивида к миру; психологический - здоровье есть не отсутствие болезни, а скорее отрицание ее в смысле преодоления (здоровье не только состояние организма, но и стратегия жизни человека) [3]. Новая парадигма здоровья должна исходить из необходимости создания условий, при которых человек мог бы улучшить свое общее состояние, проявить свой физический, духовный, эмоциональный и социальный потенциал.

Не следует усматривать причины нездоровья лишь в плохом питании, загрязнении среды обитания и отсутствии надлежащей медицинской помощи. Гораздо большее значение для глобального нездоровья человечества имеет прогресс цивилизации, способствовавший «освобождению» человека от усилий над собой, что привело к разрушению защитных сил организма. Первостепенной задачей для повышения уровня здоровья должно стать не развитие медицины, а сознательная, целенаправленная работа самого человека по восстановлению и развитию жизненных ресурсов, по принятию на себя ответственности за собственное здоровье, когда здоровый образ жизни становится потребностью. Первым

шагом в этом направлении может служить выяснение представлений о здоровом образе жизни в современном обществе с целью дальнейшей их корректировки, а также формирования новых представлений и установок на здоровье, здоровый образ жизни. В первую очередь это имеет значение для молодого поколения, так как его здоровье - это общественное здоровье через 10-30 лет. Поэтому мы обратимся к трансформации понятия «здоровье» в философском дискурсе.

Здоровье должно рассматриваться как интегративная характеристика личности, охватывающая как ее внутренний мир, так и все своеобразие взаимоотношений с окружением, и включающая в себя физический, психический, социальный и духовный аспекты; как состояние равновесия, баланса между адаптационными возможностями человека и постоянно меняющимися условиями среды. Причем его не следует рассматривать как самоцель; оно является лишь средством для наиболее полной реализации жизненного потенциала человека.

Здоровье человека является не только медико-биологической, но и социальной категорией, определяемой в конечном счете природой и характером общественных отношений, социальными условиями и факторами, зависящими от способа общественного производства.

Для философского же рассмотрения здоровья важно понимать, что оно отражает необходимость, вытекающую из сущности явлений, а болезнь - это случайность, не имеющая всеобщего характера. Мы считаем, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума, на котором оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало.

Здоровье человека является не только медико-биологической, но и социальной категорией, определяемой в конечном счете природой и характером общественных отношений, социальными условиями и факторами, зависящими от способа общественного производства.

Для философского же рассмотрения здоровья важно понимать, что оно отражает необходимость, вытекающую из сущности явлений, а болезнь - это случайность, не имеющая всеобщего характера. Мы считаем, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума, на котором оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало.

В уставе Всемирной Организации Здравоохранения записано, что здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного социального и духовного благополучия. В соответствующем томе 2-го издания Большой медицинской энциклопедии оно определяется как состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-то

болезненные изменения. В основу данного определения положена категория состояния здоровья, которое оценивается по трем признакам: соматическому, социальному и личностному. Соматический - совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде. Социальный - мера трудоспособности, социальной активности, деятельное отношение человека к миру. Личностный признак подразумевает стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни. И. А. Аршавский подчеркивает, что организм на протяжении всего своего развития не находится в состоянии равновесия или уравновешенности с окружающей средой. Наоборот, будучи неравновесной системой, организм все время на протяжении своего развития моноформы взаимодействия с условиями окружающей среды. Г. Л. Апанасенко указывает, что, рассматривая человека как биоэнергоинформационную систему, характеризующуюся пирамидальным строением подсистем, к которым относятся тело, психика и духовный элемент, понятие здоровья подразумевает гармоничность данной системы. Нарушения на любом уровне отражаются на устойчивости всей системы. Г. А. Кураев, С. К. Сергеев и Ю. В. Шленов подчеркивают, что многие определения здоровья исходят из того, что организм человека должен сопротивляться, приспосабливаться, преодолевать, сохранять, расширять свои возможности и т. д. Авторы отмечают, что при таком понимании здоровья человек рассматривается как воинствующее существо, находящееся в агрессивной природной и социальной среде. Но ведь биологическая среда не порождает организм, который ею не поддерживается, а если это происходит, то такой организм обречен уже в начале своего развития. Исследователи предлагают определять здоровье исходя из основных функций организма человека (реализации генетической безусловно рефлекторной программы, инстинктивной деятельности, генеративной функции, врожденной и приобретенной нервной деятельности) [2]. В соответствии с этим здоровье может быть определено как способность взаимодействующих систем организма обеспечивать реализацию генетических программ безусловнорефлекторных, инстинктивных процессов, генеративных функций, умственной деятельности и фенотипического поведения, направленных на социальную и культурную сферы жизни.

Литература

1. Никитин, С. Н. Ловкость - история, проблемы, перспективы. / С.Н. Никитин. - СПб.: ГУФК им. П. Ф Лесгафта, 2005. - 160 с.
2. Назарова, И. Б. О здоровье населения современной России / И. Б. Назарова // Социс- 1998.-№ 11.-С. 122-123.
3. Морено, Я. П. Социометрия / Я. П. Морено // - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.vusnet.ru/biblio/archive/moreno_sociometry.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОЙ Я-КОНЦЕПЦИИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ

Никитина Е.А.

Юго – западный государственный университет, Курск, Россия

Одна из насущных проблем современного общества – формирование личности, готовой не только жить в меняющихся социальных и экономических условиях, но и активно влиять на существующую действительность, изменяя ее к лучшему. На первый план выходят определенные требования к такой личности – творческой, активной, социально ответственной, профессионально грамотной.

В современной педагогической психологии особую актуальность приобретают проблемы становления регуляторных процессов, позволяющих человеку выступать подлинным субъектом собственного поведения и деятельности, самостоятельно определять перспективы своего развития, пути и средства их реализации. Среди факторов, обуславливающих формирование механизмов саморегуляции, центральное место принадлежит Я-концепции, определяющей направление и степень активности субъекта.

Фактически Я-концепция является не чем иным, как глубоко личностным и аффективно окрашенным представлением о собственной ценности, позитивности всего того, что входит в среду «Я» человека. В этом смысле позитивная Я-концепция представляет собой принятие себя и эмоционально позитивное отношение к собственной личности. Сформировавшись, Я-концепция начинает функционировать как своеобразный внутренний «фильтр», обуславливающий интерпретацию всех фактических событий и всех видов опыта. Человеку свойственно отвергать все то, что не согласуется с его Я-концепцией; если Я-концепция негативна, то отвергаются даже объективные свидетельства собственной успешности. При таких условиях творческая самореализация невозможна.

Важнейшей характеристикой Я-концепции является то, что при ее функционировании субъективное эмоционально окрашенное самовосприятие оказывается намного существеннее любых объективных данных. Следовательно, для возможности реализации собственной уникальной индивидуальности необходимо сформировать позитивную Я-концепцию.

В ранней юности (студенты 1 курса) в развитии самосознания наступает качественно новый этап. В этом возрасте человек открывает свой внутренний мир, осознает себя с разных сторон. Все это предпосылки и составные части важнейшего процесса – становления у него образа собственного «Я».

Сложные переживания, связанные с новыми отношениями, свои личностные черты, поступки анализируются молодыми людьми пристрастно. Самоанализ, иногда чрезмерный, приводит к недовольству собой.

Самооценка в раннем юношеском возрасте оказывается неустойчивой. Для молодых людей важно не только знать, какие они на самом деле, но и насколько значимы их индивидуальные особенности. Оценка своих качеств зависит от системы ценностей, сложившейся под влиянием окружающего социума. Нравственное развитие в этот период во многом зависит от того, как складываются межличностные взаимоотношения со взрослыми, сверстниками, родителями. Если эти отношения имеют позитивную направленность в соответствии с нормами нравственной морали, то процесс развития личности проходит успешно. В противном случае формирование личности юноши усложняется, происходят ошибки, которые затрудняют развитие нравственной сферы, создавая почву для возможных отклонений в развитии системы Я-образов в структуре Я-концепции.

Необходимо отметить, что многие ученые отличительной чертой раннего юношеского возраста считают развитие саморегуляции, что, в свою очередь, ведет к стабилизации Я-образов и самовоспитанию. Однако молодой человек 16–17 лет еще не цельная зрелая личность. «Многих юношей еще остро волнуют проблемы, унаследованные от подросткового этапа» [3; 178]. Отдельные его черты диссонируют, сочетание разных образов “Я” негармонично. Этим объясняется и неготовность молодых людей переступить «порог детства» и вступить во взрослую жизнь. Поэтому именно в данный возрастной период они нуждаются в психолого-педагогической поддержке и помощи со стороны более взрослых и опытных людей в становлении их личности.

Целью нашего исследования явилось определение психологических особенностей когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов Я-концепции студентов 1 курса. В исследовании принимали участие 110 студентов 1 курса экономического факультета, факультета инноваций и управления, факультета информатики и вычислительной техники ЮЗГУ.

В психологии в качестве когнитивного компонента Я-концепции рассматривается самосознание, которое представляет собой образ качеств индивида, способностей, внешности, социальной значимости и т.д. Для исследования когнитивного компонента Я-концепции мы использовали опросник Куна и Макпартленда «Кто Я? - 20 суждений». Анализ результатов показал, что у студентов 1 курса наиболее выраженными являются нейтральные характеристики (52%). Среди нейтральных характеристик встречаются следующие: искренний, пунктуальный, добрый, оптимистка, общительный, веселый, амбициозный и др. На втором месте стоят «социальные роли» (18%). Среди них: «хожу в клубы с друзьями», «люблю гулять с друзьями», «время от времени почитываю детективчики», «люблю готовить что-нибудь экзотическое для близких», «занимаюсь баскетболом», «заложник социальных сетей», «люблю фэнтэзи», «люблю играть в компьютер», «болею за наших» и др. Достаточно редко социальные роли испытуемых (18 человек из 110) указывают на сформированность чувства патриотизма: «никогда не уеду жить за границу», «я считаю Россию лучшей», «я - гражданин РФ», «ненавижу сборную Германии» и др.

Категория «фемининные и маскулинные характеристики» составила 16%: женственная, нежная, привлекательная, мужественный, мачо и др. Профессиональные роли (12%) в основном связаны с учебной и пока редко с будущей профессией. Семейные роли составили всего 2%, причем они представлены всего одной характеристикой и в конце списка.

Таким образом, анализ результатов по методике «Кто Я?» позволил выявить некоторые особенности Я-образов в структуре когнитивного компонента Я-концепции студентов 1 курса. Наиболее значимыми для них являются нейтральные Я-образы. В основном они отражают личностные черты, не включаемые в стереотипные характеристики фемининности-маскулинности. Семейные и профессиональные роли выражены слабо, следовательно, не являются значимыми в структуре Я-концепции студентов и свидетельствует об отсутствии дальнейшей жизненной перспективы. 72 из 110 юношей и девушек имеют список из 20 высказываний, остальные ответили на 10–15 вопросов. Следовательно, только 65% первокурсников имеют высокий уровень рефлексии.

Эмоциональный компонент Я-концепции выражен в самооценке. Самооценка определяется как «отношение человека к своим способностям, возможностям, личностным качествам, а также к внешнему облику» [4; 7]. Она может быть правильной (адекватной), когда мнение человека о себе совпадает с тем, что он в действительности собой представляет. В тех же случаях, когда человек оценивает себя не объективно, когда его мнение о себе резко расходится с тем, каким его считают другие, самооценка чаще всего бывает неправильной, или, как называют психологи, неадекватной. Есть необходимость отметить три момента, существенных для понимания самооценки. Во-первых, важную роль в ее формировании играет сопоставление образа реального Я с образом идеального Я, то есть с представлением о том, каким человек хотел бы быть. Во-вторых, формирование самооценки связано с интериоризацией социальных реакций на индивида. Человек склонен оценивать себя так, как, по его мнению, его оценивают другие. Наконец, еще один взгляд на природу и формирование самооценки заключается в том, что индивид оценивает успешность своих действий и проявлений через призму своей идентичности. Индивид испытывает удовлетворение не от того, что он просто что-то делает хорошо, а от того, что он избрал определенное дело и именно *его* делает хорошо. То есть люди прилагают большие усилия для того, чтобы с наибольшим успехом «вписаться» в структуру общества.

Для исследования эмоционального компонента Я-концепции, выражающегося в самооценке, мы использовали методику «Шкала самооценки личности» А.М. Прихожан. Результаты диагностики позволяют сделать вывод о том, что 41% студентов имеют неадекватную самооценку (20% респондентов имеют низкую самооценку и 21% - высокую). В основном студенты низко оценивают себя по качествам «внешность», «характер», «авторитет среди сверстников». При этом 59% студентов имеют адекватную самооценку (27% первокурсников имеют среднюю самооценку и

32% - достаточно высокую). Значительное количество студентов с неадекватной самооценкой обусловлено тем, что у некоторых молодых людей еще сохраняются признаки подросткового возраста: отсутствие связи оценки своих возможностей с реальными фактами, опора на эмоциональные предпочтения, категоричность суждений при оценивании самого себя в рамках конкретных ситуаций, связь представлений о себе не с внутренними, а с внешними факторами.

Самооценка тесно связана с уровнем притязаний, то есть «уровнем трудности целей, которые человек ставит перед собой и определяющее, какие достижения он будет воспринимать как неудачу, а какие – как успех. Уровень притязаний основывается на самооценке, сохранение которой стало для человека потребностью» [2; 290]. Студенты 1 курса имеют в основном «достаточно высокий уровень притязаний» (78%). При этом интервал между реальным и идеальным Я у 75% студентов достаточно мал (от 5 до 10). Для нормального развития личности очень важно, чтобы уровень притязаний был выше самооценки, несколько опережал ее, создавая тем самым возможности для личностного роста. Уровень притязаний, практически совпадающий с самооценкой, свидетельствует о незрелости жизненного плана, отсутствии четких границ достижений. Зачастую отсутствие дальней перспективы связано у молодых людей с установкой на беззаботное восприятие жизни, нежеланием решать трудные жизненные вопросы.

Поведенческий компонент - проявление когнитивного и эмоционального компонентов в поведении, в действии, в коммуникации. Для анализа поведенческого компонента Я-концепции испытуемых нами была составлена анкета «Выбор поведения», включающая в себя различные ситуации из реальной жизни. Выбор тех или иных моделей поведения свидетельствует о склонности испытуемых к различным типам реагирования в ситуациях межличностного взаимодействия, выявляет уровень уверенности в себе. Анализ эмпирических данных по методике «Выбор поведения» показал, что 43% студентов 1 курса находятся на этапе «неопределенной, размытой идентичности», который характеризуется отсутствием четких убеждений, несформированностью системы социальных Я-образов, выбором агрессивного стиля поведения в решении жизненных проблем.

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что Я-концепция в раннем юношеском возрасте (студенты 1 курса) часто неустойчива и противоречива, реальные и идеальные Я-образы практически совпадают. Это обусловлено еще сохранением признаков подросткового периода: зависимость от внешних оценок и ситуации, неустойчивость социальной позиции, неопределенность жизненных ориентиров. Таким образом, в систему воспитательной работы со студентами следует включать мероприятия, которые помогут молодому человеку осуществить правильный выбор жизненных ориентиров, успешно адаптироваться в социуме, стать активным и социально ответственным. С этой целью преподавателями кафедры коммуникологии и психологии ЮЗГУ была разработана программа по формированию позитивной Я-концепции студентов, которая реализуется

через психологические тренинги личностного роста и оказание консультативной помощи студентам и их родителям, связанной с решением проблем межличностного общения.

Литература

1. Ананьев, Г.С. Возрастная психология [Текст] / Г.С. Ананьев. – М.: Академический проект, 2003. – 704 с.
2. Дубровина, И.В. Психология [Текст] / И.В. Дубровина, Е.Е. Данилова, А.М. Прихожан; Под ред. И.В. Дубровиной. – 3-е изд., стереотип. – М.: «Академия», 2004. – 464 с.
3. Кон, И.С. Психология юношеского возраста: Учебное пособие для студентов пед. ин-тов [Текст] / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1979. – 175 с.
4. Липкина, А.И. Самооценка школьника [Текст] / А.И. Липкина. – М.: «Знание», 1976. – 64 с.
5. Солодилова, О.П. Возрастная психология в вопросах и ответах: учеб. пособие [Текст] / О.П. Солодилова. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004. – 288 с.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДОЛОГИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ ОПРОСНИКА ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Никишина В.Б., Петраш Е.А., Реутова Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Личностная идентичность как феномен активно и широко исследуется как в отечественной (Н.В. Антонова, 1996; Е.П. Белинская, 2002; М.В. Заковоротная, 1999; В.А. Ильин, 2009; В.Н. Павленко, 2000; А.В. Черников, 2001; Л.Б. Шнейдер, 2001 и др.), так и в зарубежной (Мид Дж., 1946; И. Гоффман, 1963; Дж. Сьюпер, 1971; Дж. Тэрнер, Х. Тэджфел, 1996; Э. Эриксон, 1996 и др.) психологии. В зону противоречий попадают феноменологические, структурные и методические аспекты изучения данного феномена. В зависимости от методологической логики, психодиагностические методики конструируются либо по формальным проявлениям, которые типизируются в статусы или виды (типологический подход); либо по структурным основаниям (структурный подход). Суть второго подхода заключается в том, что под каждый структурный блок подбирается комплекс психодиагностических методик (например, Н.Л. Иванова). Соответственно, диагностического инструментария, позволяющего в рамках структурного подхода оценивать личностную идентичность, не выявлено.

Личностная идентичность конструируется в формальных проявлениях психолого-феноменологического комплекса, составляющими которого

являются общение и опыт, порождающие идентичность, а также речь, через которую идентичность выражается (Л.Б. Шнейдер, 2007).

Личностная идентичность, являясь динамическим образованием, проявляется в пяти статусах (Л.Б. Шнейдер, 2007): достигнутая позитивная идентичность, мораторий идентичности, преждевременная идентичность, диффузная идентичность, псевдоидентичность.

Достигнутая позитивная идентичность представляет собой позитивное самоотношение при положительном оценивании собственных качеств и стабильной связи с социумом, а также полной координации механизмов идентификации и обособления. Критериями позитивной достигнутой идентичности являются: ощущение ценности собственного «Я» для других, высокая самооценочность и уверенность в себе, повышенная рефлексия, определенность жизненной ситуации, высокая событийность и общительность, ориентация на других и их значимость.

Методологические основания создания методики реализовались с учетом принципа системности параметров личностной идентичности, который проявляется на когнитивном, эмоционально-мотивационном и поведенческом уровнях. Диагностическим показателем опросника выступала согласованность / рассогласованность структурных параметров личностной идентичности. Из существующих методов диагностики личностной идентичности были выделены наиболее существенные параметры, которые были распределены по трем лингвосемантическим блокам, соответствующим структурным компонентам личностной идентичности, характеризующимся высоким уровнем интегрированности.

Согласно выделенным структурным компонентам личностной идентичности (когнитивный, эмоционально-мотивационный, поведенческий), была составлена система ролей, предполагающих самоидентификацию личности и конструируемая по факту установления лингвосемантического соответствия между структурными единицами опросника. Личностная идентичность, как интегративная структура включает в себя: восприятие себя «Я о себе», а после себя как другого (восприятие себя со стороны - удвоение самосознания, «Другие обо мне»). Следствием чего выступает абстрагирование индивида от себя, способности видеть себя со стороны, а затем опирается на этот образ как на реальность. Распределите в порядке убывания их значимости от 1 до 15 (1-максимальная значимость, 15 – минимальная значимость) с точки зрения себя «Я о себе», а после с точки зрения других «Другие обо мне».

Процедура стандартизации опросника проводилась в два этапа.

Сначала был проведен опрос респондентов. В исследовании принимали участие испытуемые различных возрастных групп (от 21 до 55 лет) и профессий. Общий объем выборки составил 350 человек.

Дальнейшая процедура разработки опросника включала в себя оценку психометрических параметров, а именно: валидности (содержательной, критериальной, конструктивной), ретестовой надежности.

Для оценки содержательной валидности опросника личностной идентичности изначально было сформулировано избыточное количество утверждений по каждому структурному компоненту личностной идентичности. В результате контент-анализа было получено 20 параметров, раскрывающих высокий уровень разнородных статусов личностной идентичности. При использовании метода Уорда была проведена кластеризация для выявления и подтверждения ведущих статусов личностной идентичности. В результате кластерного анализа было выделено 3 больших кластера. В результате проведенных операций, опросник составил 45 вариантов статусов, которые были распределены согласно трем структурным блокам личностной идентичности.

Таким образом, в окончательный вариант опросника было включено 45 вариантов статусов, соответствующих структурным блокам личностной идентичности (когнитивному, эмоционально-мотивационному и поведенческому).

Конструктивная валидность авторского опросника личностной идентичности осуществлялась через процедуру корреляционного анализа: для оценки внешней конструктивной валидности был использован опросник МИЛИ Л.Б. Шнейдер. С целью оценки внутренней конструктивной валидности опросника осуществлен корреляционный анализ диагностируемых параметров методики (структурных компонентов личностной идентичности). Были выявлены статистически значимые взаимосвязи как между структурными параметрами личностной идентичности, так и между параметрами опросника МИЛИ Л.Б. Шнейдер и авторского опросника личностной идентичности, что свидетельствует о высоком уровне конструктивной валидности разработанного автором опросника (Таблица 1).

Соотнесенность количественных и качественных показателей личностной идентичности

Таблица 4.

Статус личностной идентичности	Количественные показатели по опроснику МИЛИ (Л.Б. Шнейдер)	Количественные показатели по авторскому Опроснику личностной идентичности	Коэффициент корреляции параметров личностной идентичности по двум опросникам
Достигнутая позитивная идентичность	3,00-4,00	0,75-1	0,42*
Мораторий идентичности	2,00-3,00	0,74-0,40	0,38*
Диффузная	1,00-2,00	0,39-0,20	0,46*

идентичность			
Преждевременная идентичность	0,00-1,00	менее 0,20	0,41*

Далее опросник был подвергнут психометрической проверке на внутреннюю согласованность шкал, используя при расчете коэффициента надежности – согласованности Кронбаха (когнитивный компонент $\alpha=0,694$; мотивационный компонент $\alpha=0,597$; поведенческий компонент $\alpha=0,648$).

Оценка ретестовой надежности Опросника личностной идентичности осуществлялась через 1,5 месяца с использованием процедуры корреляционного анализа (по Пирсону). Объем выборки составил 292 человека из выборки апробации. Коэффициент корреляции составил 0,78 при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$, что указывает на высокий уровень устойчивости результатов во времени и их согласованность.

Таким образом, сконструированный и стандартизированный опросник методологически соответствует структурному подходу в оценке личностной идентичности (в соответствии с которым структура личностной идентичности включает в себя когнитивный, эмоционально-мотивационный и поведенческий компоненты), реализован на процедуре лингвосемантического соответствия и имеет высокие показатели внешней и внутренней валидности, а также надежности.

Литература

1. Шнейдер Л.Б. Реконструкция идентичности: структурный и динамический аспект // Развитие личности. – 2000. – №2. – с. 44-69
2. Шнейдер Л.Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. – 128 с.

ОПРОСНИК ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ: МЕТОДОЛОГИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ

Никишина В.Б., Петраш Е.А., Реутова Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Личностная идентичность как феномен активно и широко исследуется как в отечественной (Н.В. Антонова, 1996; Е.П. Белинская, 2002; М.В. Заковоротная, 1999; В.А. Ильин, 2009; В.Н. Павленко, 2000; А.В. Черников, 2001; Л.Б. Шнейдер, 2001 и др.), так и в зарубежной (Мид Дж., 1946; И. Гоффман, 1963; Дж. Сьюпер, 1971; Дж. Тэрнер, Х. Тэджфел, 1996; Э. Эрикссон, 1996 и др.) психологии. В зону противоречий попадают

феноменологические, структурные и методические аспекты изучения данного феномена. В зависимости от методологической логики, психодиагностические методики конструируются либо по формальным проявлениям, которые типизируются в статусы или виды (типологический подход); либо по структурным основаниям (структурный подход). Суть второго подхода заключается в том, что под каждый структурный блок подбирается комплекс психодиагностических методик (например, Н.Л. Иванова). Соответственно, диагностического инструментария, позволяющего в рамках структурного подхода оценивать личностную идентичность, не выявлено.

Личностная идентичность конструируется в формальных проявлениях психолого-феноменологического комплекса, составляющими которого являются общение и опыт, порождающие идентичность, а также речь, через которую идентичность выражается (Л.Б. Шнейдер, 2007).

Личностная идентичность, являясь динамическим образованием, проявляется в пяти статусах (Л.Б. Шнейдер, 2007): достигнутая позитивная идентичность, мораторий идентичности, преждевременная идентичность, диффузная идентичность, псевдоидентичность.

Достигнутая позитивная идентичность представляет собой позитивное самоотношение при положительном оценивании собственных качеств и стабильной связи с социумом, а также полной координации механизмов идентификации и обособления. Критериями позитивной достигнутой идентичности являются: ощущение ценности собственного «Я» для других, высокая самооценочность и уверенность в себе, повышенная рефлексия, определенность жизненной ситуации, высокая событийность и общительность, ориентация на других и их значимость.

Методологические основания создания методики реализовались с учетом принципа системности параметров личностной идентичности, который проявляется на когнитивном, эмоционально-мотивационном и поведенческом уровнях. Диагностическим показателем опросника выступала согласованность / рассогласованность структурных параметров личностной идентичности. Из существующих методов диагностики личностной идентичности были выделены наиболее существенные параметры, которые были распределены по трем лингвосемантическим блокам, соответствующим структурным компонентам личностной идентичности, характеризующимся высоким уровнем интегрированности.

Согласно выделенным структурным компонентам личностной идентичности (когнитивный, эмоционально-мотивационный, поведенческий), была составлена система ролей, предполагающих

самоидентификацию личности и конструируемая по факту установления лингвосемантического соответствия между структурными единицами опросника. Личностная идентичность, как интегративная структура включает в себя: восприятие себя «Я о себе», а после себя как другого (восприятие себя со стороны - удвоение самосознания, «Другие обо мне»). Следствием чего выступает абстрагирование индивида от себя, способности видеть себя со стороны, а затем опирается на этот образ как на реальность. Распределите в порядке убывания их значимости от 1 до 15 (1-максимальная значимость, 15 – минимальная значимость) с точки зрения себя «Я о себе», а после с точки зрения других «Другие обо мне»).

Процедура стандартизации опросника проводилась в два этапа.

Сначала был проведен опрос респондентов. В исследовании принимали участие испытуемые различных возрастных групп (от 21 до 55 лет) и профессий. Общий объем выборки составил 350 человек.

Дальнейшая процедура разработки опросника включала в себя оценку психометрических параметров, а именно: валидности (содержательной, критериальной, конструктивной), ретестовой надежности.

Для оценки содержательной валидности опросника личностной идентичности изначально было сформулировано избыточное количество утверждений по каждому структурному компоненту личностной идентичности. В результате контент-анализа было получено 20 параметров, раскрывающих высокий уровень разнородных статусов личностной идентичности. При использовании метода Уорда была проведена кластеризация для выявления и подтверждения ведущих статусов личностной идентичности. В результате кластерного анализа было выделено 3 больших кластера. В результате проведенных операций, опросник составил 45 вариантов статусов, которые были распределены согласно трем структурным блокам личностной идентичности.

Таким образом, в окончательный вариант опросника было включено 45 вариантов статусов, соответствующих структурным блокам личностной идентичности (когнитивному, эмоционально–мотивационному и поведенческому).

Конструктивная валидность авторского опросника личностной идентичности осуществлялась через процедуру корреляционного анализа: для оценки внешней конструктивной валидности был использован опросник МИЛИ Л.Б. Шнейдер. С целью оценки внутренней конструктивной валидности опросника осуществлен корреляционный анализ диагностируемых параметров методики (структурных компонентов личностной идентичности). Были выявлены статистически значимые

взаимосвязи как между структурными параметрами личностной идентичности, так и между параметрами опросника МИЛИ Л.Б. Шнейдер и авторского опросника личностной идентичности, что свидетельствует о высоком уровне конструктивной валидности разработанного автором опросника (Таблица 1).

Соотнесенность количественных и качественных показателей личностной идентичности

Таблица 4.

Статус личностной идентичности	Количественные показатели по опроснику МИЛИ (Л.Б. Шнейдер)	Количественные показатели по авторскому Опроснику личностной идентичности	Коэффициент корреляции параметров личностной идентичности по двум опросникам
Достигнутая позитивная идентичность	3,00-4,00	0,75-1	0,42*
Мораторий идентичности	2,00-3,00	0,74-0,40	0,38*
Диффузная идентичность	1,00-2,00	0,39-0,20	0,46*
Преждевременная идентичность	0,00-1,00	менее 0,20	0,41*

Далее опросник был подвергнут психометрической проверке на внутреннюю согласованность шкал, используя при расчете коэффициента надежности – согласованности Кронбаха (когнитивный компонент $\alpha=0,694$; мотивационный компонент $\alpha=0,597$; поведенческий компонент $\alpha=0,648$).

Оценка ретестовой надежности Опросника личностной идентичности осуществлялась через 1,5 месяца с использованием процедуры корреляционного анализа (по Пирсону). Объем выборки составил 292 человека из выборки апробации. Коэффициент корреляции составил 0,78 при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$, что указывает на высокий уровень устойчивости результатов во времени и их согласованность.

Таким образом, сконструированный и стандартизированный опросник методологически соответствует структурному подходу в оценке личностной

идентичности (в соответствии с которым структура личностной идентичности включает в себя когнитивный, эмоционально-мотивационный и поведенческий компоненты), реализован на процедуре лингвосемантического соответствия и имеет высокие показатели внешней и внутренней валидности, а также надежности.

Литература

1. Шнейдер Л.Б. Реконструкция идентичности: структурный и динамический аспект // Развитие личности. – 2000. – №2. – с. 44-69
2. Шнейдер Л.Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. – 128 с.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СУДЕБНЫХ ПРИСТАВОВ.

Никишина В.Б., Реутова Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Обращение к проблеме изучения социальной идентичности определено четко поставленным социальным запросом. Он заявлен в виде потребности исследования социальной идентичности как феномен, который определяет успешность индивида в меняющейся социальной ситуации. Она же в свою очередь, проецируется в профессиональной и социальной сферах и проявляется в виде включения индивида в круги общественных отношений, а также регуляции и достижения жизненных перспектив. Судебные приставы относятся к той социальной группе, которая остро испытывает отрицательное давление со стороны социума, которое проявляется в виде негативного отношения к службе судебных приставов, к их деятельности. Принятие и осознание данного факта судебными приставами напрямую проецируется на их социальную идентичность в виде трансляции требовательного, оборонительного поведения, которое законодательно подкреплено.

Изучением проблемы социальной идентичности занимались как сторонники зарубежного [6,7,8,9], так и отечественного направления [1,2,4,5].

Социальная идентичность есть наследование и целостность системы социальных характеристик (нормы, статусы, роли), которые способствуют разделению индивидов по групповой принадлежности и статусному положению [4].

В нашем исследовании мы опирались на трехкомпонентную структуру личностной идентичности: когнитивный, эмоционально-мотивационный и поведенческие блоки. Сущностные характеристики социальной идентичности представлены в виде статусов: достигнутая идентичность, мораторий идентичности, диффузная идентичность, псевдоидентичность [5]. Различные вариации статусов идентичности являются результирующими показателями удовлетворенности профессиональным выбором, способности индивида реализовать в специфической среде. Диффузная идентичность – характеризуется отсутствием надежных целей, убеждений, ценностей, а также попыток активно сформировать их, бесконечный пересмотр и анализ идей, целей, ценностей. Достигнутая позитивная идентичность – характеризуется прохождением кризиса, сформированностью системы личностнозначимых убеждений, ценностей, целей. Псевдоидентичность – это объективное и субъективное единство с профессиональной группой, делом, которое обуславливает преэминентность профессиональных характеристик (норм, ролей и статусов) личности. Мораторий идентичности представлен в виде активного поиска индивида в разрешении проблем [2].

Объект исследования – социальная идентичность.

Предмет исследования – особенности социальной идентичности судебных приставов.

Цель исследования – изучение особенностей социальной идентичности судебных приставов.

В исследовании принимали участие судебные приставы-исполнители и судебные приставы по ОУПДС (150 человек). Исследование проводилось на базе Управления Федеральной службы судебных приставов по Курской области. Для исследования личностной идентичности судебных приставов использовался опросник «Опросник социальной идентичности». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета статистической программы StatSoft (2008).

Методология и идеология создания методики реализовалась с учетом принципа системности параметров социальной идентичности, который реализовался на когнитивном, эмоционально-мотивационном, поведенческом уровнях посредством взаимодействия. Диагностическим показателем опросника выступала согласованность/рассогласованность на структурном уровне личностной идентичности.

Согласно выделенным структурным компонентам личностной идентичности (когнитивный, мотивационный, поведенческий), была составлена система ролей, предполагающих самоидентификацию личности и конструируемая по факту установления лингво-семантического соответствия между структурными единицами опросника.

Из существующих методов диагностики социальной идентичности были выделены наиболее существенные параметры, которые были распределены по трем лингвосемантическим блокам, согласно структуре личностной идентичности, между которыми устанавливалась взаимосвязь.

Социальная идентичность, как интегративная структура включает в себя: восприятие себя «Я о себе», а после себя как другого (восприятие себя со стороны - удвоение самосознания, «Другие обо мне»). Следствием чего выступает абстрагирование индивида от себя, способности видеть себя со стороны, а затем опирается на этот образ как на реальность.

Процедура стандартизации опросника проводилась в два этапа.

Сначала был проведен опрос респондентов. В исследовании принимали участие судебные приставы-исполнители и судебные приставы по ОУПДС (150 человек). Исследование проводилось на базе Управления Федеральной службы судебных приставов по Курской области.

Дальнейшая процедура разработки опросника включала в себя оценку психометрических параметров, а именно: валидности (содержательной, критериальной, конструктивной), ретестовой надежности.

Для оценки содержательной валидности опросника социальной идентичности изначально было сформулировано избыточное количество утверждений по каждому структурному компоненту социальной идентичности. В результате контент-анализа было получено 20 параметров, раскрывающих высокий уровень разнородных статусов социальной идентичности. При использовании метода Уорда была проведена кластеризация для выявления и подтверждения ведущих статусов социальной идентичности. В результате кластерного анализа было выделено 3 больших кластера. В результате проведенных операций, опросник составил 45 вариантов статусов, которые были распределены согласно трем структурным блокам социальной идентичности.

Таким образом, в окончательный вариант опросника было включено 45 вариантов статусов, соответствующих структурным блокам социальной идентичности (когнитивному, мотивационному и поведенческому).

Конструктивная валидность авторского опросника социальной идентичности осуществлялась через процедуру корреляционного анализа: для оценки внешней конструктивной валидности был использован опросник МИЛИ Л.Б. Шнейдер. С целью оценки внутренней конструктивной валидности опросника осуществлен корреляционный анализ диагностируемых параметров методики (структурных компонентов социальной идентичности). Были выявлены статистически значимые взаимосвязи как между структурными параметрами социальной идентичности, так и между параметрами опросника МИЛИ Л.Б. Шнейдер и авторского опросника социальной идентичности, что свидетельствует о

высоком уровне конструктивной валидности разработанного автором опросника .

Далее опросник был подвергнут психометрической проверке на внутреннюю согласованность шкал, используя при расчете коэффициента надежности – согласованности Кронбаха (когнитивный компонент $\alpha=0,694$; мотивационный компонент $\alpha=0,597$; поведенческий компонент $\alpha=0,648$).

Таким образом, мы видим трансляцию поведения судебных приставов, которое характерно при дезорганизованной социальной идентичности. Данный факт имеет проекцию на поведенческой сфере в виде неспособности продуктивно регулировать направленность своего поведение в связи с отсутствием в сознании сформированного образа будущего результата. Вышеперечисленное свидетельствует о рассогласованности представлений согласованной идентичности судебных приставов. Отмечается отсутствие потребности в работе над перспективой, что представлено в виде отсутствия потребности что-либо менять. В эмоциональной сфере отмечается выраженная тенденция к демонстрации негативных состояний, таких как: отчуждение, тревога, безнадежность.

Литература

1. Андреева Г. Социальная психология. – М. : Аспект Пресс, 1999.
2. Иванова Н.Л. Социальная идентичность и проблемы образования. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2001. – 228 с.
3. Вороцкая И.Ю. Профессиональная идентичность бортпроводников: структура и особенности: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. – Москва, 2005. – 126 с.
4. Украинское общество 1992-2007 Динамика социальных изменений / Под ред В Вороны, М Шульги - К, 2007
5. Шнейдер Л.Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. – 128 с.
6. Brewer M. Social identity, Distinctiveness, and in-group Homogeneity // Social Cognition. 1993. N11. – Pp. 150-164.
7. Greenwood J.D. Realism, Identity and Emotion: Reclaiming Social psychology. Great Britain. Wiltshire, 1994.
8. Tagfel H. Social identity and intergroup relations. Cambridge: Univ. Press, 1982.

9. Turner J.C. Social categorization and the self-concept: A social cognitive theory of group behavior // Lawler E.J. (ed.) Advances in group process. Theory and research. V. 2. Greenwich : Connect., 1985.

Установки на здоровье: внутрипрофессиональный и межпрофессиональный уровень дифференциации

Недурова Т.В., Демина Д.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

По мнению большинства исследователей различных областей науки, современное состояние здоровья населения нашей страны, да и мира в целом характеризуется как критическое. Это проявляется в сокращении продолжительности жизни, снижении рождаемости, преобладании смертности над рождаемостью, алкоголизации и наркотизации не только взрослых, но и детей. Причины такого положения кроются не только в недостаточности или недоступности медицинского обслуживания, не только в слабости научно-технической базы и дефиците информации по сохранению и восстановлению здоровья, но и в ценностных ориентациях современного человека, в специфике социокультурных факторов, влияющих на образ жизни и отношение людей к собственному здоровью. Особо остро данный вопрос стоит в отношении самих медицинских работников, как представителей профессий, непосредственно демонстрирующих основной модус в отношении здоровья [1,3,5,7].

По мнению Узнадзе Д.Н., в любой профессиональной деятельности центральное место занимает система профессиональных установок специалистов. Ни одна практическая деятельность не совершается без установки, она выступает как на подсознательном уровне, так и на сознательном. По К.К. Платонову и В.И. Жернов - установка является элементом направленности личности и выполняет функцию пускового механизма в профессиональной подготовке студентов [2,4,5,7,9].

В современной психолого-педагогической литературе установка рассматривается, с одной стороны, как внутренняя готовность личности к конкретной деятельности; с другой - как деятельность педагога по формированию этой готовности. Установка служит основой формирования профессионально-педагогической направленности личности, а развитие компонентов педагогической установки позволяет сделать этот процесс более эффективным.

Таким образом, исследование психологических установок позволяет прогнозировать профессиональное поведение специалиста, что будет способствовать снижению риска возникновения различных стрессовых состояний, получения эмоциональных травм личностью работника.

По мнению Е.П. Ермолаевой (1997) профессионал оказывается на пересечении противоречивых отношений. Его внутренняя потребность в поддержании постоянства и престижа профессионального «Я» вынуждена реализовываться в условиях, подвергающих это «Я» испытанию. Отношение к нему ближайшего окружения, для которого его профессия, как правило, выступает либо в качестве гаранта материального благополучия, либо как внешний статусный признак, расходится с его собственным, более взвешенным и личностно-ценностным пониманием своей профессии. Высокие требования и сложность самой профессии часто не соответствуют ее низкому социальному статусу, что приводит к внутреннему конфликту при принятии субъектом социальной профессиональной роли. Наличие неоднозначных отношений профессионала с обществом, в котором он не всегда получает необходимые условия для того, чтобы успешно, реализовываться как представитель своей профессии, создает психологическую основу для деструктивных форм социальной реализации, основанных на использовании профессии в корыстных целях [2].

По словам Р.М Грановской (1984), «профессиональная роль многогранно влияет на личность, предъявляя к человеку определенные требования, она тем самым преобразует весь его облик». Ежедневное решение на протяжении многих лет типовых задач совершенствует не только профессиональные знания, но и формирует профессиональные привычки, определяет стиль мышления и стили общения. Осуществление той или иной социальной или профессиональной роли, особенно если она лично значима для человека и выполняется им продолжительное время, оказывает значительное влияние на такие элементы структуры его личности, как установки, ценностные ориентации, мотивы деятельности, отношение к другим людям. Таким образом, личность в некоторой степени характеризуется системой усвоенных ролей [5,6,7].

Исследование психологических установок профессий помогающего типа, представляет интерес в плане прогнозирования профессионального поведения – вариантов исполнения профессиональной роли. Профессиональная роль, являясь частью социального ролевого репертуара, на современном этапе модернизации врачебной профессии, представляет достаточно сложную модель профессионального поведения.

Именно исследование социально - психологических установок в рамках конкретной профессиональной деятельности посвящены работы Э.С. Чугуновой (1974) и ее учеников. Исследуя особенности функционирования социально - психологических установок в профессиональной деятельности, она приходит к выводу о сложных составляющих, компонентах социально - психологических установок. В структурной деятельности применительно к профессиональной деятельности Э.С. Чугунова выделяет 6 компонентов, формирующих профессиональные установки:

1. Эмоциональный (сензитивный) компонент, связанный с отношением личности к профессии, обнаруживающий степень удовлетворенности специальностью, включающий разнообразную гамму чувств;

2. Коммуникативный компонент, который облегчает или затрудняет развитие системы деловых и межличностных связей в процессе профессионального взаимодействия;

3. Когнитивный компонент, являющийся относительно устойчивые индивидуальные различия в особенностях познавательных процессов, что обнаруживается в индивидуально познавательных процессах в оценочных суждениях о рациональных типах работы и т.п.;

4. Мотивационный компонент, связанный с осознанием стимулов трудовой деятельности, соотношением внешних и внутренних факторов регуляции поведения в условиях профессиональной деятельности;

5. Пракситеский (поведенческий) компонент демонстрирует степень пассивно - активного отношения специалиста к профессиональным обязанностям, предрасположенность личности к реальным положительным (или отрицательным) действиям в своем микросоциуме;

6. Рефлексивный компонент выступает в качестве перевода одного вида активности в другой, стимулирует саморегуляцию личности и означает стремление к самопознанию, к осмыслению и оценке собственных действий, поступков. Кроме того, в процессе функционирования социально - психологических установок рефлексивный компонент отражает как реальную ситуацию, так и представление о ней (например, эталонные), а также прогнозирует собственное поведение и поведение других людей [3,4,8].

Профессиональные установки можно представить, как интегральные психологические образования разной степени осознанности, выполняющие системообразующую функцию, проявляющуюся в удержании целостности психологической системы, включающей в себя профессиональную деятельность, действующую «здесь и сейчас» личность профессионала «в его продленности в объективную реальность, в единстве с той частью объективного мира, которая имеет для него значения, смысл, ценность» [].

Профессиональные установки проявляются в условиях реальной жизнедеятельности, как психологические новообразования профессиональной деятельности.

При исследовании профессиональных установок специалистов помогающих профессий, важным содержательным критерием является межпрофессиональный и внутрипрофессиональный уровень дифференциации.

Необходимость включения данного критерия во внутрипрофессиональную дифференциацию обусловлено наличием различий в специфике содержания труда в группе врачей (акушеры-гинекологи и психиатры).

Цель нашей работы – исследование установок на здоровье у врачей с позиции межпрофессионального и внутрипрофессионального уровня дифференциации.

В группы специалистов помогающих профессий вошли –врачи (психиатры и акушеры-гинекологи), средний медицинский персонал, психологи.

Для достижения поставленной цели, мы использовали следующие методы: «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» (О.Ф. Потемкина); методика «Ассоциативный эксперимент» методика «Ценностный опросник» (С. Шварц), «Диагностика самоактуализации личности (А. В. Лазукин в адаптации Н. Ф. Калина); опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская).

При исследовании психологических установок представителей профессий помогающего типа на межпрофессиональном уровне было выявлено, что преобладающей установкой у психиатров является «ориентация на результат», что свидетельствует о том, что они могут достигать результата в своей деятельности вопреки суете, помехам, неудачам и считаются одними из самых надежных. Ведущей установкой у медсестер является «установка на альтруизм», что показывает их направленность на альтруистические ценности, часто в ущерб себе. У акушеров – гинекологов преобладающей является установки «ориентация на процесс» и «ориентация на труд», что характеризует их как, людей менее задумывающихся над достижением результата, часто опаздывающих со сдачей работы. Их процессуальная направленность препятствует их результативности, ими больше движет интерес к делу. Труд приносит им больше радостей и удовольствия.

При исследовании психологических установок на внутрипрофессиональном уровне представителей профессий помогающего типа, каждая из имеющихся групп :психиатры, средний медицинский персонал ,акушеры-гинекологи, психологи были разделены нами на две группы в соответствии с выделенными критериями помогающего типа: с преобладанием высоких показателей и с преобладанием низких. Это контактность, гибкость в общении, социальность.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группах акушеров-гинекологов и медсестер с высокими показателями преобладающими являются установки «ориентация на процесс» и «ориентация на труд», что характеризует представителей данных профессий как людей, которые менее задумываются над достижением результата, их процессуальная направленность препятствует их результативности, ими больше движет интерес к делу.

При исследовании было выявлено, что в группе психиатров, с высокими показателями ведущей установкой является «ориентация на процесс», что характеризует их как людей, которые менее задумываются над достижением результата, их процессуальная направленность препятствует их результативности, ими больше движет интерес к делу. Исследование показало, что в группе психологов с высокими показателями, преобладающей является установка «ориентация на альтруизм», что

свидетельствует о направленности на альтруистические ценности, совершение бескорыстных действий направленных на благо и удовлетворение интересов другого человека часто в ущерб себе.

При исследовании психологических установок на здоровье были получены результаты, по которым видно, что в группах психиатров, медсестер, акушеров-гинекологов на первый план выходит основная смысловая единица, что свидетельствует о внутренней согласованности представлений о здоровье в этой группе.

В группе психологов полученные результаты имеют широкое ассоциативное поле смысловых единиц, что свидетельствует о внутренней рассогласованности представлений о здоровье в данной группе.

Проведенное исследование психологических установок на межпрофессиональном и внутрипрофессиональном уровнях позволяют сделать вывод о существовании различий психологических установок представителей профессий помогающего типа на данных уровнях. Что объясняется наличием разнообразных неблагоприятных факторов связанных со специфическими особенностями деятельности в каждой из приведенных профессий.

Таким образом, на основании проведенного исследования, мы можем сказать, что такие профессионально-важные критерии как контактность, гибкость в общении и социальность, не только обеспечивают выполнение профессиональной деятельности, но и обеспечивают сохранность психологического здоровья специалистов помогающих профессий. При этом мы отмечаем, что выделенные критерии не являются единственными, поэтому перспективой дальнейшей работы является критериально-уровневый анализ профессионально важных качеств этих групп специалистов, обеспечивающих их эффективность деятельности и профессиональное здоровье.

Литература

6. Буянов М.И. Профессия-психиатр / М.И.Буянов.- Москва: Прометей, 1991.
7. Ермолаева Е.П. Психология социальной реализации профессионала. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008.
8. Завилянский И.Я., Завилянская Л.И. «Деонтология в психиатрии», Киев: «Здоровье», 1979.
9. Казаков Ю.Н. Акмеологическая гносеология психического здоровья государственных служащих. // Акмеология. - 2007. - № 1.
10. Недуруева Т.В. Профессиональное здоровье медицинских работников: структурно-критериальный подход. «Ученые записки РГСУ». – М: РГСУ, 2012, № 2 (102).с. 163– 168.
11. Никишина В.Б. Особенности профессиональных представлений медицинских работников. Украинский вестник психоневрологии. – Харьков, 2012, Т.20, выпуск 3 (72). С.205.

12. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. - 607 с.
13. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека (Основы восстановит. медицины)/ Под ред. Шинкаренко В.С. – М., 1996. – 413с.
14. Рыбина О.В. Методические подходы к диагностике профессионального стресса у врачей-психиатров // Медицинская психология в практическом здравоохранении: Сб. работ. — СПб.: Изд-ий дом СПбМАПО, 2003. — С. 68–72.
15. Шостак В.И. Профессиональное здоровье// Психология профессионального здоровья: учеб. пособие/ Под ред. Никифорова Г.С. - СПб., 2006 - 480с.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Попенко Н.В., Логинова И.О., Попенко А.Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают I место среди причин летальности. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний поражения артерий нижних конечностей занимают второе место. Около 10% пациентов страдают атеросклерозом сосудов нижних конечностей [2; 5].

В настоящее время облитерирующие заболевания сосудов выходят на первое место по частоте проявлений и клиническому значению [8]. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) встречается у 2-3% населения, что составляет 20% от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В течение 3-5 лет у 10-40% пациентов развивается гангрена, что приводит к ампутации конечности. [4; 6].

По результатам многочисленных исследований, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей имеет тенденцию к омоложению. Это заболевание все чаще выявляют у лиц трудоспособного возраста [3]. В России пик этого заболевания приходится на пожилой и старческий возраст (от 60 и старше 70 лет) [7].

Трудная жизненная ситуация, а это ни что иное как болезнь, отражает психологические особенности больного, которые изменяются под влиянием тяжелого заболевания [1]. Блестяще технически выполненная операция может не принести пациенту облегчения и выздоровления, если при этом психика претерпела изменения. На современном этапе важной задачей является оказание психологической помощи пациентам после оперативного вмешательства в условиях стационара. Мы не ставим долгосрочной цели, как осознание болезни в контексте жизни, а выделяем достижение адекватной

цели, согласно данному периоду времени - улучшение эмоционального состояния по средствам внутренних психологических ресурсов пациента.

Цель исследования: изучить эффективность программы психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей после оперативного вмешательства (реконструктивные операции).

Материал и методы: В основу работы положен анализ психологических результатов обследования больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в период с 2011 по 2012 гг. в г.Красноярске. Было отобрано 15 пациентов, которые участвовали в программе. Психологическое сопровождение пациентов проводилось индивидуально во время прохождения пациентами лечения в стационаре. Больные, перенесшие реконструктивную операцию (аорто-бедренное шунтирование), находились на лечении в среднем 14-18 дней, количество проведенных встреч – 7. По завершению программы пациенты вторично проходили психодиагностику.

Нами была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, которая направлена на выявление эмоциональных расстройств в общей медицинской практике [10]. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) была разработана с целью: обеспечить врачей приемлемым и простым в использовании практическим инструментом для выявления и количественной оценки депрессии и тревоги (Zigmond et al., 1983) [10]. Применение данного опросника служит не для постановки психиатрического диагноза, а для выявления симптомов депрессии и тревожности с целью их дальнейшего психологического сопровождения пациентов и снижения напряженности в отношении собственного здоровья (Bjelland Y, 2002) [9].

Рассматривая человека как единое целое, нами были использованы при разработке программы психологического сопровождения метод аутогенной тренировки (И.Г. Шульц, 1985), методы краткосрочной позитивной психотерапии (А.М. Ялов, 1997), один из методов стандартизированной программы комплексной немедикаментозной терапии (Я.П. Гирич, 2004).

Данный этап исследования был направлен на определение изменений в показателях депрессии и тревоги.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 19.0. Для оценки значимости различий переменных в связанных группах для количественных признаков использовался критерий Стьюдента для связанных выборок в случае нормального распределения переменных, и критерий Вилкоксона – при распределениях, отличавшихся от нормального. При сравнении порядковых признаков в связанных группах использовались критерий Мак-Немара, для бинарных переменных, и критерий маргинальной однородности для переменных с количеством категорий более двух. Различия во всех случаях оценивали, как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Уровень тревоги и депрессии. По результатам исследования наиболее заметные изменения произошли (рис.1.) в сторону увеличения числа больных с отсутствием выраженных симптомов на уровне достоверных различий ($p \leq 0,05$).

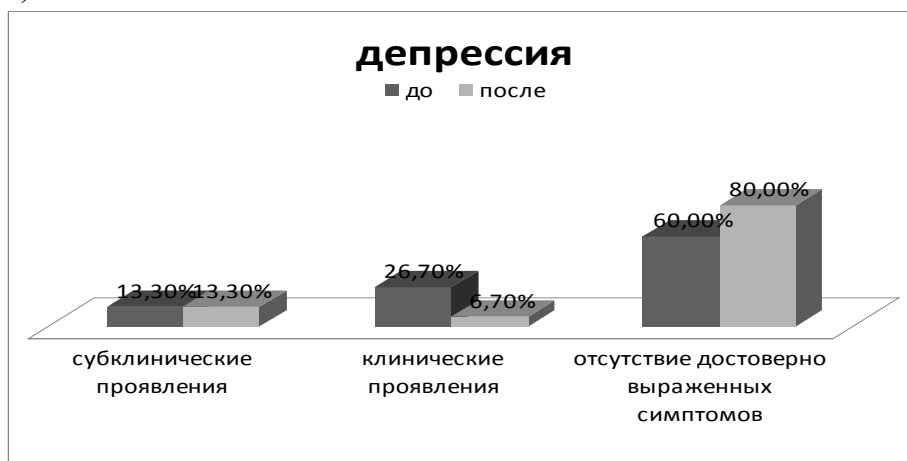


Рис.1 Изменения показателя депрессии до и после программы психологического сопровождения

До проведения психологических мероприятий, у пациентов были выявлены следующие признаки: сниженное настроение, негативное суждение по поводу происходящего, пессимистический взгляд на будущее. Больные отмечали такие нарушения как безрадостность, бессонница, снижение аппетита. После программы психологического сопровождения у пациентов наблюдается улучшение в эмоциональной сфере, многие отмечают, что нормализовался сон.

В ходе анализа результатов (рис.2) «до и после» применения программы психологического сопровождения пациентов (после реконструктивных операций) наблюдаются незначительные изменения по показателю «Тревога» с субклинической симптоматикой в сторону увеличения.

Достоверные изменения ($p \leq 0,05$) произошли в сторону снижения показателя «Тревога» с клиническими проявлениями и увеличения числа пациентов с отсутствием выраженных симптомов тревоги.

До программы сопровождения у больных отмечалось: ожидание негативных последствий в ситуации болезни, ощущение неопределенности. Пациенты часто из своего опыта прошлого, связанного с различными заболеваниями, переносили неблагоприятные мысли в будущее. Также отмечались такие клинические проявления как сердцебиение, нарушение аппетита, сна. После реализации программы психологического сопровождения наблюдается тенденция к снижению клинических симптомов тревоги, что свидетельствует об адаптации пациентов с новыми условиями жизни, отсутствием проекции в будущее «тревожных» мыслей. В данном случае снижение показателя «Тревоги» с проявлениями клинической симптоматики связано с тем, что пациенты перестают рассматривать болезнь как «крах» жизни.

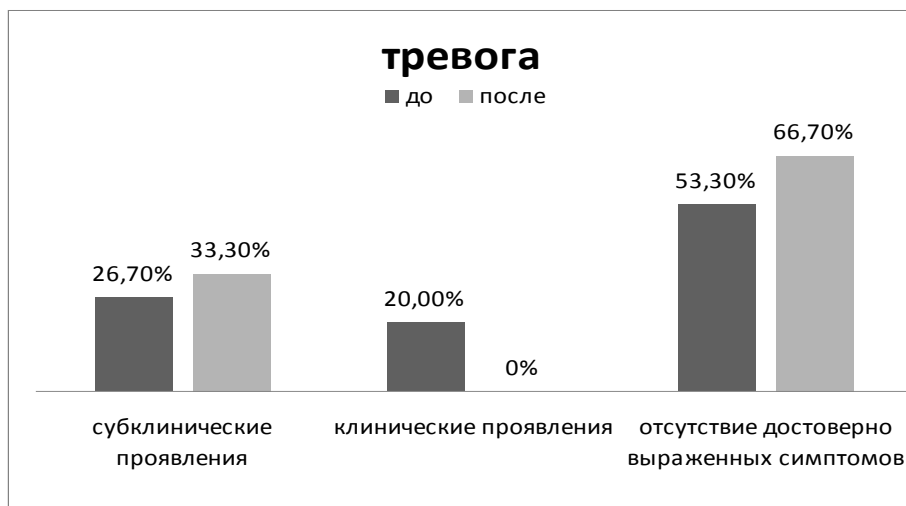


Рис. 2. Изменение показателя тревоги до и после программы психологического сопровождения

Обсуждение и выводы.

Проведенное исследование было направлено на изучение снижения уровня депрессии и тревоги после реализации программы психологического сопровождения в послеоперационном периоде у пациентов с ишемией III-IV степени по А.В. Покровскому. Обследовано 15 больных на 5-е сутки после операции и повторная психодиагностика была проведена после завершения программы психологического сопровождения. Так как атеросклероз является заболеванием мультифокальным, то значительно позже выявляют облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Основное клиническое проявление – болевой синдром. Следует учитывать, что данное заболевание носит прогрессирующий характер, и мы предполагаем, что природа данной депрессии и тревоги является соматогенной. После проведенной реконструктивной операции, болевая симптоматика либо уменьшается, либо отсутствует, поэтому логично считать, что уровень тревоги и депрессии снизится до пределов нормы. Однако, был выявлен достаточно высокий процент больных с клиническими и субклиническими проявлениями депрессии и тревоги.

Следовательно, болевой синдром не является главным фактором в высоких показателях депрессии и тревоги. Мы предполагаем, что тяжелое заболевание, которое приводит к инвалидизации и смертности ставит человека в особые жизненные условия. После реализации программы психологического сопровождения уменьшился процент пациентов с клиническими и субклиническими проявлениями депрессии и тревоги. Это может говорить об эффективности предложенной помощи при нарушениях в эмоциональной сфере.

Таким образом, пациенты с высоким уровнем депрессии и тревоги по шкале HADS в послеоперационном периоде показывают положительную динамику после реализации программы психологического сопровождения. Проведенное исследование позволяет говорить о положительном влиянии психологической помощи пациентам после реконструктивных операций в

отделениях сосудистой хирургии. При активизации внутренних психологических ресурсов больные в меньшей степени уделяют вопросу возможной инвалидизации и стремятся адаптироваться в условиях протекания болезни.

Литература

1. Антипина И.Ю. Психологический возраст как отображение личностного ресурса //Известия Южного федерального университета. Технические науки. -2006. -Т. 69. -№ 14. -С. 82-87.
2. ВОЗ. Информационный бюллетень. - N317. - Сентябрь 2011 г. <http://www.saphia.ru/index.php?id=118>
3. Гавриленко А.В, Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005.-176с
4. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Кузубова Е.А Современные возможности и перспективы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей// Ангиология и сосудистая хирургия. -2002.-Т8.-№4.-С.80-86
5. Живарев Г.А., Колбашова Ю.Н., Глыбин П.Г Факторы риска при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей// вестник Ивановской медицинской академии.- 2006. -Т.11.- №3-4.- С. 63-67
6. Казанцев А.В., Корымасов Е.А. Прогнозирование течения и хирургическая тактика при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2011.- Т. 4. -№ 1. -С. 71-
7. Сорока В.В., Нохрин С.П., Андрейчук К.А, Завацкий В.В. Применение перфторана в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей//Ангиология и сосудистая хирургия.-2006.-Т12.- №4.- С.17-27
8. C. Chetter, P. Dolan, J. I. Spark, D. J. A. Scott and R. C. Kester Correlating clinical indicators of lower-limb ischaemia with quality of life //Cardiovascular Surgery.1997-Vol. 5.- No. 4.-pp. 361–366
9. Bjelland I , Dahi A.A. , Haug T.T , Neckelmann D .// J Psychosom Res. - 2002. –Vol.52 (2) -P.69-77
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67:361-70.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ СЕМЕЙНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ

Поспелова Т.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

Здоровье молодежи является приоритетной ценностью, основой государственной молодежной политики, важным ресурсом социального развития общества и актуальной исследовательской проблематикой. Тенденции динамичных социальных трансформаций общества, новые условия социализации молодежи, обнаруживают риски снижения или утраты здоровья, выдвигают новые требования к самоопределению молодежи в различных сферах социальной жизни. Проблематика психологии здоровья включает широкий спектр взаимосвязанных аспектов физического, психологического и социального здоровья молодежи. Психологическое сопровождение здоровья индивида на всем протяжении жизненного пути рассматривается как основная задача психологии здоровья [1].

В контексте традиции исследований жизненного пути, которые в отечественной науке были заложены С.Л.Рубинштейном, Б.Г. Ананьевым, Л.И.Божович, К. А. Абульхановой-Славской, проблемы развития личности рассматриваются через понятие «самоопределение» как условие самостоятельного выбора индивидом жизненных целей, планов и способов жизнедеятельности, самосовершенствования. Б.Г.Ананьев рассматривал жизненный путь личности как историю индивидуального развития через познание, деятельность и общение. Жизненные стратегии и ценностные ориентации индивида обеспечивают самостоятельный способ организации жизни с учетом индивидуальных потребностей, условий жизни, возможностей преодоления трудностей, отстаивания своих жизненных принципов, самоутверждения [2].

Становление индивида в качестве субъекта самоопределения предполагает наличие навыков осуществления осознанного и самостоятельного выбора направления целенаправленной активности, самосохранения, организации определенного образа жизни, которые формируются в условиях адекватной семейной социализации. Проблемы социального здоровья молодежи и проблемы семьи тесно взаимосвязаны, так как самоопределение, образ жизни, ценностные ориентации и поведение молодежи обусловлены условиями социализации, атмосферой родительской семьи, ее семейной культурой и актуальной ситуацией. И, как показывают результаты исследований, довольно часто именно эти факторы являются источником неблагополучия, кризисов и проблем молодежи.

Особое и неоднозначное влияние на самоопределение молодежи оказывает родительская семья, оказавшаяся в сложных жизненных обстоятельствах. Достижение необходимого уровня социальной компетентности в условиях динамичных социальных трансформаций и информационного давления вызывает определенные трудности. Изменение характера совместной жизнедеятельности, отсутствие общих перспектив, появление межпоколенческих конфликтов, утрата смысла жизни, уверенности в себе ее членов, способствуют появлению различных видов деструктивного поведения молодежи [3].

Сравнительный анализ результатов социологических исследований разных лет отражает динамику социального самочувствия и проблем социального самоопределения молодежи.

Результаты, полученные в ходе опросов учащейся молодежи, проведенных в конце 90-х годов в Санкт-Петербурге, показывали, что у значительной части молодежи часто случались ситуации, кажущиеся безвыходными, отсутствовали жизненные планы, возникали мысли о самоубийстве. На этом фоне многие респонденты имели опыт обращения к наркотикам.

Согласно результатам исследования, одним из факторов-предикторов обращения молодежи к наркотикам являлись различные виды семейного неблагополучия. Наиболее важными оказались психологические факторы, которые значительно повышали риск формирования у молодежи зависимостей. Полное отсутствие взаимопонимания с родителями и постоянные конфликты отмечало более половины респондентов.

Результаты аналогичного социологического опроса, проведенного в 2007 году в рамках проекта ЕСAD – Европейские города против наркотиков, показывали более низкий уровень распространения опыта употребления наркотиков, возникновения суицидальных установок. Вместе с тем у значительной части респондентов отсутствовали цели и жизненные планы, присутствовала тревога и неуверенность перед будущим [4].

Отсутствие у части молодежи ориентации на будущее «No future», по мнению А.Лэнгле, означает блокирование экзистенции. Причинами дисфункциональности могут быть оставшиеся неразрешенными семейные проблемы, искаженные социальные установки, экзистенциальный вакуум, непроявленность смысла существования, отсутствие базовых ориентиров.

Формирование зависимости в виде акцентуированной деятельности или интеракционной активности может быть реакцией на невозможность решения слишком сложных для молодых людей жизненных задач. Биографические методы и методы коррекции семейных программ успешно используются в психотерапевтической практике [5].

Специально разработанная на факультете социологии СПбГУ компьютерная программа «Социография семьи» также предназначена для анализа сложных семейных ситуаций, коррекции семейных отношений, профилактики семейного неблагополучия.

Лидирующие позиции в последнее время в структуре ценностных ориентиров общества занимает понятие «жизненный успех», которое становится целевым атрибутом жизнедеятельности, условием благополучия и фактором социальной стратификации, но может стать и причиной развития негативных зависимостей.

Активная пропаганда обязательной успешности оказывает давление на мировоззрение и социальные установки молодежи. Понятие «жизненный успех» коррелирует с понятием «благополучие», но обладает определенной спецификой. Понятие «благополучие» включает такие компоненты, как:

вовлеченность в осмысленную деятельность, востребованность, позитивные эмоции и взаимоотношения, достижения. Как подчеркивает М.Селигман, для полного благополучия необходим баланс внешних успехов и внутренней гармонии и называет такое состояние процветанием [6].

Вместе с тем ограниченность возможностей достичь процветания в нынешних условиях является фрустрирующим фактором для значительной части молодежи, следствием которого являются многослойные аддиктивные зависимости и неэффективные копинг- стратегии.

Представления молодежи о жизненном успехе, способах его достижения являются предметом исследований А.А.Козлова, который отмечает, что отношение к понятиям «успех» и «успешность» варьирует в различных группах молодежи, отражает приверженность к определенным общественным идеалам, содержит устойчивые комбинации признаков [7].

Результаты этого опроса молодежи показывают, что большинство молодых людей имеет сформированные жизненные цели и планы, в которые входит получение образования, создание семьи, интересная работа и материальное благополучие. Но определенная часть молодежи испытывает трудности с самоопределением, ощущает дефицит внимания, нуждается в психологической и социальной поддержке.

Современная социальная работа с семьей и молодежью ориентирована на интеграцию исследовательских, образовательных и практических программ, поиск новых ресурсов для повышения социальной и психологической компетентности молодежи.

Литература

1. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб. 2003.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. М.2010.
3. Молодежь и социальное здоровье. СПб., 2006.
4. Ежегодный альманах «Молодежная галактика». 2008. N 4.
5. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом, прикладная логотерапия. М.,2008.
6. Селигман М. В поисках счастья. М.,2010.
7. Козлов А.А. Современная молодежь о жизненном успехе и стратегиях достижений. СПб., 2012.

МЕЖПОЛУШАРНАЯ АСИММЕТРИЯ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕДПОСЫЛКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Реброва Н.П.

Российский государственный педагогический университет
им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия

Проблема адаптации детей к школе является актуальной и ее изучению посвящено большое число исследований. Процесс адаптации, понимаемый как приспособление ребенка к требованиям и условиям обучения, может иметь два варианта развития - благополучная адаптация или дезадаптированность ребенка. Дезадаптация проявляется не только в таких признаках, как неуспеваемость и плохое поведение, но и как «психогенное заболевание» [5]. Число дезадаптированных учащихся достаточно высоко, признаки дезадаптации наблюдаются примерно у 5-20% младших школьников [2]. Процесс адаптации базируется на двух основах — биологической и социальной. Установлен ряд социальных и психологических факторов, негативно влияющих на ребенка и способствующих его дезадаптации. К их числу относят, прежде всего, особенности образовательной среды и стиль семейного воспитания. Важную роль несомненно играют индивидуально-психологические особенности школьника, уровень развития его познавательной, мотивационной, эмоционально-волевой сфер.

Биологической основой адаптации являются психофизиологические механизмы. Именно психофизиологические реакции могут предопределять индивидуально-психологические особенности личности ребенка и успешность процесса адаптации к различным факторам среды. Понимание психофизиологических механизмов, обуславливающих психическую адаптацию школьника и определяющих ее патологические проявления, позволит комплексно рассматривать данную проблему и обосновать тактику коррекционных воздействий [6].

В настоящее время одной из ведущих психофизиологических предпосылок индивидуального психического развития считается функциональная межполушарная асимметрия головного мозга. Существуют исследования, в которых показано, что функциональная межполушарная асимметрия влияет на успешность адаптации к новым климатогеографическим условиям среды [7]. Авторы считают, что стратегии, которые применяют люди с доминированием левого полушария или симметричным профилем межполушарной асимметрии, наиболее эффективны в новых, необычных, экстремальных условиях.

Опубликованы работы, посвященные роли профиля межполушарной асимметрии в адаптации детей к процессу обучения. Такие исследования строятся на сравнении лево- и праворуких школьников. Одни авторы утверждают, что левши существенно не отличаются от правшей по показателям высших психических функций и особенностям поведения в новых условиях [1]. Другие - приводят результаты, свидетельствующие о более низких адаптационных возможностях леворуких [8 и др.]. Отмечается, что у левшей более часто проявляется ситуативная тревожность при общении с другими детьми, хотя общий уровень личностной тревожности у них существенно не отличается от праворуких детей. Тревожность рассматривается как основной признак школьной дезадаптации [3 и др.]. Поэтому повышенная тревожность левшей возможно отражает трудности

их адаптации. Отмечается, что у леворуких детей наблюдается повышенная уязвимость нервной системы, эмоциональная нестабильность, они имеют меньший энергетический потенциал [4,11]. Приведенные материалы свидетельствуют в пользу представления о том, что профиль межполушарной асимметрии может рассматриваться как одна из психофизиологических детерминант дезадаптации.

Настоящее исследование проводилось на базе одной из гимназий Санкт-Петербурга, в начале учебного года. В исследовании приняли участие 74 первоклассника в возрасте 7-8 лет; среди них 35 девочек и 39 мальчиков. Критериями школьной адаптации являлись показатели познавательной и эмоциональной сферы учащихся, оцениваемые с помощью психологических тестов, а также поведенческие реакции, определяемые на основе отзывов учителей. Использовались следующие методики: тест для изучения внимания Тулуз-Пьерона; проективная методика диагностики школьной тревожности А.М.Прихожан; проективная методика «Несуществующее животное», дающая представление о тревожности и агрессивности. Использовалось структурированное интервью для учителей, включавшее вопросы, касающиеся успеваемости учеников, частоты пропусков занятий, признаков нарушенного внимания, чрезмерной активности, нарушений дисциплины. Профиль межполушарной асимметрии оценивался с использованием комплекса моторных и сенсорных проб, на основании которых подсчитывался коэффициент латерального предпочтения [10,11]. При анализе полученных данных подсчитывались процентные соотношения детей с разным профилем межполушарной асимметрии, определялись средние значения и стандартные отклонения исследуемых показателей, применялся корреляционный анализ. Подсчет результатов осуществлялся с помощью компьютерной программы Statistica ('99 Edition).

В обследованной группе 80,5% школьников характеризовались левополушарным доминированием разной степени выраженности и 19,5% - правополушарным, левши в данном исследовании не участвовали. Среди мальчиков 92,4% составляют «левополушарные», 7,6% - «правополушарные», среди девочек также преобладали «левополушарные» (88,6%). Учитывая близкие показатели профиля межполушарной асимметрии у мальчиков и девочек, всех обследованных школьников разделили на две группы: с левополушарным и правополушарным доминированием.

Скорость выполнения заданий на внимание выше в группе «левополушарных» ($31,82 \pm 9,52$) по сравнению с «правополушарными» ($25,31 \pm 0,55$). Точность выполнения больше у «правополушарных» и составляла у них $0,91 \pm 0,14$, а у «левополушарных» $0,88 \pm 0,16$, отличия достоверны ($p=0.05$). Согласно нормативным данным для этой возрастной группы, величина скорости 31,82 соответствует средним значениям, а величина 25,31 - низким. Полученные данные свидетельствуют о более медленном, но более точном выполнении теста на внимание в группе «правополушарных» школьников. Анализ индивидуальных показателей

установил наличие патологически низких результатов выполнения теста на внимание у 20% учеников. Среди них преобладают «правополушарные» учащиеся (57,1%) по сравнению с «левополушарными» (23,8%). Это позволяет предполагать, что риск возникновения признаков дезадаптации выше у «правополушарных» первоклассников.

Средние показатели школьной тревожности у «левополушарных» составили $3,15 \pm 1,66$, а у «правополушарных» - $2,71 \pm 1,25$. Эти значения соответствуют невысоким показателям и не позволяют говорить об отличии тревожности в исследованных группах. По методике «Несуществующее животное» признаки неуверенности в себе или тревоги отмечались у 70,2% учеников в равной степени у лево и право-полушарных. Такие данные согласуются с результатами, полученными по методике А.М. Прихожан. Признаки агрессивности встречались у 20,3% учеников, при этом у «правополушарных» уровень агрессивности был выше. Анализ интервью с учителями показал, что признаки дезадаптации у «правополушарных» школьников (28,6%) встречаются в два раза чаще по сравнению с «левополушарными» (14,9%).

Таким образом, в настоящем исследовании о дезадаптивности свидетельствовали некоторые показатели внимания, агрессивности и поведенческие реакции. На основании полученных результатов можно предполагать, что у «правополушарных» первоклассников более выражены признаки дезадаптации, чем у «левополушарных». Такие результаты согласуются с представлениями других авторов о том, что школьники с доминированием левого полушария обладают более высоким потенциалом адаптации и стрессоустойчивости.

С целью определения влияния выраженности профиля межполушарной асимметрии на школьную адаптацию проводился корреляционный анализ в группе «левополушарных». Установлены значимые положительные связи выраженности асимметрии с агрессивностью ($r=0,44$), тревожностью ($r=0,33$), показателем дезадаптации по данным интервью учителей ($r=0,33$). Повышенная агрессивность и тревожность могут рассматриваться как признаки нарушения адаптации. Полученные результаты и учет данных других авторов дают основания считать, что на процесс адаптации ребёнка неблагоприятно влияют крайние варианты латерализации, полное доминирование как левого, так и правого полушария [9]. По-видимому, мозаичность межполушарной асимметрии создает более благоприятные условия для адаптации.

Литература

1. Безруких М.М. Леворукий ребенок в школе и дома. М.: Вентана-Граф, 2008. 228 с.
2. Винокуров Л.Н. Клинические аспекты психолого-педагогических проблем школьной практики. Учебник. Кострома. КОИПКРО. 2006. 380 с.

3. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М.: 1995. С. 8-11.
4. Горбунова Е.И., Чернышенко Ю.К., Бердичевская Е.М. Готовность к систематическому обучению в школе детей старшего дошкольного возраста с различным профилем межполушарной асимметрии // Учёные записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2009. №2. С. 6-11.
5. Каган В.В. Психогенные формы школьной дезадаптации. // Вопросы психологии. 1984. №4. С.89-96.
6. Красноборова Н.А. Адаптационный подход к оценке учебной работы младших школьников // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2008. №4. С. 6-9.
7. Леутин В.П., Николаева Е.И. Функциональная асимметрия мозга. Мифы и действительность / В.П. Леутин, Е.И. Николаева. СПб.: Речь, 2008, 368 с.
8. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. М.: Изд-во Московского гос. ун-та; Оренбург: ИПК ОГУ, 2002. 288 с.
9. Поляков В.М., Колесникова Л.И. Функциональная асимметрия мозга в онтогенезе (обзор литературы отечественных и зарубежных авторов) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2006. №5. С. 322-331.
10. Реброва Н.П., Чернышова М.П. Функциональная асимметрия мозга человека и психические процессы. СПб.: Речь, 2004. 80 с.
11. Семенович А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей. М.: Изд-во МГУ, 1991. 93 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Редькин А.И., Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Исследование феномена жизнестойкости личности в последнее время становится достаточно актуальным. Учеными активно изучается содержание этого феномена, условия, обеспечивающие процесс его развития, связь его с другими личностными качествами, ставятся практические задачи по формированию жизнестойкости [1; 3; 5; 7]. Особый интерес представляют работы, посвященные профессиональному аспекту изучения жизнестойкости [2, 5, 9]. Это связано в первую очередь с тем, что современные условия профессиональной деятельности являются экстремальными и стимулирующими деструктивные личностные проявления, что предъявляет повышенные требования к способности специалистов преодолевать сложные профессиональные ситуации.

Один из психологических конструктов, который предложил американский психолог Сальвадоре Мадди и посредством которого ученые объясняют такую способность личности, получил название “hardiness” [6]. В отечественной психологии нет понятия, полностью идентичного понятию «жизнестойкость» С. Мадди. Так, в отечественной литературе это слово переводилось как «стойкость», «крепость» и пр., однако наиболее удачным и признанным стал перевод «жизнестойкость».

По мнению С. Мадди, жизнестойкость как внутренний ресурс имеет в своей структуре установки и навыки, позволяющие превращать стрессовые ситуации в новые возможности личностного развития. В эту структуру 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).

По мнению Д.А. Леонтьева «жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности» [3]. Он определяет жизнестойкость человека как его интегральную характеристику, жизнестворчество, позволяющее сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевая жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Жизнестойкость как интегративное личностное качество, обеспечивающее преобразование стрессовых событий в новые возможности и включающее в себя также три компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска или «вызов» [4].

Феномен жизнестойкости может быть представлен как интегральная характеристика индивидуальности человека, состоящая из значимых компонентов психофизиологического, личностно-смыслового и социально-психологического уровней, которые в определенных стрессовых ситуациях проявляются как единый комплекс, способствующий успешному их преодолению [10].

В этой связи особенно актуальным, во-первых, является исследование связей жизнестойкости как интегральной характеристики и ее компонентов (вовлеченности, контроля, принятия риска) с индивидуально-типологическими особенностями, а также со смысложизненными ориентациями как одними из ведущих регуляторов поведения, во-вторых, исследование жизнестойкости в тех сферах деятельности (подразделения МЧС), которые при строгой регламентации служебных обязанностей требуют самостоятельности в принятии решений не только в повседневных, но и в экстремальных профессиональных ситуациях.

Объект исследования – жизнестойкость специалистов в условиях экстремальной деятельности.

Предмет исследования – индивидуально-личностная детерминация жизнестойкости специалистов в условиях экстремальной деятельности.

Цель исследования – изучить характер взаимосвязей жизнестойкости и ее компонентов с индивидуально-типологическими особенностями, а также со смысложизненными ориентациями специалистов в условиях экстремальной деятельности.

Гипотезы исследования:

Существуют статистически значимые взаимосвязи уровня жизнестойкости и ее компонентов с индивидуально-типологическими особенностями, а также со смысложизненными ориентациями личности.

Существуют различия в уровнях выраженности жизнестойкости и ее компонентов у испытуемых с различным уровнем индивидуально-типологических особенностей и смысложизненных ориентаций.

Эмпирическое исследование проводилось в мае 2013 года на базах подразделений МЧС г. Курска. Общий объем выборки составил 84 человека мужского пола, возраст участников исследования – 20-50 лет, стаж профессиональной деятельности – 0,5 – 25 лет.

Для проверки гипотезы о наличии статистически значимых взаимосвязей между компонентами жизнестойкости и индивидуально-типологическими особенностями, смысложизненными ориентациями был выбран корреляционный план. Результаты корреляционного анализа приведены в таблицах 1, 2. Кроме того, в нашем эмпирическом исследовании использовались следующие тестовые методики, соответствующие исследуемым показателям: опросник жизнестойкости (С. Мадди) в адаптации Д. А. Леонтьева [3], тест смысложизненных ориентаций (Д. А. Леонтьев) [4], «Диагностика индивидуально-типологических свойств» (Л. Н. Собчик) [8]. В группу методов количественной и качественной оценки данных вошли методы сравнительной и многомерной статистики. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения («Statistica 6.0»).

При рассмотрении связи жизнестойкости и ее компонентов с возрастными, статусно-семейными, образовательными, стажными характеристиками значимых корреляционных взаимосвязей выявлено не было, что согласуется с данными других исследований [3].

Анализ средних значений показателей жизнестойкости и отдельных ее компонентов свидетельствует о высоком уровне выраженности: уровня жизнестойкости: $X_{cp.}=97,54\pm 16,95$; вовлеченность: $X_{cp.}=43,71\pm 8,57$; контроль: $X_{cp.}=35,00\pm 6,71$; принятие риска: $X_{cp.}=18,82\pm 4,40$. Высокий показатель уровня жизнестойкости характеризует спасателей МЧС как способных жить и выдерживать экзистенциальную тревогу, что помогает не только выдерживать неопределенность и потерю смысла, но и действовать по-новому, принимая определенный риск в отсутствие надежных гарантий успеха.

Анализ средних значений показателей индивидуально-типологических особенностей указал на низкий уровень выраженности по шкалам «агрессивность» ($X_{cp.}=4,38\pm 1,70$), «тревожность» ($X_{cp.}=3,13\pm 1,35$), «интроверсия» ($X_{cp.}=2,98\pm 2,24$). Средние значения показателей остальных

шкалы соответствуют среднему уровню: «экстраверсия» ($X_{cp.}=6,57\pm 2,50$); «спонтанность» ($X_{cp.}=5,17\pm 1,73$), «ригидность» ($X_{cp.}=5,57\pm 1,69$), «сензитивность» ($X_{cp.}=4,70\pm 1,53$), лабильность ($X_{cp.}=5,85\pm 1,23$). Средние значения показателей смысложизненных ориентаций попадают в зону высоких значений: «цели» ($X_{cp.}=35,87\pm 5,54$), «процесс» ($X_{cp.}=33,02\pm 5,62$), «результат» ($X_{cp.}=28,50\pm 4,37$), «локус контроля-Я» ($X_{cp.}=24,26\pm 3,42$), «локус контроля-Жизнь» ($X_{cp.}=32,90\pm 5,74$), общий показатель ($X_{cp.}=153,30\pm 20,62$). Таким образом, для жизнестойких спасателей МЧС характерны уверенная тенденция самоутверждения, активной самореализации, осторожность в принятии решений, ответственность по отношению к окружающим, социальная изолированность, 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 индивидуально-типологическими особенностями, смысложизненными ориентациями подтвердил гипотезу об их наличии (см. таблицы 1, 2).

Таблица 1

Корреляции компонентов жизнестойкости и индивидуально-типологических особенностей спасателей МЧС

Наименование показателя	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска	Жизнестойкость
Экстраверсия	0,19	0,28*	0,22*	0,26*
Спонтанность	0,16	0,24*	0,24*	0,24**
Агрессивность	0,05	-0,11	-0,09	-0,04
Ригидность	0,16	0,24*	0,06	0,19
Интроверсия	-0,23*	-0,21*	-0,24*	-0,26*
Сензитивность	-0,17	-0,17	-0,24*	-0,22*
Тревожность	-0,37**	-0,43**	-0,54**	-0,50**
Эмотивность	0,09	0,09	-0,09	0,06

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

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

Таблица 2

Корреляции компонентов жизнестойкости и смысложизненных ориентаций 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**	0,50**	0,54*
Локус контроля –жизнь	0,22*	0,42**	0,38**	0,38*
Общий показатель осмысленности жизни	0,36**	0,56**	0,46*	0,52*

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

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

Высоко значимые корреляционные взаимосвязи отрицательной направленности и умеренной и средней степени выраженности выявлены между показателем тревожности и всеми компонентами шкалы жизнестойкости. Так коэффициент корреляции показателя тревожности со

шкалой «вовлеченность» составляет $r=-0,37^{**}$, со шкалой «контроль» – $r=-0,43^{**}$; со шкалой «принятие риска» – $r=-0,54^{**}$; со шкалой «жизнестойкость» – $r=-0,50^{**}$ (см. таблицу 1). Это позволяет прогнозировать высокий уровень жизнестойкости спасателей ФМС в условиях экстремальной деятельности, их убежденность в возможности повлиять на происходящие события и их результат, убежденность в ценности как позитивного, так и негативного опыта, – все это обеспечивается уверенностью в принятии решений.

Обнаружились статистически значимые и высоко значимые корреляционные взаимосвязи положительной направленности и средней степени выраженности таких компонентов жизнестойкости, как «контроль», «принятие риска», «жизнестойкость», с такими шкалами смысловых ориентаций, как «результат», «локус контроля-Я» и «общий показатель осмысленности жизни» (см. таблицу 2). Можно предположить, что спасатели МЧС, обладающие высоким уровнем жизнестойкости, способные контролировать условия и содержание экстремальной деятельности, идущие на неопределенный риск, несут личную ответственность за ее результат, и наоборот.

Гипотеза о статистически достоверных различиях в уровнях выраженности жизнестойкости и ее компонентов у испытуемых с различным уровнем индивидуально-типологических особенностей и смысловых ориентаций также нашла свое подтверждение. Проверка достоверности различий осуществлялась с помощью критерия U-Манна-Уитни (см. таблицу 3).

Таблица 3

Значимость различий в уровнях выраженности показателей жизнестойкости и ее компонентов у спасателей МЧС в условиях экстремальной деятельности (по U-Манна-Уитни) в зависимости от уровня выраженности индивидуально-типологических особенностей и смысловых ориентаций

Показатели индивидуально-типологических особенностей и смысловых ориентаций	Критическое значение							
	Вовлеченность		Контроль		Принятие риска		Жизнестойкость	
	U _{эмп.}	p ≤ 0,05	U _{эмп.}	p ≤ 0,05	U _{эмп.}	p ≤ 0,05	U _{эмп.}	p ≤ 0,05
Интроверсия	278,0*	0,032	258,0*	0,014	250,0*	0,010	286,5*	0,044
Тревожность	126,5*	0,001	91,5*	0,00007	96,5*	0,0001	92,5*	0,00008
Цели	193,0*	0,001	149,5*	0,00007	231,5*	0,009	185,0*	0,0007
Процесс	249,5*	0,019	205,0*	0,002	-	-	257,5*	0,027
Результат	208,0*	0,003	138,5*	0,00003	146,5*	0,00005	175,5*	0,0004
Локус контроля-Я	122,0*	0,000009	116,0*	0,000006	219,0*	0,004	131,0*	0,000019
Локус контроля –жизнь	253,0*	0,022	193,5*	0,001	231,0*	0,008	253,5*	0,023

* - статистическая значимость

Таким образом, выявленные индивидуально-личностные особенности такие, как социальная изолированность, ответственность по отношению к

окружающим, целеустремленность, восприятие процесса как интересного и наполненного смыслом, принятие на себя личной ответственности за достигнутый результат, детерминируют жизнестойкость и ее компоненты у спасателей МЧС в условиях экстремальной деятельности.

Литература

1. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа http://www.coolreferat.com/К_концепции_жизнестойкости_в_психологии
2. Володина Т. В. Особенности профессиональных деструкций у педагогов с различным уровнем жизнестойкости // Вектор науки ТГУ. – №1(1). – 2010. – С.54-58.
3. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
4. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
5. Логинова М. В. Психологическое содержание жизнестойкости личности студентов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 24 с.
6. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ // Пер. с англ. И. Авидона, А. Батустина, П. Румянцевой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 539 с.
7. Наливайко Т. В. Исследование жизнестойкости и ее связей со свойствами личности: дис. ... канд. психол. наук. – Челябинск, 2006. – 175 с.
8. Собчик Л. Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений: практическое руководство. – СПб.: Речь, 2003. – 96 с.
9. Стецишин Р. И. Личностно-психологические ресурсы жизнестойкости: на примере личности врача-клинициста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2010. – 28с.
10. Фомина А. Н. Феномен жизнестойкости с точки зрения уровневого подхода к психике человека. [Электронный ресурс]. – Режим доступа http://www.lomonosovmsu.ru/archive/Lomonosov_2011/1453/27960_607b.pdf

СЕМЕЙНЫЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ при психическом дизонтогенезе

Семакова Е.В., Макарова И.Ю.

Смоленский государственный университет, г. Смоленск, Россия

(исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-

Свое внимание мы решили направить на изучение семейных условий развития ребенка младшего школьного возраста с психическим дизонтогенезом. В связи с тем, что синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) встречается в детской популяции достаточно часто (в 4,7% случаев, результаты собственных исследований) мы его использовали как модель психического дизонтогенеза для изучения особенностей реагирования детей в обозначенной возрастной группе и для изучения факторов и условий его формирования [5].

Для достижения цели и реализации задач использовали следующие **методы:**

- а. беседа с матерями и ребенком;
- б. опросник исследования копинг-стратегий (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский в варианте И.М. Никольской и Р.М. Грановской);
- в. опросник родительского отношения («ОРО», Варга А.Я., Столина В.В.)
- г. тест «Гомункулус» А.Н. Семенович);
- д. статистические методы: χ^2 критерий Пирсона.

В исследовании приняли участие 573 детей и их родителей. Было выделено две группы: дети с СДВГ – 27 человек и дети без СДВГ – 546 человек. Средний возраст обследованных составил $8,6 \pm 1,2$ лет.

Основным критерием отбора в окончательные группы, после исключения некорректно заполненных анкет, исследования являлся возраст ребенка (7-10 лет) и подтвержденный диагноз СДВГ, либо его отсутствие (включались дети без нарушений развития).

Результаты исследования и их обсуждение. Беседа с матерями позволила дополнить информацию об особенностях семейных условий и характере поведения ребенка.

Для того, чтобы изучить ведущие стили реагирования (копинг-стратегии) наиболее используемые в стрессовых ситуациях детьми младшего школьного возраста и установления их качества, то есть эффективности, через анализ помогающих стратегий нами использовался опросник исследования копинг-стратегий для детей школьного возраста (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский в варианте И.М. Никольской и Р.М. Грановской) [4].

Установили, что в изученной нами ситуации у детей младшего школьного возраста без СДВГ наиболее используемые стратегии при стрессе: игра, беседа, прогулка, просмотр телепередач и слушание музыки. Однако, несмотря на свою функциональность и проблемно-ориентированную направленность, оказывающее помощь поведение иногда отличается от предпринимаемого. Ребенку обычно помогает в достижении комфорта рисование, чтение, игра, просьба о прощении. Среди наиболее часто выбираемых копинг-стратегий детьми с СДВГ доминируют игра, просмотр телепередач, слушание музыки. Обращает на себя внимание, что выбранные детьми с СДВГ действия, несмотря на их начальную функциональность,

преимущественно (гораздо чаще, чем в первой группе) оказываются неэффективными. Оказывающее помощь поведение значительно отличается от предприняемого и от используемого ими – это стремление ребенка к уединению, ко сну, погружение в мечты, просмотр телепередач, прослушивание музыки, пищевое поведение.

Дополнив данные полученные из опросника беседой с детьми удалось установить, что 61 (11%) ребенок без СДВГ и 20 (74%) детей с СДВГ используют неэффективные стратегии поведения в преодолении стрессовых ситуаций, причем очевидно, что дети с СДВГ чаще используют неэффективные стратегии (хи-квадрат = 83,87, при $p < 0,005$).

Такие психологические механизмы в структуре реагирования у детей с СДВГ приводят к психологическим перестройкам, изменениям способов поведения, которые у этих детей преимущественно реализуются через гиперкинетическое и сомато-вегетативное реагирование. Необходимо отметить, что у детей с СДВГ очень часто отмечается одновременное субъективно-ориентированное реагирование на стресс с использованием психологического защитного сопротивления, направленного на ослабление внутриличностного напряжения через психосоматические реакции [3]. На это указывает то, что практически все дети с СДВГ предъявляют «вегетативные» жалобы, которые в группе детей с СДВГ встречаются гораздо чаще (критерий хи-квадрат = 30,06, при $p < 0,05$), чем среди обычных детей. В неврологическом статусе у детей с СДВГ часто (20 (74%)) регистрируется неврологическая микросимптоматика. Инструментальными методами также выявляется ряд соматических дисфункций, непосредственно связанных с психовегетативной дисрегуляцией (чаще со стороны ЖКТ, критерий хи-квадрат = 10,80, при $p < 0,05$). В 23 (85%) случаях при СДВГ соматические проявления в той или иной степени выраженности отражаются и в рисунке, демонстрируя тем самым «соматический дискомфорт» (тест «Гомункулюс»). Мы провели анализ рисунка и его обсуждение с детьми и с их родителями, на основании чего было установлено, что существующие соматические дисфункции, находящие отражение в рисунке, зачастую не осознаются [8].

Соматическая фиксация реализовалась через следующие особенности рисунков детей с СДВГ: подчеркивание волосистой области головы отмечалось на 9 (33%) рисунках, яркая прорисовка рта – на 10 (37%). Напротив – маленький рот, либо его отсутствие (рисунок со спины) отмечались в 2 (7%) случаях. Румянец на щеках был на 1 (4%) рисунке, перевязка на горле (бусы, воротник) – на 3 (11%). Туловище разделили пополам – 14 (52%) детей. Цветные руки были на 10 (37%) рисунках. Пуговицы были нарисованы в 5 (18,5%) случаях (искривление линии пуговиц – у 1 (4%), пуговицы до конца – у 4 (15%)). Не раскрашенная нижняя часть тела была на 5 (19%) рисунках, затемнение левой стороны – на 1 (4%). Крупная штриховка при раскрашивании отмечалась у 2 (7%) рисунков, красные волнистые линии – у 10 (37%). Таким образом, можно говорить о том, что имеющееся соматическое реагирование проективно окрашено.

Органические трансформации запускаются в том случае, когда основной, наиболее высококачественной энергии оказывается недостаточно для компенсации столкновения индивидуума с окружающей средой. Если не происходит смелого или аутентичного сопоставления, то автоматически вступает в действие органическая соматика. Это происходит неизбежно, когда возможность выбора в силу незрелости регуляторных механизмов отсутствует, любому действию соответствует равное ему противодействие, и если действие не осуществляется, то та же энергия автоматически реализуется иным способом как в силу закона экономии, так и в силу принципа необходимости (выживание индивидуализированной идентичности) [3].

Поведение ребенка, в том числе и дезадаптивное, формируется, закрепляется и реализуется в условиях семьи. Ведь именно семья – это та среда, которая окружает ребенка еще до его рождения и к которой он наиболее сенситивен, в том числе и в младшем школьном возрасте.

Характеризуя семейные условия развития младших школьников с СДВГ и без СДВГ хотелось бы обратить внимание на следующие характеристики. Функционально семьи с детьми с СДВГ в 51% случаев (14) являются полными, повторный брак зафиксирован в 5 семьях (19%), в двух случаях ребенок воспитывался мачехой, в остальных – отчимом. В 2 (7%) расширенных семьях участие в воспитании помимо обоих родителей принимали участие и прародители. Неполные материнские семьи в результате внебрачной беременности, развода или смерти супруга составили 5 случаев (18%). Неполные расширенные семьи, в которых к воспитанию ребенка привлекались прародители, встречались в 3 случаях (10%). В 1 случае (5%) ребенка воспитывала бабушка. Анализ семейно-диагностического интервью показал, что в большинстве семей отсутствуют ориентиры в построении семьи, размыты базовые представления о семье, нет навыков в распределении функций, не планируется и не обсуждается бюджет, не сформированы цели развития семьи. Правила отсутствуют или формальны, не поддерживаются внутренние границы, личное пространство. Конфликты ситуативны, служат средством снятия напряжения и не способствуют структурным преобразованиям семейной системы. Семья ребенка без СДВГ лишь в 202 (37%) случаях не полная. Субъективный уровень достатка, определяемый родителями, как ниже среднего, отмечался в семьях без детей с СДВГ в 142 (26%) случаях, что гораздо реже, чем в семьях с детьми с СДВГ – в 11 (40%) семьях.

В семьях детей с СДВГ детско-родительские отношения преимущественно характеризуются «симбиозом» - 14 случаев (52%) (тест-опросник «ОРО» - Варга А.Я., Столина В.В.). В семьях детей без СДВГ во взаимоотношениях доминируют шкалы «принятие-отвержение» - 164 случая (30%) и «кооперации» - 126 случаев (23%).

Заключение. Таким образом, наше исследование помогло определить условия формирования и преимущественное поведение детей в младшем школьном возрасте при психическом дизонтогенезе и определить его

особенности. Теперь понятно, что у детей с СДВГ в условиях стресса внешние события чаще не получают адекватную оценку. Неблагоприятный церебральный фон в неблагополучных семейных условиях и условиях патологизирующего родительства закрепляет неэффективные паттерны реагирования, что создает напряженные условия для адаптации и готовность к шаблонным реакциям с риском дезадаптации в кризисных ситуациях [1,2,6]. Необходимо понимать, что если индивид, еще будучи ребенком, усвоил ловушки неэффективного поведения, то он будет прибегать к ним и только к ним в будущем. Эти стратегии фиксируются в нейронах его мозга в виде мнемического следа, поэтому всякий раз, когда взрослый индивид будет оказываться в чрезвычайно сложной ситуации, не будучи способным реагировать на нее по-новому и приспособиться, он прибегнет к старому шаблону поведения, который некогда получил и запомнил будучи еще ребенком в своей семье, и как следствие – не сможет адаптироваться в социуме.

В этой связи необходимо создание семейной модели сопровождения современной семьи, имеющей ребенка с психическим дизонтогенезом. Очевидно, что лишь грамотно организованная работа психолога способна помочь семье в создании необходимых для развития ребенка условий. В них будет формироваться и развиваться гармоничная личность, использующая в своем поведении зрелые стратегии, которые должны быть перенесены ими во взрослую жизнь и переданы своим будущим детям.

Литература.

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стесс и стрессоустойчивость человека. СПб.: Военно медицинская академия, 1999. 86 с.
2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности; [под ред. Д. И. Фельдштейна]. М.: Изд-во «Институт практической психологии». Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. 352 с.
3. Кулаков С.А. Психосоматика. СПб.: Изд-во Речь, 2010. 320 с.
4. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Изд-во Речь, 2001. 507 с.
5. Семакова Е.В. Основные факторы формирования родительского взаимодействия на раннем этапе онтогенеза // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 4; URL: <http://www.science-education.ru/110-9730>.
6. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека: дис...докт.псих.наук. М., 1997. 142 с.

**МЕХАНИЗМЫ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ТРАНСФОРМАЦИИ
СОЦИАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.**

Сергеева М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), алкогольная зависимость определяется как нарушение в психическом и физическом состоянии, возникающее в результате постоянного или периодического употребления алкоголя. Данный процесс сопровождается разрушительными последствиями, как на физиологическом уровне, так и в социальной сфере жизни человека. Проявляется она особенностями поведения, нарушением трудоспособности, потерей волевого контроля, вынуждающими человека употреблять алкоголь, для воздействия на психику или с целью избежать неприятных состояний при отказе от приема алкоголя, изменением смысложизненных ориентаций, а так же социальных установок[3]. В данной работе рассматриваются механизмы произвольной регуляции в трансформации социальных установок при алкогольной зависимости. В данной области исследования занимаются следующие специалисты: Морасанова В.И. Елмашанский С.П. Шульга Т.И. Селиванов В.И. Ильин Е.П. Иванников В.А. Дашкевич; Д.А Леонтьев, П.К.Анохин, А.Г.Асмолов, Н.А.Бернштейн, Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев. Для лиц с состоянием зависимости свойственно отсутствие ясных смысложизненных ориентаций, придающих жизни осмысленность, общее снижение процессов саморегуляции (планирование, моделирование, программирование, особенность контроля и оценивания результатов, гибкость, самостоятельность и общий уровень, или степень осознанной саморегуляции)[1,2]. Все смысловые структуры и произвольная регуляция личности взаимосвязаны, изменение одного из компонентов неизбежно ведет к изменению всей системы в целом[4]. При состоянии зависимости изменяется так же структура и содержание социальных установок личности. Социальная установка это целостное динамическое состояние субъекта, состояние готовности к определенной избирательной активности (Д.Н Узнадзе). Социальные установки являются одним из механизмов регуляции поведения человека. Установка возникает при встрече « двух факторов – потребности и соответствующей объективной ситуации удовлетворения потребностей, что определяет направленность любых проявлений психики и поведения субъекта[5]. Объектом работы является состояние зависимости. Предмет исследования-механизмы произвольной регуляции в трансформации социальных установок при алкогольной зависимости. Целью работы является изучение механизмов произвольной регуляции в трансформации социальных установок при алкогольной зависимости. Эмпирическое исследование осуществлялось с использованием психодиагностических методов («Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» О.Ф.Потемкиной;«Стиль саморегуляции поведения» Морасанова В.И.; Тест смысложизненных ориентаций Д.А Леонтьева), архивного метода и метода клинической беседы. Для обработки полученных данных были применены такие количественные методы как анализ средних значений параметров и степени их вариативности в различных выборках, статистическое сравнение показателей по U- критерию Манна-Уитни, а так

же выявление взаимосвязи с помощью корреляционного анализа R-Спирмена. Организационной базой исследования стала ОБУЗ «Областная наркологическая больница» г. Курска. Объем выборки составил 24 человека: (n=12) испытуемых с состоянием зависимости (патологическим влечением) и (n=12) испытуемых, не имеющих алкогольной зависимости (здоровых).

При исследовании с помощью методики индивидуальных особенностей осознанной саморегуляции Морасанова В.И было выявлено, что в группе испытуемых с состоянием зависимости (патологическим влечением), средние значения показателей саморегуляции, соответствующие среднему уровню обнаружены по механизмам планирования ($35,16 \pm 7,51$), моделирования ($6,96 \pm 3,51$), программирование ($5,90 \pm 2,95$), оценивание результатов ($3,67 \pm 1,57$), гибкости ($5,57 \pm 1,51$) и общего уровня осознанной саморегуляции ($4,57 \pm 1,92$). Средние значения показателей саморегуляции соответствующие высокому уровню выявлены по механизмам планирования ($49,17 \pm 5,12$), моделирования ($10,12 \pm 2,56$), программирования ($7,87 \pm 2,45$), особенности контроля и оценивания ($6,46 \pm 1,27$), гибкости ($6,69 \pm 1,52$), и общего уровня, или степени осознанной саморегуляции ($6,45 \pm 1,81$) у испытуемых, не имеющих алкогольной зависимости. При исследовании с помощью методики «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А Леонтьева было выявлено, что в группе испытуемых с состоянием зависимости (патологическим влечением) показатели средних значений осмысленности жизни более низкие ($70,1 \pm 2,66$), а наиболее высокие показатели среднего значения у людей не имеющих алкогольной зависимости ($119,7 \pm 2,45$). Значимость различий выявлена при попарном сравнении по показателям (U- эмпирическое и U –критическое).

Исследование социальных установок с помощью методики «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно -потребностной сфере» О.Ф Потемкиной показало, что для испытуемых с состоянием зависимости (патологическим влечением) характерно «ориентация на процесс», «ориентация на эгоизм» и «ориентация на свободу», тогда как для испытуемых не имеющих алкогольной зависимости свойственна «ориентация на результат», «ориентация на альтруизм», «ориентация на труд». Так же нами была исследована взаимосвязь общей саморегуляции и смысложизненных ориентаций при состоянии зависимости. Была получена значимая связь ($R=0,94$, $p<0,001$), которая рассматривается как двунаправленная. С одной стороны смысложизненные ориентации меняют произвольную саморегуляцию, одновременно с другой стороны произвольная саморегуляция может приводить к изменениям смысложизненных ориентаций.

Таким образом, произвольная регуляция при состоянии алкогольной зависимости с патологическим влечением характеризуется дефицитами механизмов (планирования, моделирования и оценивание результатов). Так же можно сделать вывод о том, что уровень осмысленности жизни ниже у

людей с патологическим влечением, тогда как, у людей, не имеющих алкогольной зависимости уровень осмысленности жизни значительно выше. Изменение произвольной регуляции и смысложизненных ориентаций при состоянии зависимости влечет за собой трансформацию социальных установок.

Литература

1. Конопкин, О.А. Стилевые особенности саморегуляции деятельности / О.А. Конопкин, В.И. Моросанова // Вопросы психологии. 1989. № 5. - С. 18-23
2. Леонтьев, Д.А. Особенности смысловой структуры мировоззрения при хроническом алкоголизме / Д.А. Леонтьев, В.Н. Бузин // Вести. Сер. 14, Психология. 1992. -№ 3. С. 22-30.
3. Немчин, Т.А. Личность и алкоголизм / Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев. -М., 1989.-192 с.
4. Прокофьев, Л.Е. Основы психологической саморегуляции// СПб.: Изд-во“Лань” 2003- 556 с
5. Узнадзе, Д.Н. Психология установки// П:2001

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ В ДИАДЕ МАТЬ-РЕБЕНОК В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.

Симоненко И.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Практический психотерапевтический опыт и многочисленные экспериментальные исследования, приводят нас к выводу о значимости формирования привязанности для здоровья и развития человека. Экспериментальной психологией накоплена информация о сенситивных периодах формирования, типах привязанности[1],[2], факторах влияющих на развитие привязанности и значении её для соматического, психического и социального здоровья человека[2],[3],[6],[7]. Практикующие психологи и психотерапевты отмечают, что во многом работа психолога, при достаточно широком круге детских эмоциональных, психосоматических, поведенческих и др. проблем состоит в том, чтобы помочь ему в развитии надежной привязанности с кем либо из членов семьи, чаще всего с матерью, и реконструкции негативных сцен, возникших в следствии ненадежных форм привязанности. И хотя цели психотерапевтической помощи ребенку намного шире заявленной темы, практический опыт показывает, что восстановление доверия и поддержки в близких отношениях хотя бы с одним человеком являются надежным фактором защиты при совладании с большим кругом психологических затруднений у детей и подростков. Автору статьи,

психотерапия привязанности представляется одной из центральных, если не основной темой в психологической помощи детям и подросткам.

В настоящей статье мы попытаемся отразить и обобщить опыт клинической диагностики привязанности у детей. Обозначив основные цели, задачи и направления помощи при восстановлении привязанности в которой ребенок формирует базовое доверие к миру, позитивную картину самого себя и первые конструктивные модели взаимодействия, лежащие в основе новых взаимоотношений.

Первой задачей, стоящей перед детским психологом, является диагностика нарушения привязанности. Конечно, можно прибегнуть к уже известным методам (включенное наблюдение по модифицированному методу М.Эйнсворт, шкала К. Кернс для определения надежности привязанности ребенка к родителям, метод Н. Каплан для определения особенностей эмоциональной привязанности ребенка к матери). Однако, их явно недостаточно, они все также нуждаются в дальнейшем изучении их надежности и валидности, да и формат психотерапевтических отношений, где центральное место должен занимать контакт и формирование психотерапевтических отношений, а не «исследование объекта», приводит к необходимости использования процессуальной диагностики. Т.е. диагностики в процессе развития психотерапевтического контакта.

Как в процессе психологического консультирования диагностировать качество привязанности?

Нам представляется, что в этих условиях информацию о качестве привязанности мы можем получить из трех основных источников:

1. Сбор объективной информации о ребенке на первых годах его жизни;
2. Наблюдение на психотерапевтических встречах за взаимодействием матери и ребенка, а также складывающимся контактом ребенка и психолога, содержанием свободной игры и рисунков ребенка;
3. Резонансных чувств психолога.

Говоря о первом из перечисленных источников, необходимо отметить, что он достаточно известен. И касается сбора информации о том, присутствовали на первом году жизни ситуации высокого уровня стресса у ребенка и его матери, такие как: ранние длительные разлучения матери и младенца, утраты в семье, тяжелые заболевания, длительная госпитализация, депрессия матери, разводы или разрывы отношений с супругом и т.п. А также информация о развивающихся отношениях матери и ребенка на первых годах жизни. Характер эмоциональной связи и степень её надежности определяют признаки, достаточно широко описанные в работах рассматривающих различные типы привязанности и их проявления [1],[2]. Однако подобную информацию мы можем получить лишь со слов матери или другого близкого ребенку человека. Эта информация зачастую может носить субъективный характер и нуждается в уточнении посредством наблюдений психолога. Что и является следующей задачей в сборе информации.

Наблюдение па приеме. Опишем наиболее выраженные признаки, которые, с нашей точки зрения, могут свидетельствовать о нарушении привязанности.

При наблюдении за взаимодействием матери и ребенка на приеме чаще всего встречаются следующие: мама не умеет играть, не подключается к игре ребенка, не может его увлечь своей. Нет невербальной подстройки-голосом, жестами, позой. Мама эмоционально не отзывчива на меняющиеся чувства ребенка. Часто не довольна тем, как проявляет себя ребенок на встрече у психолога, или ребенок сам отказывается играть с мамой. Все эти признаки, по нашему мнению связаны, прежде всего, с ранним негативным опытом у матери, что и блокирует ее способность к эмпатической подстройке на детской территории игры.

Ребенок проявляет себя часто очень пугливо, или быстро осваивая предметное пространство, игнорирует людей находящихся рядом. Производит впечатление, «сам себе ан уме» трудно с ним договориться о чем либо, как будто не слышит. Закрыт, в лучшем случае прячется за маму, в худшем - апатично и дистанцированно реагирует на предложение контакта со стороны психолога. В подобном поведении прослеживаются признаки избегающей привязанности.

Другой полюс адаптации детей в условиях ненадежной привязанности (наблюдается чаще всего у девочек) связан с тем, что не получая необходимую защиту от матери, дети сами начинают ее давать. Такие дети на консультации также привычно стараются позаботиться о маме (перевёрнутые роли по нашим наблюдениям также часто сопутствуют нарушенной привязанности), следят за её настроением, делают подарки, стараются развеселить маму или быть прилежным и выполнить все, о чем их просят. В подобных проявлениях угадывается характер амбивалентной или зависимой привязанности.

Содержание игр ребенка с нарушенной привязанностью также можно типологизировать вокруг двух основных тем. Одна из них касается сюжетов связанных с катастрофами, войнами, и беспомощностью слабых персонажей. Этим персонажам часто бывает очень сложно помочь, даже если психолог пытается в игре это осуществить. Некоторые дети не допускают, чтобы в игре появился защищающий добрый персонаж, не могут придумать способы защиты и проигрывают неизбежную беззащитность слабого, что отражает ненадежность защищающей эмоциональной связи с объектом привязанности.

Следующий сюжет игры детей с нарушением привязанности связан с проигрыванием одиночества и покинутости. Иногда это игры где есть персонаж, который по каким-то причинам остался один, с семьей что-то случилось или она очень далеко. Такие же внутренние сцены отражают частые игры детей с водными персонажами или неодушевленными предметами. Подобные игры молчаливы и очень слабо наполнены активностью. Ребенок неохотно откликается на предложения играть вместе, игра проходит чаще всего изолировано от других участников встречи. Основное действие игры строится вокруг кормления или обустройства места.

Скованность, страх перед миром проявляется и в выборе игрушек. Такой ребенок привлекает к игре мало игрушек, небольшого размера, эти игрушки часто сделаны из твердого материала. Все, как будто, свидетельствует об истощенности, пассивности и отгороженности от мира. Пример Вани 6-ти лет.

Даже в описании мы можем почувствовать атмосферу этой игры, в которой одинокая рыбка нуждается в питании, насыщении и заботе (как при дефиците «хорошей груди», хорошего «холдинга», хорошей атмосферы контакта, эмоциональной разделённости, любви и заботе, что характерно для ранних дефицитов).

Третий источник, который особенно информативен в детской психотерапии, это резонансные чувства самого психолога. Дифференциация таких чувств, в процессе взаимодействия с ребенком, является специальным профессиональным навыком детского психолога. Эти чувства не относятся к эмпатии в отношении ребенка и отличаются от контрпереносных чувств психолога. Они возникают в ответ на взаимодействие во время свободной игры ребенка и той роли, которую предлагает ребенок психологу. Посредством механизма проективной идентификации (М.Кляйн 1998[5]), ребенок позволяет почувствовать в резонансе привычный для него эмоциональный фон отношений с объектом привязанности. Если обратиться к описанному случаю с Сашей в резонансных чувствах слабой части, которую проигрывает психолог, присутствуют беспомощность, страх и злость. Иногда, когда «зайчика» милуют или заботятся - радость. И это те противоречивые чувства, которые сопровождают амбивалентную привязанность ребенка к матери. В описанном случае с Ваней, исключение ребенком напарника в игре, частое отвержение попыток участия в совместном процессе, создают чувство скованности, неуверенности, наполняют общую атмосферу тихой грустью. Именно такие чувства испытывает ребенок отчаявшийся быть в эмоциональной связи с мамой, избегающий подобных контактов и пытающийся найти защиту в одиночестве.

Эти описания не исчерпывают все проявления при нарушении привязанности, и они характерны прежде всего, для детей дошкольного возраста, далее они маскируются и остаются в описанном виде только при серьезных нарушениях характерных для дезорганизованного или тревожно-избегающего типов привязанности.

Литература

1. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Академический проект, 2003 – с. 447.
2. Бриш К.Х. Терапия нарушения привязанности: от теории к практике. Пер.с нем.-М.: Когито-Центр, 2012.-316с.
3. Василенко М.А. Привязанность ребенка к матери как фактор ранней социализации. Дисс. ... канд.пс. наук, 19.00.05 Курск 2011-232с.
4. Калмыкова Е.С., Падун М.А. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме // Журнал практической психологии и

психоанализа – 2002. - № 1. – С.- 35 – 44.

5. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / Психоанализ в развитии: Сборник переводов. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. с. 59-107.

6. Мухамедрахимов. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Питер, 2006. - 288с.

7. Симоненко И.А. Изучение привязанности и ее влияния на психическое развитие детей раннего детского возраста.// Российский научный журнал. 20011 г., №5 с.177-183.

личность медицинской сестры: причины и факторы ее изучения

Смирнова С.В., Курылева Н.В., Невская Т.В.

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново, Россия

При оказании эффективной и квалифицированной помощи больному большая роль отводится коммуникативным и личностным особенностям среднего медицинского персонала в лечебно-профилактическом учреждении. Работа в детском отделении предъявляет высокие требования к личностным особенностям медицинской сестры. Она должна обладать особыми личностными характеристиками: быть психологически устойчивой, отличаться быстротой реакции, добросовестностью, доброжелательностью. Вместе с тем, она не должна быть очень эмоциональной, наоборот, ей полезен здоровый прагматизм. О том, какой должна быть идеальная медицинская сестра, говорится очень много. Как правило, фокусируется внимание на таких качествах, как доброта, чуткость, способность к сопереживанию, профессиональные знания и умения. На первое место все ставят человеческие качества личности, а профессиональную подготовку чуть ниже. Хотя доброжелательность, общительность, тактичность также входят в понятие профессионализма. При опросе родителей/ матерей все чаще звучат такие требования как способность грамотно строить общение и квалифицированно консультировать, профессиональная компетентность. Кроме того, растущие требования к качеству медицинской помощи диктуют необходимость профессионального отбора медицинских работников на основе четко сформулированных критериев, которыми являются профессионально важные качества. Известно, что успешность любого лечения на две трети зависит от компетентности и профессионализма медицинской сестры. Профессионально выполняя свою работу, медицинская сестра эмоционально поддерживает пациента, работая в атмосфере, зачастую наполненной горем, страданиями и болью. К сожалению, при большом количестве больных, нехватке персонала, усложняющихся год от года технологиях и невысокой заработной плате медицинские работники сами часто испытывают негативные эмоции, в частности тревогу.

Говоря о качестве медицинской помощи вообще и сестринской деятельности в частности, мы часто опираемся на такой критерий, как степень удовлетворения потребностей пациента. Однако такой важный аспект, как удовлетворенность самой медицинской сестры своей деятельностью и её результатами, почему то ускользает от внимания тех, кто занимается организацией здравоохранения. От того, насколько полно мы будем знать «секреты» межличностных контактов, насколько успешно мы освоим «науку общения», в значительной мере будет зависеть наше поведение в той или иной социальной группе или коллективе. Для людей многих профессий умение общаться становится частью профессионального мастерства, при отсутствии которого ценность всех остальных профессиональных навыков значительно снижается. Неумение вести не только личный, но и деловой диалог может сыграть не менее отрицательную роль, чем неверно прописанное лекарство (Горянина В.А., Морозов А.В., 2002).

Среди факторов, оказывающих непосредственное влияние на характер межличностных отношений в процессе общения, одно из первых мест отводится такому фактору, как стресс со стороны матери ребенка. Особенно подвержены стрессу матери, которые находились на стационарном лечении вместе с ребенком (98%). Очень важно со стороны среднего медицинского персонала предотвращение перерождения стресса в дистресс (отрицательное влияние на любую деятельность, вплоть до полной ее дезорганизации). Такая ситуация вызывает явление невротизации не только у матери ребенка, но и у медицинской сестры.

Анализ нашего исследования показал, что большинство сотрудников педиатрического отделения больницы (51,4%) оценивает уровень невротизации как высокий, 20,1% - средний и 28,5% - низкий. На ряду с этим, у матерей выявлено: высокий уровень невротизации у 64,7 %, средний уровень у 22,8% респондентов, низкий уровень у 12,5 %. Следует отметить, что респонденты со средним и низким уровнем невротизации пребывают в данном стационаре по 3-4 раза в год, что говорит об адаптации к больничным условиям. Они охотнее вступают в контакт, более доступны к продуктивному общению.

Исследования также показали влияние возраста на уровень невротизации. Более высокая невротизация у персонала, имеющих возраст от 30 до 55 лет и стаж работы более 10 лет. Это можно объяснить синдромом профессионального выгорания, что подтверждается нашими исследованиями – 69,9 % респондентов признают наличие данных признаков. Также в ходе исследования была выявлена взаимосвязь между синдромом эмоционального выгорания и степенью квалификации – наиболее высокое эмоциональное выгорание имеют специалисты первой и высшей квалификационной категории. Большое влияние на эмоциональное состояние среднего медицинского персонала оказывает загруженность – сотрудники, работающие на 1,5 ставки, имеют высокий уровень конфликтности (69,3%) –

в значительной степени это связано с физической усталостью и недостаточным временем для физической и психологической реабилитации.

Таким образом, выявленные факторы оказывают существенное влияние на качество межличностной коммуникации, социально-психологический климат в коллективе и характер взаимоотношений между медицинскими работниками и родителями больных детей.

Социально-психологические аспекты криминального агрессивного поведения в молодежной среде

Смирнова С.В., Овчинникова И.В.

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново, Россия

Агрессивное преступное поведение и личность насильственного преступника исследуется в основном в отечественной криминологии с помощью социологических подходов и методов. О личности насильственного преступника имеются правовые и демографические данные, об агрессивном преступном поведении – данные о ситуациях и способах совершения насильственных преступлений, но очень мало исследований о субъективных причинах, мотивации таких преступлений. Агрессивное преступное поведение не может быть понято, если объектом исследования не станет агрессивность как личностная черта.

Нами было проведено исследование социально-психологических факторов, которые, по нашему мнению, явились основными детерминантами криминального агрессивного поведения в молодежной среде. Исследуемый криминальный контингент составил 107 человек. Возраст был в пределах от 14 до 19 лет. Преобладающее большинство совершили криминально-агрессивные преступления в 16-17 летнем возрасте (45,8%).

Образовательный и профессиональный статус в криминальной группе представлен следующим образом: обучались в профессиональных училищах (ПУ) - 62,6%, затем - с неполным средним образованием – 23%, среднее образование имеют 8,4%, и начальное образование - 7,5%. Более трети обследуемых лиц не имели постоянного места работы, занимались случайными заработками. На момент обследования 38% подэкспертных учебу оставили и нигде не работали.

Наше исследование подтвердило данные о том, что в семьях молодых людей, совершивших криминально-агрессивные действия, чаще наблюдается деформация семейных отношений. Роль семьи в процессе формирования личности двойственная: с одной стороны, имеет значение биологический фактор – неблагоприятная наследственность, предполагающая склонность к употреблению алкоголя, с другой стороны, она опосредуется воспитанием и влиянием семейного сценария (по Э. Берну). В процессе исследования было установлено, что значительная часть юношей в группе криминальной молодежи воспитывалась без одного из родителей, в большинстве случаев

отсутствовал отец (оставил семью – 27%; был осужден и находился в местах лишения свободы на момент совершения преступления его ребенком – 10,3%), подэкспертные воспитывались без матери в 9% случаев, и в условиях алкоголизма одного из родителей (либо обоих). Воспитывались вне семьи (интернат, опекуны, родственники) 13,1%; имели криминальное поведение в прошлом -71,4%, воспитывалась в условиях гипоопеки или эмоционального отвержения 85,6% подэкспертных. Без отца воспитывался 17,3% (развод родителей), что неблагоприятно сказывается на воспитании мальчиков и может быть причиной семейно-педагогической запущенности.

В криминальной группе оба родителя злоупотребляют спиртными напитками (мать – 14,7%; отец 41,8%: состоят на учете у нарколога, либо систематически употребляют спиртное на уровне бытового пьянства).

Конфликтные отношения с родителями в криминальной группе отмечают 76,6%, с преподавателями конфликтовало 81%. Наше исследование подтвердило данные литературы о том, что в семьях молодых людей, совершивших криминально-агрессивные действия, чаще наблюдается деформация семейных отношений. Обращает на себя внимание, что доля неполных семей в криминальной группе в среднем на 28% больше, чем в контрольной группе.

Следует отметить, что в криминальной группе отношение к учебе проявлялось тремя вариантами: безразличием, пассивным уклонением и негативизмом. В большинстве случаев у подэкспертных отсутствует положительная мотивация на получение образования (например, обучение в ПУ в основном имеет формальный характер, и чаще всего случайный выбор).

Наличие и характер увлечений является важнейшей характеристикой направленности личности. В криминальной группе доминирует праздное времяпровождение в компаниях – 83,6%. Испытуемые криминальной группы предпочитают слушать музыку (в основном, тюремный шансон) – 79,6%, просмотр телевизионных передач (предпочитают боевики, приключения, передачи на криминальную тематику) – 62,3%, отмечается низкая значимость чтения, данный вид досуга называют единицы (не более 1,5%). Практически исключены увлечения, требующие интеллектуального и волевого напряжения. Большинство употребляют спиртные напитки - 3-4 раза в неделю, причем, употребление пива считается обычным делом - 93,8%, табакокурение составляет – 98%, токсикомания – 19,5%, наркотики - 0,7%.

Исследование жизненных ценностей показало, что наиболее подвержен колебаниям рейтинг таких ценностей, как здоровье, свобода, уверенность в себе и познание. В криминальной группе наиболее значима материально обеспеченная жизнь (видимо это совпадает у них с материальными проблемами в семьях), наличие хороших друзей, затем ценность свободы (возможно связано с тем, что они предвидят, что будут осуждены судом к различным срокам лишения свободы) и уверенность в себе.

Анализ мотивов совершенных преступлений свидетельствует о том, что преобладающий мотив преступлений - корыстно-алчный, затем

стремление немедленно получить удовольствие, возможно стремление самоутвердиться в референтной группе, преимущественно асоциальной, деструктивной направленности.

Корреляционный анализ показал, что в криминальной группе определенные формы агрессии связаны с такими характерологическими особенностями, как акцентуация личности. Так, вербальная агрессия наиболее свойственна параноидному типу и циклоидному типу; подозрительность – сензитивному; обидчивость присуща истероидному, циклоидному типу; физическая агрессия – психастеническому типу ($P < 0,05$).

Обидчивость и подозрительность присутствует у субъектов, которые в конфликтных ситуациях не способны действовать по типу «избегание» ($P < 0,05$).

Физическую агрессию также проявляют испытуемые с неадекватной самооценкой ($P < 0,05$) и агрессия, как правило, имеет характер нападения ($P < 0,01$), раздражительность демонстрируют молодые люди с неадекватной самооценкой ($P < 0,01$), подозрительность свойственна испытуемым с выраженным сомнением ($P < 0,05$).

Интересен тот факт, что у агрессивных правонарушителей даже в ситуации экспертизы не отмечалось маскировочного занижения враждебности. Их реакции не изменялись в соответствии с социальной желательностью, что может быть следствием недостаточной интериоризации норм социально одобряемого поведения в конфликтах и недостаточной критичности к своим собственным реакциям на фрустрацию (отсутствием переживания вины по поводу совершения криминальной агрессии). Это затрагивает одну из сложных проблем - проблему совести как регулирующего механизма поведения, внутреннего контроля поведения.

Агрессия в виде раздражительности свойственна психастеническому типу акцентуации, однако испытуемые в конфликтной ситуации способны приспосабливаться к ней ($P < 0,05$). Негативизм (оппозиционная форма поведения против авторитета или руководства), они способны приспосабливаться, и это используется как защита в конфликтных ситуациях ($P < 0,05$). Подозрительность свойственна лицам, которые не способны избеганию конфликтов ($P < 0,05$). Вербальная агрессия свойственна тем, кто старается приспособиться к ситуации, как правило, в виде защиты ($P < 0,01$), в состоянии напряжения (страха) $P < 0,05$). Проявление косвенной агрессии применяется в виде защиты ($P < 0,05$). Чувство вины испытывают личности с сомнением ($P < 0,05$).

На основе полученных данных тестирования выбраны значимые корреляции между разными типами агрессии и социально-личностными факторами.

В соответствии с целями и задачами нашего исследования мы проанализировали *социально-психологические факторы*, которые увеличивают вероятность проявления криминального поведения. Были подсчитаны корреляционные зависимости признака наличия криминального поведения и различные социально-психологические условия. В результате

чего были выделены значимые коэффициенты корреляций между фактом появления криминального поведения и следующими социально-психологическими условиями: злоупотребление спиртными напитками родителями, неполная семья, неадекватный стиль воспитания (гипоопека, неустойчивый), конфликтные отношения с родителями и преподавателями, все виды аддиктивного поведения. Следует обратить внимание на то, что поскольку эти факторы достаточно разнородны, нами был проведен факторный анализ, и мы получили один, наиболее значимый фактор. По смыслу входящих в него переменных его можно назвать *фактором криминальности*. С наибольшим весом в него вошли такие переменные, как факт совершения криминального поступка (0,859); употребление спиртных напитков (0,773); конфликты с преподавателями (0,661); пьянство отца (0,614); асоциальная референтная группа (0,374). В данный фактор также вошли менее, но так же значимые переменные, среди которых: аддиктивные формы поведения (табакокурение (0,576), токсикомания (0,269); отсутствие интеллектуальных увлечений (просмотр телепередач на криминальную тематику (0,452), музыкальные пристрастия - «тюремный шансон» (0,334), чтение книг (-0,173)); неадекватный стиль воспитания (0,269), пьянство матери и воспитание без отца (0,170), воспитание вне семьи (0,159), конфликты с родителями (0,139).

Следующим этапом анализа эмпирических данных был анализ взаимосвязей факта проявления криминального поведения и индивидуально-психологических свойств личности. Были обнаружены достаточно значимые взаимосвязи этого факта с такими переменными, как сензитивность личности (при $p \leq 0,01$), гипотимность (при $p \leq 0,05$), циклоидность (при $p \leq 0,01$), устойчиво высокая самооценка (при $p \leq 0,01$), сниженное переживание вины (при $p \leq 0,01$).

Дополнительно был проведен факторный анализ признака наличия криминального поведения и акцентуаций личности. Он показал, что в один, наиболее важный фактор с максимальным весом вошли факт совершения преступления (0,786) и сензитивность личности (0,803), при малом весе остальных переменных.

На основе социально - психологических и личностных детерминант криминальности составлен обобщенный портрет личности, склонной к криминальному поведению. С точки зрения индивидуально-психологических качеств часто личность обладает сензитивной акцентуацией, повышенной чувствительностью, устойчивой положительной самооценкой и сниженным чувством вины за собственные действия. Эти характеристики обостряются, когда личность растет в семье с отцом, злоупотребляющим спиртными напитками и сама личность употребляет алкоголь, конфликтует с преподавателями. Дополнительно эта ситуация, как правило, усугубляется конфликтными отношениями с родителями, асоциальной референтной группой, аддиктивными формами поведения, воспитанием без матери.

При высокой самооценке, отсутствии чувства вины с незрелостью способностей использовать гибкие стратегии при разрешении конфликтных

ситуаций личность находит самооправдание всем своим поступкам, так как не испытывает чувства вины за совершенные криминальные действия, а это связано с тем, что не развиты сдерживающие компенсаторные механизмы. С одной стороны это отсутствие матери, которая может нивелировать личностные деформации, с другой - нарушены устойчивые благоприятные внутрисемейные отношения. В такой ситуации личность испытывает дефицит эмоциональной внутрисемейной идентичности, собственной значимости, привязанности и компенсирует этот дефицит в группе друзей, которые, как показывают исследования, чаще всего асоциальной, деструктивной направленности. Так как наличие сензитивной акцентуации характера свидетельствует о высокой чувствительности, ранимости, тревожности, пессимизма и это усугубляет отдаление от родительской семьи и личность компенсирует дефицит собственной значимости в группе, где её, как правило, принимают. Происходит принятие атрибутов и норм криминогенной субкультуры, формирование деструктивной личностной направленности.

Литература

1. Агрессия и психическое здоровье /Под ред. Академика РАМН Т.Б. Дмитриевой и профессора Б.В. Шостаковича. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002.
2. Аладьин А.А. Внутрисемейные отношения в семьях подростков с нарушениями поведения: Автореф. дис. канд. психол. наук. Минск, 1996.
3. Берковитц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб., 2002.
4. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб., 2001.
5. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки.//Аналитический обзор - М: РИО ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2003.
6. Вострокнутов Н.В., Василевский В.Г. Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Рос. психиатр. журн.- 2000.-№2.
7. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М. 2003.
8. Фетискин Н.П. Психологические основы и диагностика девиантного поведения. М. – Кострома, 2003.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ СТУДЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Солонникова Н. В. Научный руководитель: Кузнецова А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Согласно сообщению министра здравоохранения В.И. Скворцовой президенту Российской Федерации В.В. Путину, более 40% взрослых жителей России имеют хотя бы одно хроническое заболевание[1].

В нашей стране действует мощная законодательная база по охране здоровья граждан. Прежде всего, это - Конституция РФ, ст. 41 ч.1 которая гласит «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь ...»[2]. Федеральный закон №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, определяет полномочия, права и обязанности субъектов и объектов в данной сфере. В соответствии со ст. 2 настоящего Федерального закона, охрана здоровья граждан - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи[3].

Зачастую для успешного лечения необходимо пристальное внимание к тому, как человек реагирует на болезнь. Отношение к болезни в одних случаях может играть роль оптимизатора, стимулирующего стремление к выздоровлению, а в других может мешать выздоровлению, лечению и реабилитации, масштаб переживания варьирует от анизогнозии – полное отрицание болезни как таковой, до гипернозогнозии, когда больные переоценивают значимость отдельных симптомов и болезни в целом.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) - это совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых), связанных с наличием у человека заболевания. Разные типы отношения к болезни по-разному влияют на процесс выздоровления человека. Так Е.А. Личко и Н.Я. Иванов(1980) предложили классификацию типов отношения к болезни. Методика выявляет 12 типов отношения к болезни: гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный) тип - оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни; эргопатический (Р) (стенический) - "Уход от болезни в работу"; анозогнозический (З) (эйфорический) - активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного; тревожный (Т) (тревно-депрессивный и обсессивно-фобический) - непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения; ипохондрический (И) - чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; неврастенический (Н) – поведение по типу "раздражительной слабости", вспышки раздражения, особенно при болях, при

неприятных ощущениях, при неудачах лечения; меланхолический (М) (витально-тоскливый) - сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения; апатический (А) - полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; сенситивный (С) - чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни; эгоцентрический (Э) (истероидный) - "принятие" болезни и поиски выгод в связи с болезнью; паранойяльный (П) - уверенность, что болезнь - результат внешних причин, чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам; дисфорический (Д) (агрессивный) - доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид, зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких[4;14].

В рамках курсового проекта было проведено пилотажное исследование, направленное на выявление отношения к болезни студентов с хроническим заболеванием. В качестве опросника была использована методика ТОБОЛ Е.А. Личко и Н. Я. Иванова(1980).

Объектом исследования является тип отношения к болезни, В выборку вошло 15 студентов факультета социальной работы в возрасте от 19 до 22 лет, имеющие хронические заболевания такие как: хронический гастрит хронический гайморит, хронический тонзиллит, хронический бронхит.

По результатам исследования выявлены следующие особенности: большинство студентов с хроническим гастритом, имеют диффузный тип отношения к болезни (40%), который характеризуется гневливым настроением, постоянно недовольным видом. Большинство студентов с хроническим бронхитом (34%) имеют смешанные типы: стенический – эйфорический, стенический - сенситивный, гармонический – сенситивный. Смешанные типы характеризуются сочетанием в себе типов отношения к болезни по методике Е.А. Личко, описанных выше. Например, гармонический – сенситивный тип отношения к болезни предполагает стремление лица содействовать успеху лечения, но и в то же время наличие у него ранимости, уязвимости, колебания настроения. Стенический – сенситивный тип предполагает «уход в работу» и чрезмерную ранимость, стенический – эйфорический тип характеризуется «уходом в работу» и отбрасыванием мыслей о болезни. Для большинства студентов с диагнозом «хронический гастрит» характерен тревожный тип реагирования на болезнь и может проявляться в непрерывном беспокойстве и мнительности, вере в приметы и ритуалы. Студенты, страдающие хроническим тонзиллитом зачастую демонстрируют стенический тип отношения к болезни, для которого характерен «уход от болезни в работу».

Подводя итоги выше сказанному, несмотря на выявленные тенденции следует отметить, что у каждого человека свой тип отношения к болезни, который зависит не только от типа заболевания, но и от социальных, психологических, биологических, экономических и других факторов. Однако

для будущих врачей важным является то, что знание «внутренней картины болезни» конкретного человека позволяет решать задачи, которые современная медицина ставит перед врачом, как перед личностью, призванной в силу своей специальности влиять на другую личность – больного, с целью улучшения его здоровья.

Литература

1. <http://www.nakanune.ru/news/2013/10/17/22327774> Накануне.RU
2. <http://www.zakonprost.ru/konstitucija-rf/razdel-1> Конституция РФ
3. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=152447> Консультант Плюс. Федеральный закон №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А. Я. Вукс. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб.: 2005. – 32 с.

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИДЕНТИЧНОСТИ В КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сотников В.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск, Россия

Последнее десятилетие характеризуется смещением акцента в рассмотрении онкологического заболевания с исключительно медицинского на социальный и психологический [3, 6, 17 и др.]. С одной стороны, этому способствует резкое увеличение числа заболевших – по данным официальной статистики в 2011 г. в России было выявлено 522 410 новых случаев злокачественного новообразования, что на 15,8% больше, чем в 2001 г. (451 299) [7, с.5]. С другой стороны – целый комплекс социально-психологических и клиничко-психологических феноменов, характеризующих заболевание.

Уникальность критической жизненной ситуации онкологического заболевания состоит в том, что она объединяет в себе как черты «экстремальности», так и черты «кризисности» [2]. Экстремальность задаётся в этом случае внешними параметрами ситуации – внезапностью возникновения, выраженной витальной угрозой, чрезмерным по силе воздействием на психофизиологические и психические ресурсы человека, блокирующие его важнейшие потребности. Проявления «экстремальности» в интерсубъективном плане характеризуются специфическими «субъективными» явлениями кризиса. Субъективно кризис воспринимается человеком как «ощущение внутреннего тупика, который нарушает

привычное течение жизни и вызывает интенсивные негативные переживания, достигающие предельных возможностей человека» [там же, с.11]. В данном случае мы говорим не просто о кризисе в широком смысле этого слова, мы говорим о конкретном внутреннем состоянии, выступающем механизмом преобразования личности - кризисе идентичности [18], не связанным с каким-то определённым возрастным этапом, а обусловленным новой социальной ситуацией, в которую попадает личность. Обладание идентичностью – это всегда совокупность трёх факторов: «во-первых, ощущение себя, своего бытия как личности неизменным, независимо от изменения ситуации, роли, самовосприятия; во-вторых, это значит, что прошлое, настоящее и будущее переживаются как единое целое; в-третьих, это означает, что человек ощущает связь между собственной непрерывностью и признанием этой непрерывности другими людьми» [1]. Онкологическое заболевание ставит под угрозу все приведённые характеристики. Личность, столкнувшаяся с ним в ходе своей жизни, встречается лицом к лицу с целым комплексом социальных мифов – онкология является тем заболеванием, которое «несёт в себе бремя представления о заразе» [6], является «императором всех недугов, владыкой ужаса» [14] и воспринимается как исключительно смертельное заболевание, излечение от которого невозможно. Общая идея фатальности, имеющая место в представлении об онкопатологии, ставит под угрозу как личное переживание непрерывности и самоидентичности, так и не позволяет ощущать себя непрерывным в отражении других.

С целью изучения влияния ситуации онкологического заболевания на временные параметры идентичности нами было проведено эмпирическое исследование. В качестве центральной гипотезы выступило предположение о том, что ситуация онкологического заболевания провоцируя кризис идентичности отражается в трансформации её временной организации. Для проверки гипотезы нами было сформировано три выборки: экспериментальная группа №1, которую составили пациенты радиологического отделения областного онкологического диспансера г. Курска (N=70); экспериментальная группа №2, которую составили пациенты гинекологического отделения городской клинической больницы № 4 г. Курска (N=50); контрольная группа, в которую вошли женщины, не находящиеся в каких-либо трудных жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья (N=116).

В качестве измерительного инструментария в нашем исследовании выступили: методика «Кто Я?» М. Куна и Т. Макпартленда, опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе (ЗТП) в адаптации А. Сырцовой, тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева, метод исследования жизненного пути «Линия жизни». Для диагностики актуального эмоционального состояния использовался восьмицветовой тест Люшера в адаптации Л.Н. Собчик,

В процессе статистической обработки данных исследования, были получены следующие результаты.

В группе онкологических больных оценка настоящего имеет более негативную окраску, чем в группе здоровых испытуемых (при $p=0,00$) и группе гинекологических больных (при $p=0,00$). Больные онкологической патологией рассматривают свой настоящий этап жизни как гораздо более негативный, переживая его как отрицательное событие жизни, в то время как испытуемые, не страдающие онкологическим заболеванием, оценивают свое настоящее как положительное, менее негативное. Так же отрицательное отношение к настоящему моменту и снижение уровня нервно-психического благополучия отражается в наличии значимых различий в отклонении от аутогенной нормы. В группе онкологических больных отклонение от аутогенной нормы статистически выше, чем в группе здоровых испытуемых (при $p = 0,035$) и выше на уровне статистической тенденции, чем в группе гинекологических больных (при $p = 0,087$).

Такие изменения связаны с тем, что ситуация онкологического заболевания сопровождается для человека целым комплексом выраженных негативных воздействий - необходимостью мириться с фактом длительного пребывания в стационаре, сопровождающегося болезненным и агрессивным лечением, нарушением социальных функций, исключением из активной трудовой, общественной и семейной жизни. Вновь становятся актуальными вопросы кризиса идентичности «Кто я?», «Зачем я?», «Куда я могу двигаться?». Идентичность претерпевает изменения как в параметрах временной самоидентичности, так и её смысловой атрибуции.

В группах контрольной ($p = 0,0019$) и экспериментальной №2 ($p = 0,0007$) отмечаются более высокие показатели по признаку событийной насыщенности будущего, по сравнению с группой больных онкологической патологией, и показателю «будущее» (методики ZTP1) при уровне значимости $p=0,022$ и $p=0,042$ соответственно. Онкологические больные имеют более низкую событийную насыщенность и протяжённость будущего. Вся дальнейшая жизнь представляется существованием в пространстве неизлечимой болезни. Формируется отрицательная установка на будущее, которое воспринимается как негативное, лишённое смысла, блокирующее удовлетворение потребностей женщины. Это связано с высокой степенью неопределённости перспектив будущего в сознании больного – будущее, на которое невозможно повлиять активными индивидуальными действиями. Так как единственным фактором, от которого зависит качественная наполненность и продолжительность будущего, является течение заболевания, не подвластно контролю самого больного. Обращает внимание, что не только будущее, но все временные сферы приобретают диспропорциональный характер.

В группе онкологических больных прошлое приобретает выраженный негативный характер по сравнению с группой здоровых испытуемых (при $p=0,001$) и группой гинекологических больных (при $p=0,021$).

Туманность и неопределённость будущего, негативное означивание прошлого сопровождается фаталистическим отношением к настоящему, что по результатам методики ZTP1 характерно для ситуации болезни в целом.

Значимые различия в восприятии настоящего мы получаем только с группой здоровых испытуемых (при $p=0,03$). В группе онкологических больных настоящее рассматривается как фаталистическое в связи со стереотипным и мифическим восприятием заболеваний этой группы как неизлечимой и смертельной, несмотря на существующие объективные успехи медицины. Однако, сопоставление этих данных с наличием значимых различий по показателю locus-контроля жизни методики СЖО, позволяет нам говорить о наличии качественной специфики в определении фатальности настоящего в группах больных испытуемых. Так в группе онкологических больных статистически значимо преобладает снижение выраженности управляемостью жизнью в сравнении с группой гинекологических больных (при $p=0,09$) и группой здоровых испытуемых (при $p=0,0075$)

Значимые различия по этому показателю позволяют нам говорить не просто о декларативном характере принятия фатальности жизни, иллюзорности свободы выбора и бессмысленности планирования будущего, обусловленном скорее внешними параметрами ситуации заболевания, а о принятии этого факта на уровне смыслового включения в картину своего мира.

Анализируя данные исследования полученные методикой «Кто Я?», мы можем отметить наличие значительно большей частоты встречаемости у онкологических больных самоописаний связанных с увлечениями и интересами настоящего момента.

Высокая частота встречаемости по этому показателю (по критерию ϕ^* - угловое преобразование Фишера $p = 0$) является индикатором центрации онкологически больных на настоящем моменте и желании компенсировать его негативную окраску, посредством обращения к ресурсным составляющим их жизненного опыта. Больные описывают любимые вещи (цветы, картины, дом), интересную для них работу, всё что представляется им положительным и привлекательным на данный момент.

Таким образом, по результатам нашего исследования мы можем сделать вывод о том, что кризис идентичности в ситуации онкологического заболевания сопровождается целым комплексом изменений во временной организации личности. Временные локусы прошлого, настоящего и будущего в сложившихся условиях теряют своё единство и последовательность, деформируясь, приобретают изолированный характер – прошлое и настоящее оцениваются негативно, снижается ориентация и насыщенность будущего, снижается возможность построения событийной перспективы. Теряется способность соотнесение своего прошлого опыта с будущими целями, так как высокий уровень неопределённости не позволяет сколько-нибудь точно прогнозировать развитие жизненных событий.

Литература

1. Антонова Н.В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии // Вопросы психологии. – 1996. Выпуск 1, - С. 131-143
2. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПб университета. – 2010. - Серия 12, – Выпуск 1, – С. 9–16.
3. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности. Дисс. ... д-ра. психол. наук. Курск., 2011. - 414 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 144 с.
5. Волкова Н.В. Особенности проявления психологической неустойчивости личности при преодолении критических ситуаций. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. - 170 с.
6. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2007. – 168 с.
7. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2013. - 289 с.
8. Зотов П.Б. Типы внутренней картины болезни и суицидальная активность больных злокачественными новообразованиями [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.09.2013).
9. Иванов С.В. Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных //Журнал Клинической психоонкологии. Вып 1 (9), 2006
- 10.Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1998. - 166 с..
- 11.Кукина М. В. исследование механизмов психологической защиты у инкурабельных онкологических больных // Седьмая волна психологии. Вып.6./Сб. под ред. Козлова В. В., Качановой Н. А. - Ярославль, Минск: МАПН, ЯрГУ, - 2009
- 12.Липецкий Н. Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) [Текст] / Н. Н. Липецкий // Молодой ученый. — 2013. — №7. — С. 372-374.
- 13.Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности // Вестник СПб университета. – 2010. - Серия 12, – Выпуск 1, – С. 28-38.
- 14.Мукерджи С. Царь всех болезней. Биография рака / Сиддхартха Мукерджи; пер. с англ. М. Виноградовой. – Москва: АСТ, 2013. – 701 с.

15. Пестерева Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания. Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. - 185 с.
16. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н.А. Русина // Мир психологии. 2002. №4 с. 152-160
17. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
18. Ericson E.H. Identity, youth and crisis. L.: Faber and Faber, 1968
19. Sontag Susan. Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors. New York: Picador, 1990

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Степанов Н.С., Конопля А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В условиях роста внимания к более продуктивному использованию трудовых ресурсов на преподавателей легла главная тяжесть адаптации к жизни в новых экономических и социальных условиях, приведших к развитию длительного психологического напряжения, переживания жизненных затруднений и преодоления новых трудностей. В жизни преподавателей стали чаще проявляться информационные стрессы, перенапряженность интеллектуальной деятельности, гипокинезия (недостаток движения), сенсорная изоляция, монотония на фоне эмоциональной напряженности, аллергизирующая среда обитания и ряд других факторов. Все это обостряет необходимость повышения эффективности, целенаправленности мер по поддержанию их профессионального здоровья.

В целом профессиональное здоровье в литературе рассматривается, как свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность во всех условиях, в которых протекает профессиональная деятельность индивидуума (Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А., 1996).

Понятие о профессиональном здоровье, в отличие от принятых определений здоровья, подразумевает наличие такого качества, как способность организма восстанавливать нарушенное состояние в соответствии с регламентацией объема и вида профессионального труда. Со сложностью выполнения конкретной профессиональной задачи соотносится не только диагноз, но и функциональное состояние. Важным является поддержание и восстановление рабочего состояния, предупреждение болезненного состояния человека путем активного восстановления его

психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой.

Сохранение профессионального здоровья преподавателей включает в себя прогнозирование здоровья, выявление групп «риска», психологическую реабилитацию и коррекцию лиц, перенесших воздействие факторов психотравмирующей ситуации (Маклаков А.Г.,1996). При определении содержания профессионального здоровья возникает проблема неоднозначности его соотнесения с тем, что обычно понимается под самим здоровьем вообще.

Поэтому, рассматривая профессиональное здоровье как составной элемент профессиональной пригодности, становится необходимым вовлечение в сферу изучения и учета отношения преподавателей к своему здоровью, их реальных действий по его поддержанию и укреплению. Здоровье становится не только состоянием организма, но и субъективной самоценностью для работающего человека (Гридин А. А.,2001).

В существующей практике поддержания профессионального здоровья преподавателей используются два подхода. Разработка и применение мер по обеспечению безопасности труда и компенсация возможных случаев изменения здоровья работников и его восстановление.

Оба подхода применяются, прежде всего, в области исполнительской деятельности, связанной со значительными физическими затратами в зависимости от профессии. В полной мере к их числу могут быть отнесены большинство преподавательских специальностей и, в частности, специальности преподавателей высшей школы.

Анализ здоровья и деятельности преподавателей строится на двух концепциях. Это концепция развития индивидуальности по Ананьеву Б.Г., рассматривающая человека как индивида, личность и субъекта деятельности. Это даёт возможность дифференцированного подхода к изучению индивидуально-психологических особенностей профессионального здоровья преподавателя. Вторая концепция раскрывает психологическое обеспечение профессиональной деятельности и подразумевает психологическое сопровождение специалиста от «входа» в профессию и до «выхода» из нее как обязательное условие становления специалиста, его последующего профессионального совершенствования и сохранения профессионального здоровья.

На наш взгляд, следует рассматривать социально-педагогические аспекта профессионального здоровья преподавателей в их сопротивлении неблагоприятным факторам социальной и образовательной среды, давлению жизненных трудностей. Не случайно отношение к здоровью преподавателей исследуется не только медициной, но и социологией здоровья, социологией образования, социальной педагогикой и социологией управления высшей школой.

Переход от биомедицинской к социальной парадигме изучения здоровья преподавателей подчёркивает инструментальную ценность здоровья, способствует не только качественному выполнению

профессиональных функций, но и позволяет ему быть адаптивным, мобильным, успешным в реализации набора ролей своей жизнедеятельности.

Профессиональное здоровье имеет свои индикаторы. Прежде всего, это противоречие между увеличением числа освоивших образование, прошедших профессиональную подготовку и ростом профессиональной некомпетентности (как несоответствия требованиям различных видов деятельности). Умение не только читать (чтение – это труд и творчество, а не только восприятие информации), писать (передавать свои мысли, расширять круг коммуникативного взаимодействия), говорить (способность к речевому общению и речевому самовыражению на основе речевых постулатов), но и обеспечивать способность к социальной ориентации и социальной саморегуляции, способность или неспособность видеть перспективу, бороться с полужнанием, эрзац-знанием, ложным знанием или знаниями - фантомами. Некомпетентность выступает как симптом социального кризиса, несвободы человека в его взаимодействии с окружающим его миром.

Компетентный человек, как правило, больше не удовлетворен окружающим миром, тогда как некомпетентный человек «непритязателен», живет в «гармонии» с окружающей средой, легче мирится с недостатками, проблемами, пороками. Зачастую недостаточная общая и профессиональная подготовка служит оправданием его социального положения, ограниченности притязаний, качества и объема выполняемой работы. У таких людей вырабатываются защитительные шаблоны, пренебрежительное отношения к труду интеллигенции, тем более если этот процесс сопровождается снижением в обществе авторитета педагога, врача, инженера.

Наблюдается расхождение образования и деятельности, что выражается в невостребованности знаний и в прекращении («свертывании») деятельности. У определённой категории лиц проявляется неумение общаться с окружающим миром посредством письменной (а иногда и устной) речи, излагать свои мысли и идеи в статье, в научном докладе, в обзоре, в рецензии, неумении составить деловую бумагу.

В рамках своей профессии преподаватели должны знать все богатство различных картин мира, ориентироваться на образовательные и общекультурные образцы, имеющиеся в науке и практике, понимать их особенности и специфику, их качество и уметь оценить их достоверность и проверять истинность. Такой подход к знанию олицетворяет развивающий тип обучения. Но работать по лучшим образцам — это не значит их копировать, делать из них шаблоны. Копии и шаблоны всегда уязвимы, порочны, ограничены для другого человека. Важнее брать их творческий дух, их принцип поиска, подхода, сравнения. Творчество в процессе труда преподавателя позволяет ему проявлять гибкость, избегать трафаретных решений, стандартного поведения.

Маскировка незнания специфической терминологией, вычурным языком, злоупотреблением или простым копированием терминологии, принятой в другой науке или другом языке, стал распространённым приёмом,

позволяющим скрывать реальное знание, неумение и неспособность донести его до аудитории. Маловразумительная речь часто прикрывает убогость мысли, претендующей, однако, на значительность выводов. Отсутствие контакта с другими людьми, с аудиторией, неумение донести смысл и внятно изложить свои мысли, позицию есть результат профессионального нездоровья.

Выделяются причины профессионального нездоровья. Во-первых, это качество обучения. Подчас потребность в образовании удовлетворяется средствами, не всегда соответствующими нуждам информационного общества. Этому способствует снижение требований к профессиональным качествам специалистов, которые призваны транслировать знания.

Во-вторых, современная образовательная среда в силу необходимости передачи все большего объема информации, развития нормативно-правовой базы предполагает поиск и использование новых методов и технологий обучения, которые, в свою очередь, требуют постоянного самообразования и переподготовки самих преподавателей.

В-третьих, овладение новейшей информацией зависит не только от желания и стремления людей, но и от политики государства, провозгласившего реальную общедоступность образовательных институтов, не обеспеченную возможностью профессиональной деятельности по профилю полученного образования.

В-четвёртых, образованию следует оптимально реагировать на потребности времени, поскольку эта реакция нередко либо превращается в примитивное подражание, либо простое заимствование чужого опыта.

В-пятых, компетентность перестает быть структурообразующим компонентом, а некомпетентность не является преградой для так называемых инициативных людей. В российском обществе можно прожить и без знаний, и без квалификации, причем зачастую во много раз лучше, чем имея их.

В-шестых, проявляется снижение требований, предъявляемых преподавателями к самим себе, а с другой — в изменение отношения общества к людям интеллектуального труда, в низкой' оценке их труда и слабой его защищенности.

В-седьмых, исследования показывают, что лишь немногие студенты хотят после окончания университета работать преподавателями или быть научными работниками. Настолько непривлекательно со всех точек зрения (в том числе и с материальной) положение ученого, преподавателя, учителя в нашем обществе, что оно не может способствовать приходу молодых специалистов в сферу этих профессий.

Для оценки уровня профессионального здоровья используется несколько подходов. Во-первых, наиболее привычен и часто употребляем количественный метод. Но он не учитывает динамику и связь состояний в развитии профессионального здоровья преподавателя. Во-вторых, возможен нормативно-ценностный подход, при котором внимание сосредоточивается на достижениях, на обязанностях преподавателя, его качествах как профессионала. Этот подход игнорирует реальную ситуацию, упускает из

вида анализ того, каким не должен быть преподаватель. В-третьих, необходимо выявлять показатели профессиональной некомпетентности, вскрывать её ограниченность, несовершенство и ущербность как показателя нездоровья преподавателя.

Профессиональная некомпетентность — это своеобразный парадокс времени. Она одновременно и причина, и следствие материальной и духовной бедности образовательных структур общества, источник девиантного поведения, жизненных и тегногенных трагедий, фактор социального риска. Профессиональную некомпетентность формирует недостаток общей культуры, отсутствие той гуманитарной базы, которая составляет основу успешной профессиональной работы.

Некомпетентность является показателем профессионального нездоровья преподавателя, характеризуется профессиональной ограниченностью, отсутствием общей культуры и общечеловеческих нравственных ориентиров. Устранить факторы, влияющие на профессиональное здоровье преподавателей, призван новый Закон РФ «Об образовании», провозгласивший важность и значимость компетентностного подхода в обучении и воспитании специалиста нового формата.

Литература

1. Дудченко, З.Ф. Психологические особенности поддержания профессионального здоровья: На примере преподавателей вузов: автореф. Канд. дисс... , Санкт-Петербург, 2003.

2. Печеркина А.А. Поддержка профессионального здоровья преподавателя// Сборник научных статей Областной научно-практической конференции, 15 мая 2012 года, Нижний Тагил, Екатеринбург, 2012.

3. Степашов Н.С., Сидоров Г.А. Социология здоровья и болезни. - Курск: КГМУ, 2008.

4. Толмачев Д. А. Комплексная оценка здоровья и качества жизни преподавателей медицинского вуза : автореф. Канд дисс..., М., 2012.

5. Юскаева М.В.. Отношение к здоровью преподавателей университета. - Саранск, 2012.

Совместная деятельность детей младшего школьного возраста как одно из условий развития отношений сотрудничества и социального интереса
Сурьянинова Т.И. Смирнов Н.В.

Курский государственный медицинский университет г.Курск, Россия

Л.С. Выготский отмечал, что общее направление психического развития идет от социального к индивидуальному: функция, разделенная между двумя людьми становится способом организации отдельного индивида, интерпсихические действия превращаются в действия интрапсихические. Высшие психические функции имеют свой генезис в

совместной деятельности в форме взаимодействия участников кооперации, а затем становятся функциями отдельного индивида. [2]

Совместная деятельность выступает как необходимый этап и внутренний механизм, индивидуально осуществляемой деятельности. Развитие различных психических функций в совместной деятельности, создание содержательного сотрудничества, происходит через обмен предметами, или посредством преобразований, взаимодействий между участниками.

Большинство исследователей подчеркивают, что взаимодействия между индивидами вызывает усвоение различных форм ролевого поведения. Образ другого человека, с которым взаимодействует личность, является важнейшим корректирующим механизмом межличностного поведения. Восприятие и понимание – первая ступень взаимодействия; диалог в контексте совместной деятельности конкретизирует образ другого [4].

А. Адлер уделял большое внимание в своей индивидуальной психологии развитию социального чувства, которое является стержнем стиля жизни и определяет характер взаимодействия людей друг с другом. Социальное чувство (социальный интерес) – коллективный дух, чувство человеческого братства, и само отождествление со всем человечеством которое формирует позитивные социальные взаимоотношения. Согласно Адлеру, эти взаимоотношения могут быть конструктивными и здоровыми только тогда когда они включают в себя равенство, взаимодействие и дух сотрудничества.

А. Адлер считал, что социальный интерес является главной силой, определяющей поведение и жизнь людей. Чувство общности с другими людьми (социальный интерес) стимулирует контакты и ориентацию на других людей. Социальное чувство является врожденным, но может остаться неразвитым. Неразвитость чувства общности основа асоциального стиля жизни, причина неврозов и конфликтов. На развитие чувства общности влияют близкие люди, прежде всего мать. У отверженных детей, которых воспитывает холодная мать чувство общности не развивается и у избалованных детей тоже [1].

По мнению Адлера школа способна устранить ошибки совершенные на ранних этапах развития ребенка и помочь ему более удачно адаптироваться к миру. [1]

«Школа – это учреждение, через которое в ходе своего психологического развития проходит каждый ребенок. Поэтому оно должно отвечать требованиям здорового психологического роста. Только та школа, которая гармонизирует с психологическими потребностями своих учеников, особенно с потребностями лежащими в основе социального интереса, (добавлено Т.И Сурьнинова Н.В. Смирнов) может быть названа действительно хорошей школой и только такую школу можно будет считать дающей образование для общественной жизни» [1].

Вышесказанное позволило нам сформулировать положение от которого мы отталкивались в нашем исследовании: совместная деятельность детей

является одним из важнейших условий в контексте школьной жизни для развития отношений сотрудничества, социального интереса и личности ребенка в целом. В соответствии этим положением нами была разработана развивающая программа, направленная на оптимизацию совместной деятельности и оптимизацию отношений сотрудничества детей младшего школьного возраста.

Для оценки эффективности развивающей программы были сформированы две группы детей, контрольная и экспериментальная. Группы формировались по результатам «успешности» совместной деятельности (В процессе сбора «Арки» и изготовления совместной аппликации «успешными» считались группы, которые выполняли требования инструкции. «Арку» собирали быстро, с первой попытки без помощи экспериментатора. При изготовлении совместной «Аппликации» выполняли данную деятельность без помощи экспериментатора, и ее изготовление являлось результатом совместных усилий членов группы). Совместная деятельность детей оценивалась по 23 критериям таким как (вырвренность лидерства, стиль лидерства, кооперированность, групповая активность, конфликтность, самостоятельность, наличие планирования и т.д.) [3].

Нами была проведена оценка различий в контрольной и экспериментальной группе до формирующего воздействия методом χ^2 Пирсона. По полученным данным в процессе изготовления совместной «Аппликации» нами были получены незначительные различия между сравниваемыми группами на уровне статистической тенденции лишь по двум параметрам совместной деятельности: стиль лидерства и степень предварительного планирования деятельности. По остальным параметрам статистически значимых различий получено не было.

С детьми экспериментальной группы проводились занятия в рамках разработанной нами коррекционно-развивающей программы направленной на формирование навыков кооперации, отношений сотрудничества в контексте совместной деятельности. В проведенных занятиях, были задействованы игры: «Полёт в космос» (три различных сценария игры) и «инсценировка сказки» (два сценария игры: «Репка»; басня «Лебедь, Рак и Щука»). Каждая игра сопровождалась предварительными тематическими беседами. После игры проводился шерринг, направленный на рефлексию опыта, кооперированного взаимодействия и отношения сотрудничества, где особое внимание уделялось переживаниям и чувствам, связанным с полученным опытом.

После проведения игровых занятий были вновь сделаны замеры содержательных характеристик совместной деятельности в условиях «Аппликации» в контрольной и экспериментальной группах. После формирующего воздействия были обнаружены достоверные отличия следующих содержательных характеристик совместной деятельности в контрольной и экспериментальной группе. Стиль лидерства ($p=0,32$), альтернативное лидерство ($p=0,046$), кооперированность ($p=0,048$), обсуждение ($p=0,078$), удельный вес деловых высказываний ($p=0,078$),

наличие высказываний с отрицательным отношением к совместной деятельности ($p=0,45$), способность членов группы подчинять личные интересы групповым ($p=0,011$), степень предварительного планирования деятельности ($p=0,032$).

Анализ результатов формирующего воздействия подтвердил эффективность развивающей программы, направленной на формирование навыков кооперации, отношений сотрудничества в условиях совместной деятельности. В экспериментальной группе совместная деятельность детей младшего школьного возраста приобрела более зрелый характер. Дети научились соотносить себя друг с другом и своими интересами, взаимодействуя в контексте совместной деятельности. Это создаёт условия для понимания детьми друг друга и самих себя. Улучшение процесса коммуникации и общения создаёт условия для развития самосознания и личностного роста.

В результате формирующего воздействия дети обучаются элементарным представлениям о способах кооперации, в результате чего межличностные отношения опосредуются деятельностью. Члены группы приобретают опыт познания друг друга через совместную деятельность. Формирующее воздействие повлияло на успешность совместной деятельности. Дети имеют четкое представление о конечном результате работы, что помогает им кооперироваться.

Литература

1. Адлер А. Понять природу человека / А Адлер. пер. Е.А. Цыпина СПб.: 1997 С. 245
2. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выгодский. – М. : Педагогика, 1960. – 198 с
3. Сурьянинова, Т.И. Совместная деятельность детей младшего школьного возраста в ситуации неопределенности / Т.И. Сурьянинова, Н.В. Смирнов. – Москва-Обнинск, 2010. – С. 43-53
4. Хомин Ю.Л. Внутригрупповое общение в условиях взаимосвязанной деятельности / Ю.Л. Хомин Л.: 1970 С. 21-23

ДИНАМИКА И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

Тарасова Н. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Юго-Западный государственный университет», г. Курск, Россия

Перемены, происходящие в настоящее время в различных сферах общественной жизни, отражаются на ценностях общества. В большей

степени эти изменения затрагивают формирование иерархии ценностей у молодежи.

В рамках работы кафедры коммуникологии и психологии было проведено комплексное исследование, направленное на изучение представлений современных студентов о ценности «здоровья» и его места в общей иерархии ценностных ориентаций, а также динамики развития данной ценности у студентов 1-го и 3-го курсов ЮЗГУ.

В исследование приняли участие 147 человек. Ценностные ориентации студентов были изучены с помощью соответствующей стандартизированной психологической методики «Ценностные ориентации» М. Рокича. Диагностика степени удовлетворенности потребностей проводилась тестом «Пирамида Маслоу».

Под ценностью М. Рокич понимал «устойчивое убеждение в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точки зрения, чем противоположный или обратный им способ поведения, либо конечная цель существования» [3]. Человеческие ценности характеризуются следующими основными признаками:

« - общее число ценностей, являющихся достоянием человека, сравнительно невелико;

- все люди обладают одними и теми же ценностями, хотя и в разной степени;

- ценности организованы в системы;

- истоки человеческих ценностей прослеживаются в культуре, обществе и его институтах и личности;

- влияние ценностей прослеживается практически во всех социальных феноменах, заслуживающих изучения» [1].

М. Рокич различает два класса ценностей: терминальные и инструментальные. Под терминальными ценностями, по мнению М Рокича, следует понимать убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться; а под инструментальными – убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Это деление соответствует традиционному делению на ценности-цели и ценности-средства.

Полученные данные представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Иерархия ценностей студентов 1- го курса ЮЗГУ

Терминальные ценности			Инструментальные ценности		
Список ценностей	Средний ранг	Групповой ранг	Список ценностей	Средний ранг	Групповой ранг
здоровье	1,8	1	воспитанность	3,2	1
наличие хороших и верных друзей	2,6	2	образованность	3,8	2

любовь	4,6	3	ответственность	3,8	3
активная деятельность жизни	5,2	4	аккуратность	4,6	4
жизненная мудрость	6,0	5	независимость	5,6	5
счастливая семейная жизнь	7,2	6	рационализм	6,2	6
свобода	7,8	7	жизнерадостность	6,4	7
развитие	8,0	8	исполнительность	8,6	8
материально обеспеченная жизнь	9,8	9	смелость в отстаивании своего мнения	8,6	9
интересная работа	10,2	10	эффективность в делах	10,8	10
продуктивная жизнь	11,2	11	честность	11,0	11
уверенность в себе	11,6	12	терпимость	11,2	12
познание	12,4	13	самоконтроль	12,0	13
творчество	13,0	14	твердая воля	12,4	14
общественное признание	13,0	15	высокие запросы	13,8	15
развлечения	14,2	16	непримиримость к недостаткам в себе и других	15,0	16
красота природы и искусства	15,6	17	чуткость	16,6	17
счастье других	16,8	18	широта взглядов	17,4	18

При исследовании ценностных ориентаций, было выявлено, что у студентов первого курса доминируют такие терминальные ценности (по убыванию значимости), как здоровье (физическое и психическое), наличие хороших и верных друзей, любовь (духовная и физическая близость с любым человеком), активная деятельность жизни (полнота и эмоциональная насыщенность жизни), жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом) (см. Таблицу 1). Из инструментальных ценностей для испытуемых первокурсников наиболее важны воспитанность (хорошие манеры), образованность (широта знаний, высокая культура), ответственность (чувство долга, умение держать слово), аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке вещи, порядок в делах), независимость (способность действовать самостоятельно, решительно) (см. Таблицу 1).

Таблица 2

Иерархия ценностей студентов 3-го курса ЮЗГУ

Терминальные ценности			Инструментальные ценности		
Список ценностей	Средний ранг	Групповой ранг	Список ценностей	Средний ранг	Групповой ранг
наличие хороших и верных друзей	3,7	1	независимость	5,0	1
любовь	4,3	2	жизнерадостность	5,3	2
свобода	6,0	3	воспитанность	5,7	3
интересная работа	6,7	4	твердая воля	6,7	4
здоровье	7,0	5	честность	7,0	5
счастливая семейная жизнь	7,3	6	рационализм	7,7	6
активная деятельность жизни	7,7	7	ответственность	8,0	7
общественное признание	9,3	8	образованность	8,3	8
развитие	9,7	9	чуткость	8,7	9
материально обеспеченная жизнь	10,0	10	эффективность в делах	9,0	10
продуктивная жизнь	10,0	11	смелость в отстаивании своего мнения	10,3	11
жизненная мудрость	10,3	12	аккуратность	10,7	12
уверенность в себе	10,3	13	самоконтроль	11,0	13
познание	10,7	14	терпимость	11,0	14
развлечения	11,7	15	широта взглядов	12,3	15
красота природы и искусства	14,0	16	непримиримость к недостаткам в себе и других	13,3	16
счастье других	15,7	17	исполнительность	15,0	17
творчество	16,7	18	высокие запросы	16,0	18

Студенты третьего курса выделяют из терминальных ценностей такие, как наличие хороших и верных друзей, любовь (духовная и физическая близость с любым человеком), свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках), интересная работа, здоровье (физическое и психическое) (см. Таблицу 2). Из инструментальных ценностей студентами третьекурсниками выделены такие, как независимость (способность действовать самостоятельно, решительно), жизнерадостность (чувство

юмора), воспитанность (хорошие манеры), твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями), честность (правдивость, искренность) (см. Таблицу 2).

А. Маслоу рассматривает ценности как «ключевые жизненные ориентиры, определяющие способ и характер деятельности личности. Ценностные ориентации - понятие, выражающее то или иное отношение индивида к различным объектам и явлениям. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношения к окружающему миру, к другим людям к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции и «философии жизни»» [2].

Диагностика степени удовлетворенности потребностей проводилась тестом «Пирамида Маслоу», который позволяет выделить следующие шкалы в общей иерархии потребностей личности: потребность в безопасности (желание обеспечить себе будущее, упрочить свое положение, избегать неприятностей), потребность социальная (желание иметь теплые отношения с людьми, иметь хороших собеседников, быть понятым другими), потребность уважения со стороны (желание добиться признания и уважения, повышать уровень мастерства и компетентности, обеспечить себе положение, влияние), потребность в самореализации (желание развивать свои силы и способности, стремиться к новому, заниматься делом, требующим полной отдачи).

Полученные данные свидетельствуют, что у студентов 1-го курса потребность в безопасности находится на низком уровне развития, потребности социальная, уважения со стороны, самореализации соответствуют среднему уровню. У студентов 3-го курса потребности в безопасности социальная, уважения со стороны находятся на среднем уровне развития, потребность в самореализации – на высоком уровне.

Таким образом, выявленные тенденции говорят о высоком ранге ценности «здоровья» в общей иерархии ценностей современного студенчества. Полученные результаты подтверждают необходимость проведения комплекса мероприятий, направленных на решение актуальных вопросов, относящихся к здоровому образу жизни молодого поколения.

Литература.

1. Лучшие психологические тесты / Под ред. А. Ф. Кудряшова. — Петрозаводск, 1992.- С. 112-114.
2. Маслоу А. Самоактуализация // Психология личности. Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. М.: Изд-во МГУ, 1982. - С. 108-118.
3. Рокич М. Методика «ценностные ориентации» // Энциклопедия психологических тестов. Личность, мотивация, потребность. М.: «Издательство АСТ», 1997. - С. 57-62.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА (ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Тишин А.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Инфильтративная форма псориаза, распространение которого в России достигает 1%, служит причиной длительных сроков временной нетрудоспособности больных и часто приводит к необходимости их госпитализации, что ведет к большим финансовым затратам [7, 11].

Проблема псориаза имеет мультисистемный характер: для больных псориазом характерно высокая распространенность неврологических нарушений – вертеброневрологических, цереброваскулярных и синдрома вегетативных дистонии [5, 8].

Отсутствие кардинальных методов лечения, временный характер ремиссий приводит к развитию тревожно-депрессивных расстройств, привнося социо-фобический компонент и нарушая социальную адаптацию пациентов [3, 5, 6, 13].

Несмотря на многочисленные исследования этиопатогенеза и клиники псориаза многие аспекты в этом отношении остаются недостаточно изученными. В частности недостаточно изучены особенности нейровегетативного статуса и психологической сферы при одной из наиболее тяжелой, инвалидизирующей инфильтративной форме. Уточнение этого вопроса обеспечило бы более дифференцированный характер лечения данной категории больных.

Цель исследования – определение особенностей нейровегетативного статуса и некоторых психологических характеристик больных инфильтративной формой псориаза до лечения в условиях стационара.

Обследовано 93 больных псориазом обыкновенным (L40.0 по МКБ-10).

Критериями исключения являлись: другие формы псориаза, зависимость от психоактивных веществ, тяжёлые соматические состояния в стадии декомпенсации, текущее органическое заболевание головного мозга, последствия черепно-мозговых травм, нарушения мозгового кровообращения и их последствия, заболевания периферической нервной системы (невралгии, моно- и полинейропатии), вертеброгенные заболевания нервной системы, эпилепсия, болезнь Альцгеймера, у женщин – беременность, кормление грудью.

В исследовании приняли участие 56 мужчины (60%) и 37 женщин (40%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 39 лет, средний возраст составил $33,4 \pm 6,3$ года ($p < 0,05$). Дебют псориаза отмечался в возрасте от 14 до 38 лет, в среднем в $28,1 \pm 5,4$ лет ($p < 0,05$). Среди предполагаемой причины возникновения заболевания 56% больных отмечали психоэмоциональное

перенапряжение и стресс (семейные проблемы, смерть близких людей, проблемы на работе или в учебных заведениях, отсутствие общего языка с родителями, сверстниками или сослуживцами и другие психотравмирующие ситуации). Длительность псориаза варьировала от 6 мес до 23 лет, в среднем $9,8 \pm 6,8$ лет ($p < 0,05$).

На момент обследования больных псориазом характеризовался значительной тяжестью и площадью кожного поражения. Средний показатель PASI (Psoriasis Area and Severity Index) составил $32,6 \pm 2,3$. Среди обследованных 38% больных (35 человек) отмечали субъективные симптомы псориаза: жжение, зуд различной степени интенсивности, «стягивание».

Контрольную группу составили 50 практически здоровых людей, не страдающие псориазом и другими хроническими дерматозами. Мужчин было 29 (58%), женщин – 21 (42%) человек. Возраст составил $35,4 \pm 8,6$ лет.

Вегетативная нервная система оценивалась с помощью вопросника Российского центра вегетативной патологии (далее – «Вопросник») [2].

Для объективизации тяжести и распространённости псориаза использовали индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) [16], психологическую сферу характеризовали с помощью шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина [12], шкалы депрессий Центра эпидемиологического исследования США CES-D [1], Торонтской Алекситимической Шкалы в адаптации Д.Б. Ересько [4], «Краткой шкалы исследования психического статуса» MMSE (Mini-mental State Examination) [9]. Качество жизни у больных псориазом оценивалось Дерматологическим индексом качества жизни (ДИКЖ) [15].

Больные были обследованы при поступлении в стационар до проведения лечения.

Статистическая обработка данных и графические построения осуществлялись с помощью программных пакетов STATISTICA v.6.0 и Microsoft Office Excel 2003.

По результатам «Вопросника» у подавляющего числа больных (73, т.е. 78,4%) выявлен синдром вегетативной дистонии. Средний показатель по «Вопроснику» $19,6 \pm 7,3$ балла. Это достоверно выше, чем значение «Вопросника» в контрольной группе здоровых лиц: $11,3 \pm 4,86$ балла ($p < 0,05$).

При исследовании психологической сферы больных псориазом нами выявлены следующие особенности: по шкале Спилбергера ситуативная тревожность была выявлена у 64 больных (68,8%), личностная тревожность – у 39 больных (41,9%); по результатам шкалы CES-D 60 больных (64,5%) имеют депрессию различной степени выраженности; значительная часть больных (44%) имеет алекситимию.

При исследовании когнитивной функции шкалой MMSE когнитивные нарушения не выявлены.

ДИКЖ составил $18,3 \pm 3,5$, что свидетельствует о значительном снижении качества жизни у больных псориазом.

Совокупные результаты психологического исследования больных инфильтративной формой псориаза представлены в таблице 1.

Результаты психологического исследования больных основной группы с инфильтративной формой псориаза (n=93) и группы сравнения (n=50)

Критерии	Основная группа (n=93)	Группа сравнения (n=50)
Ситуативная тревожность	52,8±6,7*	34,3±4,6
Личностная тревожность	41,2±4,9*	31,4±3,7
Депрессия	27,2±5,8*	15,3±3,1
Алекситимия	69,4±1,2*	59,3±1,3
MMSE	29,0±0,5	29,1±0,3
ДИКЖ	18,3±3,5*	3,1±0,8

* - наличие статистически значимых различий ($p < 0,01$)

Данные табл. 1 свидетельствуют о значительном преобладании уровня ситуативной и личностной тревожности, депрессии, алекситимии, снижения качества жизни у больных псориазом по сравнению со здоровой популяцией.

Тревога и депрессия достоверно коррелировали с тяжестью псориаза, субъективными симптомами и показателями качества жизни (табл. 2).

Таблица 2

Уровень корреляции тревоги и депрессии с клиническими проявлениями псориаза и показателями качества жизни больных ($p < 0,05$)

Критерии	Тревога	Депрессия
Индекс PASI	r=0,61	r=0,69
Субъективные симптомы	r=0,51	r=0,47
Снижение качества жизни	r=0,51	r=0,65

Выявлено, что уровень тревоги и депрессии негативно влиял на показатели качества жизни, заметно снижая их. В свою очередь проявления тревоги и депрессии коррелировали с распространенностью и тяжестью псориаза, а так же наличием субъективных симптомов псориаза.

Кроме того, была выявлена корреляция синдрома вегетативной дистонии с тяжестью псориаза, выраженностью тревожности и депрессии, а также качеством жизни (табл.3).

Таблица 3

Уровень корреляции выраженности синдрома вегетативной дистонии с тяжестью псориаза, эмоциональным состоянием больных, качеством жизни ($p < 0,05$)

Критерии	Синдром вегетативной дистонии
Индекс PASI	r=0,74
Ситуативная тревога	r=0,63
Личностная тревога	r=0,68
Депрессия	r=0,75
Снижение качества жизни	r=0,72

Это говорит о том, выраженность синдрома вегетативной дистонии негативно влияет на выраженность тревоги и депрессии, тяжесть и

распространенность псориаза и качество жизни. Это позволяет говорить о сложных психосоматических взаимодействиях в патогенезе псориаза и его клинической картине.

При анализе нейровегетативного статуса больных инфильтративной формы псориаза выявили существенные изменения функционального состояния нервной системы, несущие негативную направленность. Это главным образом касается высокой распространенности синдрома вегетативной дистонии. Синдром вегетативной дистонии у больных псориазом связан с постоянной афферентной импульсацией (зуд, жжение, «стягивание»), отрицательно влияющей на баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, что обуславливает вовлеченность нервной системы в патологический процесс при псориазической болезни [5]. Синдром вегетативной дистонии существенно негативно влияет на клинику псориаза, выраженность тревоги и депрессии и качество жизни у больных псориазом. Это следует учитывать в дополнительном обследовании больных псориазом при поступлении в стационар.

Тревога и депрессия обусловлены психотравмирующим воздействием кожного заболевания, связанным с его косметической значимостью, представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми кожным страданием на качество жизни [10].

Таким образом, у больных инфильтративной формой псориаза выявлены особенности нейровегетативного и психологического статуса. Это свидетельствует о необходимости дополнительного неврологического обследования больных псориазом с использованием «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» Российского центра вегетативной патологии, а также изменения в протоколах ведения больных псориазом с включением дополнительных средств. С учетом высокой распространенности неврологических расстройств, в частности синдрома вегетативной дистонии, можно рекомендовать использование нейротропных средств.

Литература.

1. Андрющенко А.В., Дробижев М.Д., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2003. – №5. – стр.11-18.

2. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Под. ред. А.М.Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2003. – с. 752. – с. 53-57.

3. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.16-21.

4. Ересько Д.Б. Алекситимия и методы её определения при пограничных и психосоматических расстройствах // Метод. пособие. – С.-Пб.: Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1994. – с. 46.
5. Китаева И.И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом. Автореф. дисс. канд.мед.наук. – Нижний Новгород, 2003. – с.15
6. Новицкая Н.Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Новосибирск, 2009. – 23 стр.
7. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2005. – № 6. – С.36-39.
8. Сердюкова Е.А. Типы вегетативных регуляций организма и их роль в развитии и течении псориазической болезни: Автореф. Дис. ... канд.мед.наук. – М. – 2005.
9. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация : учеб. Руководство для врачей / А.А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А.Скоромец; под редакцией проф. М.М.Дьяконова. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. – с. 240: с. 9-140, с. 208-210.
10. Смулевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2005. – № 6. – С.33-39.
11. Стукалова Н.Я. Медико-социальная характеристика и качество жизни больных псориазом: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – М. – 2007.
12. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин // Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации: описание и руководство к использованию. – Петрозаводск: Петроком, 1992. – С. 41-43.
13. Якубович А.И., Новицкая Н.Н. Псориаз и качество жизни: психосоматические аспекты // Consillium medicum. Психические расстройства в общей медицине. – 2010. - №3.
14. Berenbaum H., Irvin S. Alexithymia, anger, and interpersonal behavior // Psychother. Psychosom. – 1996. – 65. – 4. – P. 203-208.
15. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) — a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. – Vol. 19. – P. 210-216.
16. van de Kerkhof P.C. The Psoriasis Area and Severity Index and alternative approaches for the assessment of severity: persisting areas of confusion // Br. J. Dermatol. – 1997. – Vol. 137. – P. 661-662.

ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПСИХО- ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА: КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ткачева О.Ю., Яцун А.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Развитие клинических признаков розацеа в области лица, порой и шеи, часто приводит к выраженным психологическим нарушениям у пациентов, является причиной возникновения у них тревоги, депрессии, снижает социальную адаптацию, трансформирует сексуальную активность, а в некоторых случаях приводит даже к суицидальным попыткам. Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, имеющее мультифакториальное происхождение, и, как следствие этого, некоторые проблемы в выборе адекватного и эффективного метода терапии. Учитывая повышенную заинтересованность психоэмоциональной сферы и ее нарушений в патогенезе большинства дерматозов, в том числе розацеа, мы провели изучение клинической эффективности стандартной терапии при данном дерматозе и его воздействие на изменение показателей психоэмоциональной сферы.

Целью нашего исследования явилась оценка влияния стандартной терапии на показатели психоэмоционального состояния больных и качество жизни пациентов, страдающих папуло-пустулезной формой розацеа.

В данном исследовании приняли участие 113 человек обоего пола, страдающих розацеа в возрасте от 25 до 60 лет. Все респонденты получали традиционную терапию, группу сравнения составили 40 человек того же возраста без сопутствующих соматических заболеваний (доноры). Традиционная терапия включала, в соответствии с «Клиническими рекомендациями РОДВ - Дерматовенерология 2010». Трансформация качества жизни предполагала самостоятельную оценку респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранными нами методиками, включающими: тест Айзенка экстраверсия (ТАЭ), интроверсия (ТАИ), нейротизм (ТАН), тест Тейлора (ТТ), шкала реактивности и личностной тревожности (ШРТ), дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР).

При исследовании изменений психоэмоционального статуса больных розацеа у всех обследованных пациентов выявлены нарушения различной степени тяжести. Следует отметить высокие значения показателей по шкалам эмоциональной лабильности, сенситивности, агрессивности и нейротизма. После проведенной стандартной терапии, показатели ТАЭ, ТАИ, значения шкал теста Тейлора, ШРТ, опросников ШДОР, ДИКЖ, значительно снизились. Так, в частности, следует отметить сдвиг показателей ТАИ (-35), теста Тейлора (-16), и особенно показателей ДИКЖ (-50) и ШДОР (-60) у всех больных, принимавших стандартную терапию. Следует отметить, что эти показатели снижались, но не столь интенсивно, как требовалось бы для выраженного улучшения психоэмоционального статуса. Эти данные можно объяснить тем, что психо-эмоциональное состояние пациентов с заболеваниями кожи, локализующимися на лице и открытых участках кожи и способствующими возникновению постоянно присутствующего

обезобразивающего косметического дефекта разной степени выраженности максимально подвержено изменениям, в значительной степени совпадающим с трансформацией локального статуса. В имеющихся исследованиях, включающих изучение особенностей психоэмоциональной сферы пациентов с розовыми угрями и проведение детализации психоневротических расстройств по методике с использованием теста ТАСТ, так же отмечаются высокие показатели по шкалам и эмоциональной лабильности, и сенситивности, и агрессивности и нейротизма. Кроме того, у большинства пациентов отмечаются высокие показатели, отражающие симпатикотонические вегетативные сдвиги в организме, сопутствующие тревожности (учащенное сердцебиение, приступы головокружения и слабости и т.д.). Следует отметить, что выраженность психоэмоциональных расстройств не имела прямой зависимости от степени тяжести розацеа, но опосредованно влияла на их проявление. При оценке эффективности адекватной терапии, ряд авторов указывают на факты улучшения показателей психоэмоционального статуса, а в ряде случаев – даже на их нормализацию.

Таким образом, нами было установлено, что применение традиционной терапии розацеа положительно влияет на общее состояние пациентов и локальный статус, тем самым, регулируя их психоэмоциональное состояние и умеренно улучшая качество их жизни. После проведенного стандартного лечения наблюдалась стабилизация средних цифровых значений исследуемых показателей психоэмоциональной сферы и показателей дерматологического индекса качества жизни и шкалы диагностической оценки розацеа, что говорит о положительной динамике инволюции симптомов как общих, так и местных эфлоресценций розацеа у пациентов, принимавших стандартную терапию.

ЛИНГВОСЕМАНТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Ткаченко Д.В.

Научный руководитель: профессор, д. психол. н. Никишина В.Б.
Курский Государственный Медицинский Университет, г. Курск, Россия

Что как ни история прошедшего века может продемонстрировать несовершенство людской природы, несколько мировых войн, бесчисленное множество локальных конфликтов, геноциды, серийные убийцы вошедшие в кровавые страницы хроник, наконец создание и усовершенствование средств собственного уничтожения. Выражение своей политической позиции не при помощи рациональных доводов и аргументов, а через подготовку и реализацию террористических актов не имеющих национальной окраски. И одновременно это соседствует с неоспоримым, присущим всему человечеству, стремление к созиданию, творчеству, самореализации,

безграничности свободы мысли. Создание таких организаций как ООН и подписание конвенции о правах человека, является прямым тому доказательством. Так каким же образом все это является описанием одного и того же биологического вида, данный парадокс и подготавливает почву для интереса к изучению проблемы деструктивного поведения.

Современное общество характеризуется высокими показателями представленности различных видов деструктивного поведения. Причины данных характерных особенностей не имеют четкой детерминированности. Социально психологические факторы дают возможность предположить наличие характерных лингвосемантических конструкторов входящих в структуру делинквентной личности.

Объект исследования: деструктивное поведение

Предмет исследования: лингвосемантические особенности деструктивного поведения.

Цель исследования: Методологический анализ проблемы лингвосемантических особенностей деструктивного поведения.

Разрушительное, агрессивное поведение является формой аффективной реакции на внешние стимулы предоставляемые средой, составляющее аспект коммуникативной стороны социального взаимодействия, так имеет цель нанесение морального или физического ущерба самому себе, или другому участнику коммуникативного процесса.

Изучение специфики видов аффективного поведения, их разграничение и проявление в процессе коммуникативного взаимодействия становится все более актуальным. Исследователи самых различных областей научного знания занимаются проблемой эмоциональных реакций в контексте деструктивного поведения: психологии, философии, лингвистики и, конечно же, психолингвистики[1].

К основным причинам деструктивности Э. Фромм относит отсутствие возможностей для творческой самореализации, нарциссизм, ощущение изолированности и «никчемности». Он уделяет ей достаточно внимания в работе «Бегство от свободы» и посвящает данному феномену отдельную книгу, названную им «Анатомия человеческой деструктивности»[2],[3]. Ю.М. Антонян выделяет три компонента агрессии: конструктивный, деструктивный и дефицитарный[4]. Он указывает, что при деструктивной агрессии активность индивида деформирована, поэтому его деятельность носит разрушительный по отношению к окружающим характер, у такого субъекта могут развиваться садистские расстройства, формироваться садистский или авторитарный характер.

В настоящее время лингвосемантический анализ не применялся к изучению вербальных характеристик деструктивного поведения. В лингвистике получило некоторое развитие изучение вербальных и не вербальных характеристик деструктивного поведения. Это вопросы, патопсихолингвистики (Белянин, 2011г.), вербальной агрессии в школьной речевой среде (Щербинина; 2006 г.), инвективы и брани (Жельвис, 2001 г.), взаимодействие вербальных и невербальных компонентов в речевом жанре

оскорбления (Покровская, 1998 г.), речевые манипуляции (Сентенберг, Карасик, 1993 г.) и др[6,7,8,9] .

Многие вопросы лингвopsиxологии остаются дискуссионными, в частности, вопрос о некоторых сложно организованных ментальных образованиях, описывающих психические, в том числе и патологические состояния личности. Широкое распространение деструктивного поведения индивидов в современном обществе, находит яркое воплощение в языке и речи людей находящихся в местах лишения свободы. Недостаточность изучения значимости лексико-семантических, в том числе и фразеосемантических способов представления о деструктивной личности. Малоизученность отдельных аспектов семантики единиц языка, функционирующего как средство передачи и выражения аффективных реакций предшествующих и подразумевающих деструктивное поведение. Описание концептуальной модели.

Основой для построения концептуальной модели послужила выделенная и описанная Э. Фромом в работе «Анатомия человеческой деструктивности» категория компенсаторной агрессии[3]. Компенсаторная агрессия включает в свое определение ряд различных аспектов побуждающих личность прибегнуть к данному типу деструктивного поведения. Данный вариант агрессии нередко связывают со стремлением преодолеть или вытеснить ощущение своей слабости, незначительности, сексуальной неполноценности и т. д. Как правило, причиной подобного поведения считается неспособность человека прилагать свои усилия для достижения определенных позитивных целей, осуществлять продуктивную деятельность. Понимание рядом авторов компенсаторной агрессии как акта фактической «компенсации» полученного ущерба, существенно сужает понимание сути данного термина. Качественной характеристикой данного понятия служит описание наличия у субъекта болезненных представлений о собственной неполноценности и незначительности. Но именно нарушение социально – нравственных норм служит показателем наличия перехода компенсаторной агрессии в стадию гиперкомпенсации[10].

Можно предположить что у лиц с доказанной причастностью к актам проявления делинквентного поведения, т.е. деструктивного в своем основании, и находящимся в местах лишения свободы, будут иметь специфические характерологические личностные особенности. В следствии нарушения социальной адаптации и высокой конфликтности данные характерологические единицы будут иметь представленность в коммуникативной сфере субъекта, в следствии чего применение лингвосемантического анализа будет иметь рациональное основание.

Данная гипотеза реализуется в представлении о том, что личность проявляющая активность делинквентного характера будет иметь значительно более высокие показатели тревожности, неуверенности, импульсивности, агрессивности. Маркером отчужденности от общественных морально-нравственных и этических конструкторов служит, наличие в коммуникативной сфере субъекта вербализованных тенденций к проявлению деструктивного

поведения, представленных в виде специфичных семантических единиц. Выявление социальных и психологических предпосылок деструктивного поведения личности дает возможность установить связь языка и речи с соответствующим психопатологическим состоянием говорящего. Применение лингвосемантического подхода к данной проблематике освещает сферу диагностики и профилактики различных патологий эмоциональной сферы входящих в конструкт деструктивного поведения, в контексте фразеосемантики и лексики языка.

Современное общество подвержено опасности со стороны множества видов деструктивного поведения, поэтому изучение данной проблемной области научного знания имеет все причины для освещения ранее не актуализированных сторон, может найти себя в прикладной специфике диагностической сферы криминалистики и других научных дисциплин, имеющих прямое отношение к данной проблематике.

Литература

1. Институциональный личностно-ориентированный концепт деструктивная личность и его языковая репрезентация в художественном тексте. Борисов, Павел Михайлович.
2. Фромм Э. Бегство от свободы. М, 1989.
3. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.
4. Ю.М.Антонян, В.В.Гульдман. Криминальная патопсихология. М.1991.
5. В.П.Белянин. Психолингвистика. Флинт, 2011 г.
6. Щербина Ю.Ю. Владимирова. Вербальная агрессия в школьной речевой среде : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 : Москва, 2001 300 с. РГБ ОД, 61:02-13/870-0
7. Жельвис В.И. Поле брани. Научное издание. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Научно-издательский центр «Ладомир», 2001 г.
8. Покровская Я.А. Взаимодействие вербальных и невербальных компонентов в речевом жанре оскорбления. // Языковая личность: жанровая речевая деятельность. Волгоград: Перемена, 1998 г.
9. Сентенберг И. В., Карасик В. И. Псевдоаргументация: некоторые виды речевых манипуляций. СПб., 1993. С. 30-38.
10. Д.В. Жмуров. Словарь терминов агрессии. - Иркутск, 2006 г.

Медико-социальные и клиничко-психологические факторы
профессионального здоровья медицинских работников

Уварова Л.Ф., Михайлова А.И., Недуруева Т.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Новые достижения в медицине и физиологии, в психологической науке привели общество к новому пониманию здоровья и болезни. Такое переосмысление, было зафиксировано в биопсихосоциальной модели, где

здоровье и болезнь представлены как комбинация разных факторов, включая биологические (генетическое предрасположенность), поведенческие (образ жизни, стрессы, индивидуальные взгляды и убеждения), социальные условия (культурные стереотипы, семейные отношения, социальные отношения. Эти представления согласуются с данными ВОЗ, где здоровье человека зависит от системы факторов: 10-15 % это уровень развития здравоохранения, 15-20 % - генетические факторы, 25 % - экологические условия и 50-55 % - условия и образ жизни человека. Таким образом, очевидно, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением [2, 4, 6]. В силу того, что специфика здоровья не может быть ограничена отдельными (биологическими, социальными или духовными) аспектами бытия, здоровье становится предметом междисциплинарного исследования.

Самым актуальным, и практически актуальным в исследовательском плане, является изучение такой профессиональной группы - врачи. Как и многие другие специалисты системы «человек-человек» они относятся в группу риска развития профессиональных заболеваний. Но профессиональный уровень представлений о здоровье и болезни у данных этих групп специалистов взаимосвязан в личностным уровнем представлений.

Медицинская профессия является одной из самых стрессогенных. В 1997 г. в «Медицинской газете» председатель профсоюза работников здравоохранения РФ М.М. Кузьменко отметил, что в России ежегодно получают травмы при исполнении служебных обязанностей свыше 6000 медиков. Притом, что уровень общей заболеваемости в отрасли всегда был достаточно высоким из-за прямого контакта с больными, а также обусловлен спецификой условий труда [3, 6].

Для медицины первостепенное значение во взаимовлиянии профессии и здоровья человека имеют физические параметры и диагностическими критерии в области соматического здоровья. Для психологов же первостепенное значение имеет психическое состояние человека в деятельности и влияние деятельности на личность.

Ограниченности медико-биологических представлений о здоровье и таком феномене как профессиональное здоровье можно избежать, если в анализ понятия «здоровье» включить идеи клинико-психологического подхода (Никифоров Г.С., Тхостов А.Ш., Аллахвердов В.М., Братусь Б. С., Леонтьев Д. А. и др) [1,3, 5, 6].

Как предмет научного исследования понятие «профессиональное здоровье» впервые появилось в психологической научной литературе в середине 1980-х годов XX века. Но, несмотря на довольно широкий спектр теоретических подходов, содержательно связанных с изучением феномена профессионального здоровья, эта проблема не получила пока целостного и

систематического научного анализа как в отечественной, так и в зарубежной психологии [1, 4].

В системе профессиональной деятельности и деловых взаимоотношений, складывающихся в любом трудовом медицинском коллективе, следует различать два связанных между собой аспекта: психологический и моральный, а также организационный аспект. Данные аспекты в сфере медицинской деятельности складывались столетиями, формировались профессиональными обществами, группами, коллективами и отдельными учеными, формулировались в виде клятв, торжественных обещаний, медицинских кодексов и др. [5].

Мы представляем систему медико-социальных и клинико-психологических факторов профессионального здоровья медицинских работников.

В первую группу факторов мы относим воздействие различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса. Это вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения, шум, вибрация, канцерогены, лекарственные препараты повышенной опасности, инфекционные заболевания, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем [5]. Для ряда медицинских специальностей нельзя не отметить особый стрессогенный фактор: опасность для собственного здоровья и собственной жизни. Это касается и опасности заражения какой-либо инфекцией, и травматизма на транспорте (например, для врачей скорой помощи) и опасности при общении в случаях работы с пациентами в состоянии одурманивания или психоза.

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с воздействием комплекса неблагоприятных производственных факторов различной природы, нервно-эмоционального перенапряжения, высокой ответственности. К числу психологических стресс-факторов относятся: большое количество контактов с больными людьми и их родственниками, постоянное соприкосновение с чужими проблемами и чужой болью, с негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию [1,3, 5, 6]. Суть этого фактора в том, что большую часть рабочего времени врач практически любой специальности имеет дело с материалом, фактически вызывающим лишь негативные эмоции. Это относится как к жалобам, стонам и просьбам больных, так и к обсуждению с коллегами чужих диагнозов и историй болезни, содержание которых - прежде всего страдания и угроза жизни, порой неизбежная. Накопление подобного эмоционального опыта в процессе работы с одной стороны ведёт к истощению ресурсов, с другой - развитию защитных психологических механизмов в виде личностной отстранённости, расширения сферы экономии эмоций и других признаков эмоционального выгорания. В бытовом общении это проявляется в виде так называемого «специфического юмора» или даже цинизма медработников [1,3, 5, 6].

Еще одними важными исследовательскими параметрами являются повышенные требования к профессиональной компетентности врача и к служению другим, самоотдаче, ответственность за жизнь и здоровье других людей. Опасность возникающих осложнений у больных в процессе оказания им помощи, негативные результаты лечения и смерть пациентов, действия врача в экстремальных условиях - с необходимостью принимать быстрые и предельно ответственные решения; производственная среда с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность и др. В виде целой группы стрессогенных факторов стоит выделить социально-психологические - межличностное общение, особенности установления контакта, установки профессиональной деятельности. Неумение общаться с больными в состоянии суженного сознания, в опьянении, в психозе, столкновение с хамством, психологическим манипулированием больных и их родственников, языковые и нравственно-этические барьеры не только осложняют работу врача, но и являются основой для разочарований и фрустраций - пусковых механизмов эмоционального выгорания [1,3, 5, 6].

Основной трудностью в самопрофилактики для врачей является иллюзия загруженности («некогда собой заниматься») вместе с отсутствием достаточного стимула к изменениям («я про это знаю, после этим займусь»). Сама информация о профессиональных стрессах вызывает у врачей живой интерес. Не вызывает затруднений предложение пройти какой-либо психологический тест или обследование на предмет эмоционального выгорания и т.п. Но на предложение принять участие в практических мероприятиях по профилактике и коррекции данных явлений отзываются, как правило, те врачи, у которых уже есть психосоматические или другие симптомы, как следствие рабочих стрессов. Упование на необходимость повышения заработной платы, ожидание каких-либо действий «извне» («от начальства»), оправдание имеющихся, но уже неэффективных способов самовосстановления и снятия напряжения (алкоголь, табак, кофе и т.п.) также препятствуют реальной и эффективной заботе об основном инструменте в работе врача: собственной личности [1,3, 5, 6].

Следует также охарактеризовать систему клинико-психологических факторов, используемых современными психологами при описании психологического здоровья личности:

1. Осознанность и осмысленность человеком самого себя, мира в целом, своего взаимодействия с миром.
2. Полнота «включенности», переживания и проживания настоящего, пребывание в процессе.
3. Способность к совершенствованию наилучших выборов в конкретной ситуации и в жизни в целом.
4. Способность не только выражать себя, слушать другого человека, но и участвовать в сотворчестве с другим человеком.

5. Глубинная со–бытийность как способность человека пребывать в полноценном, способствующем совершенствованию участников контакте, подлинном диалоге и организовывать его.

6. Чувство свободы, жизни «в соответствии с самим собой» как состояние осознания и следования своим главным интересам и наилучшему выбору в ситуации.

7. Ощущение собственной дееспособности «Я могу».

8. Социальный интерес или социальное чувство (в терминологии А. Адлера), то есть заинтересованный учет интересов, мнений, потребностей и чувств других людей, постоянное внимание к тому, что рядом – живые люди.

9. Состояние устойчивости, стабильности, определенности в жизни и оптимистический, жизнерадостный настрой как интегральное следствие всех перечисленных выше качеств и свойств психологически здоровой личности.

Если мы проанализируем данные параметры, то увидим согласованность медицинских, социальных и психологических представлений о профессии врача, его профессиональных стрессах, вредностях, требованиях к профессии. Следовательно, необходимо также согласованно и комплексно подходить к проблеме профилактики и сопровождения профессионального здоровья врачей.

В современной концепции, ВОЗ связывает здоровье с потенциалом - ресурсом, используемым для преодоления внешних раздражителей и выполнения внутренних мотиваций. Сам же потенциал здоровья - это способность взаимодействия с окружением для поддержания или восстановления равновесия. Он может означать иммунологическое сопротивление инфекциям, физическую форму, эмоциональную стабильность, адекватные знания о здоровье, стиль жизни, эффективный способ преодолевать стрессы [3]. Обеспечение и сохранение такого баланса возможно только при совместной, согласованной работе медицинской и психологической служб.

Литература

16. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384с.
17. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки.-М.: Изд.центр Академия,2001.-352с.
18. Концепция ВОЗ в области укрепления здоровья// Общественное здоровье и профилактика заболеваний, №3, - 2006. – с.5-18.
19. Недуруева Т.В. Профессиональное здоровье медицинских работников: структурно-критериальный подход. «Ученые записки РГСУ». – М: РГСУ, 2012, № 2 (102).с. 163– 168.
20. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. - 607 с.
21. <http://meddd.ru/gigiena/sostoyanie-zdorovya-i-usloviya-truda-stomatologov/index.php>

О ВОССТАНОВЛЕНИИ СМЫСЛООБРАЗОВАНИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ

Уханов К.А., Цветков А.В.

Московский научно-практический центр наркологии, г. Москва

Актуальность проблемы реабилитации больных алкоголизмом и героиновых наркоманов не вызывает сомнений. При этом существует ряд нерешенных вопросов: а) редукция патологического влечения к психоактивному веществу и вовлечение больных в процесс реабилитации; б) снижение психопатологической симптоматики и удержание больных в рамках реабилитационной программы; в) формирование стойкой ремиссии. С нашей точки зрения, это связано с реконструкцией смысловой сферы личности, редукции бредового паралоогического смыслообразования, направленного исключительно на удовлетворение сверхценной потребности в наркотике, возникновением «смыслового вакуума», заполнить который и призваны реабилитационные программы.

Выборку испытуемых составили 94 респондента в возрасте от 16 до 69 лет. Из них 33 больных алкоголизмом, 32 больных героиновой наркоманией (находились на лечении в МНПЦ наркологии ДЗМ) и 29 относительно здоровых респондентов. Выборка была разделена на четыре группы: 1) поступившие на лечение в стационар (детоксикация и первичная психокоррекция); 2) проходящие стационарную реабилитационную программу «Чистота» по Миннесотской модели (реализация 12-шаговой программы профессиональными психологами и врачами); 3) посещающие курс послелечебной реабилитации в течение 6 мес. (амбулаторные группы поддержки); 4) группа нормы.

Методы эмпирического исследования: «Методика исследования системы жизненных смыслов» В. Ю. Котлякова, «Диагностика уровня развития рефлексивности» А. В. Карпова, «Тест Смыслжизненных Ориентаций (СЖО)», «Диагностика эмоционального интеллекта» Н.Холла. Обработка данных проводилась с помощью пакета статистического анализа Statistica 8.0.

Результаты: у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдается снижение экзистенциальных и семейных жизненных смыслов. У больных алкоголизмом, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдают снижение значимости смыслов самореализации и статусных смыслов. У больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, наблюдается снижение значимости экзистенциальных и когнитивных жизненных смыслов. Выраженность жизненных смыслов у больных героиновой наркоманией, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, снижен по коммуникативным и

когнитивным смыслам. У больных героиновой наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», выявлено снижение значимости экзистенциальных и коммуникативных жизненных смыслов. У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, обнаружено снижение значимости в их жизни экзистенциальных и когнитивных жизненных смыслов.

Исходя из этого, у больных алкоголизмом на разных этапах психологической коррекции чаще всего наблюдается более низкий уровень экзистенциальных жизненных смыслов, а у больных героиновой наркоманией на разных этапах психологической коррекции наблюдается низкий уровень значимости экзистенциальных, коммуникативных и когнитивных смыслов.

При оценки рефлексивности обнаружено, что у больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, средний уровень рефлексивности чаще встречается, чем у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов» и у относительно здоровых респондентов. Низкий уровень рефлексивности значительно чаще встречается у алкоголиков, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», по сравнению с больными алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении и у относительно здоровых респондентов. К тому же у больных алкоголизмом, поступивших в клинику и проходящих первичный этап лечения и психологической реабилитации, низкий уровень рефлексивности чаще встречается, чем у больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении.

По сравнению с больными алкоголизмом, у всех больных героиновой наркоманией был выявлен средний уровень рефлексивности, однако, у них наблюдались случаи высокого уровня рефлексивности. Также до прохождения психологической реабилитации по программе «12 шагов» и в процессе ее, у таких больных было больше случаев среднего уровня и меньше низкого уровня рефлексивности, по сравнению с больными алкоголизмом, что указывает на повышенную рефлексивность у больных героиновой наркоманией.

Проводя анализ особенностей смысложизненных ориентаций, выявлено, что больные алкоголизмом, поступившие в клинику и проходящие первичный этап лечения и психологической реабилитации мало верят в существование возможности контролировать события собственной жизни, к тому же, больные алкоголизмом проявляют меньшую осмысленность жизни.

У больных алкоголизмом, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», отмечается

более низкая осмысленность своей жизнью, к тому же они испытывают меньше удовлетворенности от своей жизни в настоящем, своей прожитой частью жизни, реже считают себя способными контролировать события собственной жизни, а также чаще испытывают убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю.

У больных алкоголизмом, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении наблюдается более низкая осмысленность своей жизни, они чаще живут сегодняшним или вчерашним днем, испытывают меньше удовлетворенности от своей жизни в настоящем, своей прожитой частью жизни.

Что касается больных героиновой наркоманией, то у тех, кто поступил в клинику и проходил первичный этап лечения и психологической реабилитации, наблюдается низкая осмысленность своей жизни, такие люди чаще живут сегодняшним или вчерашним днем, реже наблюдаются у них цели в будущем, чаще испытывают неудовлетворенность прожитой частью жизни, неверие в свои силы контролировать события собственной жизни и убежденность в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

У больных наркоманией, находящихся на реабилитации в психотерапевтическом отделении по программе «12 шагов», наблюдается сниженная осмысленность жизни, стремление жить сегодняшним или вчерашним днем, неудовлетворенность прожитой частью жизни, неверие в свои силы контролировать события собственной жизни и убежденность в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю.

У больных героиновой наркоманией, прошедших реабилитацию по программе «12 шагов» и находящихся на постлечебном сопровождении, основные показатели смысложизненных ориентаций (наличие целей в будущем, восприятие своей жизни как процесса интересного и наполненного смыслом, восприятие прошедшего отрезка времени, как продуктивного и осмысленного и представление о себе, как о личности, которая может построить свою жизнь в соответствии со своими целями) приближаются к значениям здоровых респондентов. Несмотря на это, больные героиновой наркоманией, прошедшие реабилитацию по программе «12 шагов» и находящиеся на постлечебном сопровождении, по сравнению с относительно здоровыми респондентами, не сильно уверены, что они могут свободно контролировать свою жизнь, принимать решения и воплощать их в жизнь, им все же присущ некий фатализм.

Исходя из результатов, особенности изменений осмысленности жизни на разных этапах реабилитации у этих двух групп протекают по-разному. У больных алкоголизмом при поступлении в стационар наблюдается средневыраженная осмысленность жизни, а в процессе прохождения реабилитации показатели смысложизненных ориентаций снижаются. В то время, как у больных героиновой наркоманией, наоборот, при поступлении в стационар основные показатели осмысленности жизни достаточно низки, а при прохождении реабилитации эти показатели увеличиваются.

По сравнению с относительно здоровыми респондентами, у больных алкоголизмом наблюдается эмоциональная ригидность, снижение эмоционального самоконтроля и, несмотря на проведенную психологическую реабилитацию, способности к эмоциональной отходчивости, произвольному управлению своими эмоциями и способности распознавать и выражать эмоции в целом не достигают уровня здоровых респондентов. У больных героиновой зависимостью, наблюдаются стойкие изменения эмоциональной сферы. В большей степени страдают произвольное управление своими эмоциями, отсутствие эмпатии и умение распознавать эмоций других людей. Даже после проведенной психологической реабилитации нарушение данных эмоциональных сфер не восстановилось.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что после прохождения реабилитации по программе «12 шагов» и находясь на постлечебном сопровождении, существует большая вероятность того, что некоторые параметры смысловой и эмоциональной сфер больных алкоголизмом, по сравнению с больными героиновой наркоманией, приобретут уровень как у относительно здоровых респондентов. В то время, как у больных героиновой наркоманией эмоциональная сфера не восстанавливается, даже по истечению 6 месяцев ремиссии.

БОЛЕЗНЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА

Фетисова А.С., Сурьянинова Т.И., Артамонова В.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Вопрос взаимодействия медицины и морали – важнейшая тема медицинской этики без которой трудно понять феномены здоровья и болезни. Если З. Фрейд усиленно работал над тем, чтобы мораль не мешала медицине, то Э. Фромм доказывал, что здоровье неразрывно связано с нравственной позицией. Э. Фромм моральную испорченность считал и как следствие и как причину болезни. Человек болеет потому, что он пренебрегает потребностями своей души. Исходная ситуация человека в мире, по мнению Фромма, отчужденность. Переживание отчужденности порождает тревогу. Быть отчужденным — значит, быть отрезанным от мира, не имея возможности воспользоваться своими человеческими силами. Поэтому быть отчужденным — значит быть беспомощным, неспособным активно воздействовать на окружающий мир, на вещи и людей; это значит, что мир может посягнуть на мои права, а я не смогу защититься. Таким образом, отчужденность является источником вины, стыда и внутреннего беспокойства. Самая глубокая потребность человека — это потребность преодолеть свою отчужденность, освободиться из плена одиночества. Э. Фромм подчеркивает, что полное решение отчужденности человек обретает в межличностном единстве – в гармонии межличностных отношений. Он

связывает здоровье с активизацией в личности синдрома роста, а болезнь – с активизацией синдрома распада [6].

И.В. Силуянова болезнь рассматривает с позиций христианской антропологии как следствие грехопадения, как нормальную антропологическую характеристику[5]. Священник и врач о. Валентин Жохов также считает, что с православной точки зрения болезнь является нормой земной жизни [4].

Понятие болезнь имеет целый ряд смысловых значений в христианском вероучении: болезнь трактуется как наказание за грех, такой смысл болезни указывает на ценность покаяния – изменения образа жизни, нахождение верного пути в развитии личности; болезнь понимается как откровение о смерти; понимание болезни как свидетельство милости и славы Божией («Господь посетил»); раскрытие назначения болезни как пути ко спасению.

Еще одним смысловым вектором понимания болезни является взгляд на нее как на трудную жизненную ситуацию. Понятие «трудная жизненная ситуация» — это ситуация, напрямую нарушающая жизнедеятельность человека, которую он не способен самостоятельно преодолеть. Вот несколько примеров трудных жизненных ситуаций – болезнь, инвалидность, сиротство, безработица, необеспеченность и нищета, отсутствие определенного места жительства, жестокое обращение, конфликты, одиночество и т.д. Любая трудная жизненная ситуация характеризуется рядом феноменологических показателей: возникает новая система требований к субъекту, выходящая за рамки текущей социализации; необходимость его адаптации к ситуации и по сути ситуативной ресоциализации; неадекватными оказываются алгоритмы привычного социального поведения; нарушается текущая деятельность (трудовая, учебная и др.); размыкается круг привычного общения; оказывается стрессовое воздействие на организм и психику в целом [1; 2].

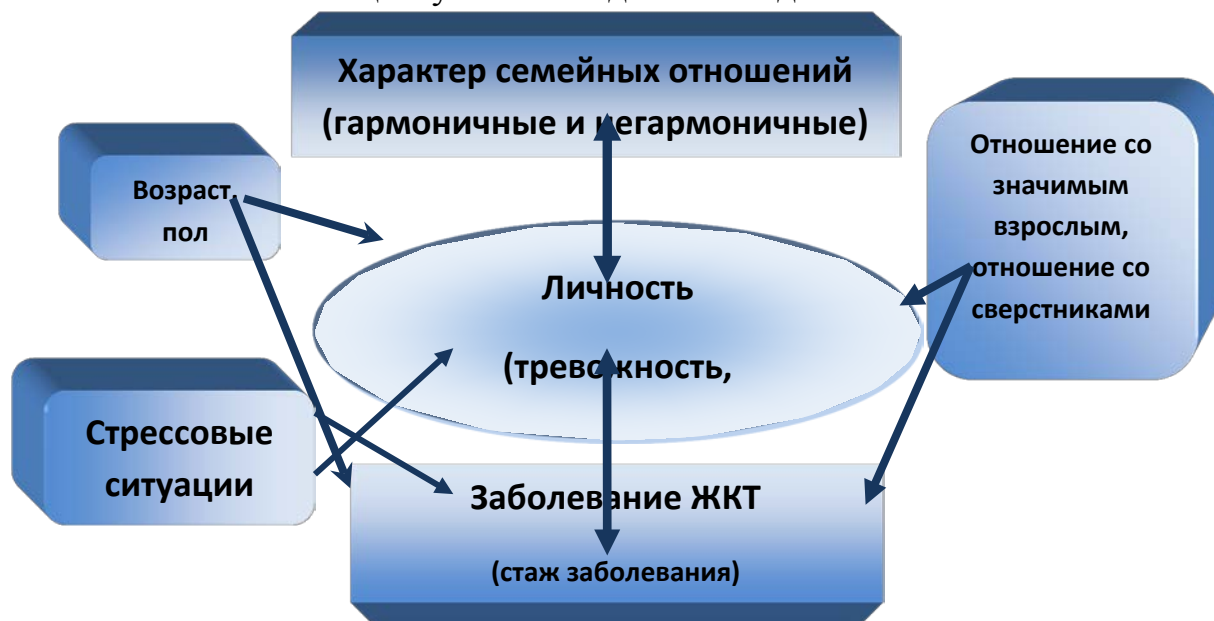
А.Р. Лурия вводит понятие внутренней картины болезни и выделяет несколько уровней, одним из которых является уровень мотивации и смысла болезни. Здесь речь идет о смысле, который человек вкладывает в свою болезнь. Смысл болезни может изменить образ «Я» человека, его самоотношение, отношения с другими людьми и миром вообще. Болезнь может стать препятствием в удовлетворении базовых потребностей личности, и тогда человек хочет избавиться от нее. Иногда болезнь может выступить в качестве инструмента в решении более сложных жизненных задач (вторичная выгода болезни), например, болезнь ребенка препятствует распаду семьи. Чаще всего встречается двойственное отношение к болезни: с одной стороны, человек хочет избавиться от нее, с другой - в чем-то находит выгоду. Нектарий Эгенский утверждал, что болезнь препятствует духовному росту для тех, кто не достиг совершенства. В тоже время болезнь дает шанс на развитие нашей личности, если мы понимаем ее смысл.

В экзистенциальной психологии болезнь понимается как возможность, которую нам предоставляет жизнь (В. Франкл, А. Лэнгли). В.Н. Грачева болезнь метафорически рассматривает как путь, который надо пройти. Целью болезни может быть пауза в жизненной спешке, чтобы раскрыть

новый пласт жизни. Жизнь через болезнь ставит иные задачи, на которые должен ответить человек [3].

Все эти размышления позволили нам подойти к болезни как к фактору развития личности ребенка.

Концептуальная модель исследования.



Цель исследования: проследить влияние заболевания (хронический гастрит) у детей 8-12 лет на особенности развития самооценки как интегративной характеристики личности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе педиатрического отделения ОБУЗ «Городская больница №3» г. Курска и средней общеобразовательной школы с углубленным изучением отдельных предметов №7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

В исследовании приняли участие дети в возрасте от 8 до 12 лет: экспериментальная группа (50 человек); контрольная группа (50 человек).

В экспериментальную группу вошли дети, страдающие хроническими гастритами (ХГ), находящиеся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ОБУЗ «ГБ №3».

В контрольную группу вошли здоровые дети 8-12 лет, обучающиеся в средней общеобразовательной школе с углубленным изучением отдельных предметов №7 им. А.С. Пушкина г. Курска.

В качестве методик исследования выступили: опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (авторы: Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптирован М. Перре); методика «Лесенка» (автор С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Чернышевым, Т.И. Сурьяниновой) для исследования самооценки.

Методы статистической обработки результатов: критерий U – Манна-Уитни используемый для оценки выраженности сплоченности и адаптации семейных отношений в группах детей с ХГ и здоровых детей; критерий

Фишера и Пирсона для сопоставления по частоте встречаемости типов самооценки и типов семейной системы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов ответов по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3. Для сопоставления типов семейной системы по частоте встречаемости в этих группах больных и здоровых мы обратились к критерию ϕ^* - угловое преобразование Фишера.

Обнаружены различия в группах больные и здоровые, по показателю несбалансированный тип семейной системы, на уровне статистической тенденции.

В экспериментальной и в контрольной группах чаще встречается несбалансированный тип семейной системы, чем сбалансированный. В экспериментальной группе частота встречаемости несбалансированного типа семейной системы выше, чем в контрольной группе. Семьи с несбалансированным типом семейной системы имеют ригидную структуру, не позволяющую быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и возникающим стрессам в жизни семьи. С этой точки зрения семьи с несбалансированным типом семейной системы являются группой риска по возникновению заболеваний, в частности заболеваний ЖКТ.

Сплоченность и адаптация – характеристики сбалансированности семейной системы. Выявлено преобладание больных детей в семьях с низким уровнем семейной сплоченности. Напротив, в семьях характеризующихся сплоченностью больше здоровых детей. В семьях с низкой сплоченностью, возникает угроза распада, нарушения гомеостатического баланса. Психотравмирующие переживания ребенка по поводу возникшей угрозы являются фактором, способствующим трансформации нарушения в нервно-психическое или соматическое.

Обнаружены различия в экспериментальной и контрольной группах по показателю семейная адаптация на достоверном уровне статистической значимости по критерию U Манна-Уитни.

Наблюдается значительное преобладание в экспериментальной группе детей из семей с нормальным и высоким уровнем адаптации по сравнению с контрольной группой. Данное положение говорит о том, что болезнь способствует повышению уровня семейной адаптации и перестройке семейных отношений.

У детей экспериментальной группы более выражена адекватная самооценка, чем у детей из контрольной группы (критерий Пирсона ($p \leq 0.01$)).

Эти результаты подкрепились данными, связанными с различными особенностями самооценки детей с заболеванием ЖКТ в зависимости от стажа заболевания. По результатам нашего исследования дети, у которых стаж заболевания более одного года, имели чаще адекватную самооценку по сравнению с детьми стаж заболевания которых до одного года, и эти результаты достигают уровня статистической значимости по критерию Пирсона ($p = .00345$).

На основании полученных результатов нами были сформулированы следующие выводы.

Семьи с несбалансированным типом семейной системы являются группой риска по возникновению хронических гастритов. В семьях с несбалансированным типом семейной системы, являющимся проблематичным, дети чаще страдают хроническими гастритами, чем в семьях со сбалансированным типом.

Адекватная самооценка достоверно чаще встречается в группе больных детей в сравнении с группой здоровых детей. Особенно это касается детей со стажем заболевания более одного года.

Для детей 8-12 лет с хроническими гастритами важным фактором, влияющим на развитие личности ребенка является болезнь.

Болезнь способствует повышению уровня семейной адаптации, перестройке семейных отношений, развитию адекватной самооценки.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы профилактического характера у здоровых детей из семей с несбалансированным типом семейной системы, так как они находятся в группе риска по возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта; а так же психокоррекционной работы с детьми, страдающими хроническими гастритами, особенно со стажем заболевания до 1 года, так как у этих детей чаще встречается неадекватная самооценка.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. — 1994. — № 1. С. 3—19.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Издательство Московского университета. 1984. — 200 с.
3. Грачева В.Н. Болезнь – это путь, который надо пройти. СПб, 2010.
4. Жохов В. Этические проблемы отечественной наркологии. В Сб. избранных докладов медицинской секции международных рождественских образовательных чтений «Православие и медицина» IX-XII конференций. – М.: «Жизнь», 2005. – С. 166-185.
5. Силуянова И.В. Нравственная ценность болезни. В Сб. избранных докладов медицинской секции международных рождественских образовательных чтений «Православие и медицина» IX-XII конференций. – М.: «Жизнь», 2005. – С. 153-161.
6. Фромм Э. Психоанализ и религия // Сумерки богов / Сост. И общ. Ред. А.А. Яковлева: Перевод. – М.: Политиздат, 1990. – 398 с. С. 143-221.

ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ КАК КУЛЬТУРНАЯ ДОМИНАНТА СОВРЕМЕННОСТИ

Цветков А.В.

Московский научно-практический центр наркологии, г. Москва

Данное сообщение является не столько научно-психологическим, сколько историко-философским эссе, посвященным связи измененных состояний сознания с преобладающим стилем регуляции поведения в социуме.

Если вольно трактовать социологические концепции власти [3], то аксиология (ценности и нравственность), наука и юридическая система представляют собой три взаимно реципрокных механизма регуляции общественного поведения. Периодически происходит (как спонтанно, так и направленно, по замыслу одной из властных групп) попытка слияния двух из трех указанных механизмов. И поскольку наука и аксиология принципиально плохо интегрируемы («я верую» и «я проверяю»), то типичным является соединение юридических механизмов с аксиологией или с наукой. Интеграция христианских ценностей (католического типа) в юридическую систему наиболее последовательно осуществлялась в Южной Европе (Италия, Испания, Португалия) – именно в этих странах была наибольшей среди европейских держав активность инквизиции в Средние века, дольше всего продержались запреты на аборт и развод в XX веке, запреты на узаконивание гомосексуальных отношений в начале XXI в. Своего рода антиподом является группа стран Северной Европы (Бенилюкс, Великобритания, Скандинавские страны), в которых достаточно рано прошла секуляризация и основой общественного договора де-факто являлись прогрессистские представления в экономике, социологии и технических науках [1].

Особо интересным в этом контексте представляется сравнение истории Италии, Испании и Германии. До второй половины XIX в. линии развития Италии и Германии были довольно схожи: задержавшаяся дольше прочих европейских стран феодальная раздробленность, сильная религия (католицизм и лютеранство соответственно), слабая экономика. Объединение этих стран шло также относительно сходным способом условно-добровольного присоединения малых феодальных государств к наиболее сильному (Пьемонт и Сардиния; Пруссия) [1]. Таковое объединение не могло не породить сильнейшей потребности в «национальной идее». Для Германии, как мы все знаем, идеей стала «великая Германия» и «Германия превыше всего». Думаю, нет нужды пересказывать известный всем исторический контекст двух Мировых войн.

По итогам Второй мировой войны Германия оказалась разделена и фактически подконтрольна внешним управляющим – Соединенным Штатам (ФРГ) и Советскому Союзу (ГДР). Особенности идеологического противостояния последних привели к ускоренной реиндустриализации

Германии и победе в ее «системе регуляции» рационально-утилитарной идеологии (среди немцев принято шутить «Акционерное общество Германия»), представляющей собой верховенство юридических процедур и «экономического смысла» с фактическим отказом от какой бы то ни было идеологии.

Послевоенное развитие Италии оказалось окрашено соперничеством множества политических партий и идеологий (ведущими на протяжении полувека являлись христианские демократы и социалисты), слиянием «теневого сектора» и властных структур, слабостью промышленных и финансовых институтов [4]. Испания, пусть и намного раньше преодолела раздробленность, была «слабой монархией», пережившей в XX в. превращение в Республику, затем гражданскую войну и полувековое правление генерала Франко с откровенно фашистскими взглядами [5].

На сегодняшний день Германия считается «локомотивом» единой европейской экономики, в то время как Италия и Испания – «хронически нажатым стоп-краном».

Проанализируем теперь структуру болезней зависимости в этих странах. По данным [6] среди европейских подростков «пробы» каннабиса варьируют от 5% выборки в Норвегии, до 42% в Чешской Республике (данные за 2011 год), составляя 15-17% среди населения Франции, Испании и Италии и только 10% - в Германии. Употребление стимуляторов (кокаин, амфетамин) в Испании и Италии более, чем в 4 раза превышает немецкие показатели. В то же время, в Германии на 1000 человек населения от 19 до 64 лет приходится 3 потребителя опиатов, в Испании — 1, Италии — 5.

Таким образом, для южной Европы (Италия и Испания) характерно стремление к повышению «тонуса» (психостимуляторы) и «легкой» эйфоризации (каннабис), в то время как для Германии — «снижение тревоги» в достаточно тяжелой форме. Разумеется, утверждать причинный характер такой связи невозможно, скорее речь идет об этнокультурных особенностях социума. Однако в работах Е.А. Брюна достаточно логично на примере анализа множества сообществ от примитивных до высокоразвитых показан устойчивый характер связи преобладающего типа зависимости и культурной типологии обществ. Положение же о корреляции процента зависимых личностей в обществе с уровнем социально-экономического развития и вовсе является «общим местом». Иными словами, «зависимые» в Германии страдают от «избытка» рефлексии и внутренней проблематизации собственной жизни, в то время как в Италии и Испании — от нехватки сенсорного потока «острых ощущений».

Попробуем пойти несколько дальше в наших рассуждениях и выдвинем предположение – для каждого типа общества в зависимости от отношений между научно-рациональным, аксиологическим и юридическим компонентом социальной регуляции характерен свой тип измененных состояний сознания (привязанных к определенным доминирующим деятельности), используемых чаще всего неосознанно членами этого социума для управления процессом смыслообразования.

С высказанной точки зрения особенно интересным представляется анализ и прогноз развития зависимого поведения в России. Так, показано [2], что в 90-е гг. произошло взрывное развитие наркомании (в особенности опийной) при относительно устойчивом (вернее, малопрогрессирующем) уровне заболеваемости алкоголизмом. В начале 2000-х началось снижение заболеваемости по опиатам, произошла стабилизация по алкоголизму, идет устойчивый рост числа потребителей «легких» наркотиков. С другой стороны, в начале 90-х страна столкнулась с «избытком рефлексии» в ситуации социального кризиса, а в 2000-е — с наступлением «кредитно-потребительского рая», к настоящему моменту выделяется устойчивый тренд к уходу в «традиционные формы» идеологии (православие, ислам) как основу социальной организации. На этом основании можно прогнозировать, во-первых, новый всплеск заболеваемости алкоголизмом, как социально-приемлемой формы зависимого поведения, а во-вторых — рост популярности галлюциногенов, как средства «ухода от реальности» или «иллюзорно-компенсаторной деятельности» по Б.С. Братусю.

Литература

1. История средних веков: учебник. В 2 Т./под ред. С.П. Карпова. - М.: МГУ, 2008.
2. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации: статистический сборник. - М.: ННЦ Наркологии МЗ РФ, 2013. - 166с.
3. Социология: учебник/ под ред. Ю.Г. Волкова// Волков Ю.Г., Добренков В.И., Нечипуренко В.Н., Попов А.В. - М.: Гардарики, 2003. - 512с.
4. Электронный ресурс: режим доступа <http://www.italcult.ru/history.php> [дата обращения: 21.10.2013]
5. Электронный ресурс: режим доступа <http://about-spain.ru/history> дата обращения: 21.10.2013]
6. European drug report: trends and development. - Luxembourg, 2013. - 80 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ «СПАЙСОМ» И ДРУГИМИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

Черепанов А.В.

Алтайский краевой наркологический диспансер, г. Барнаул, Россия

Проблема злоупотребления населением психоактивными веществами имеет широкое распространение в России. Легальные сигареты и алкоголь делают рабами зависимого поведения все больше молодых людей, которые ввиду личностных особенностей не могут противостоять социальному давлению. Общество часто транслирует, что курить и пить – это норма.

Склонные к экспериментам подростки «идут в ногу со временем» и пробуют появляющиеся новые наркотические средства. Это курительная смесь «спайс», содержащая каннабиноиды, и психостимулятор «скорость» на основе амфетамина.

В специализированном отделении для лечения детей и подростков Алтайского краевого наркологического диспансера за 2012 год прошли лечение 164 человека, из них со злоупотреблением алкоголем с вредными последствиями для здоровья – 85%, со злоупотреблением летучими растворителями и токсикоманией – 10%, со злоупотреблением каннабиноидами и наркоманией менее 5%.

За девять месяцев 2013 года в отделение уже поступили со злоупотреблением «спайсом» и «спидами» – 50% и с наркоманией – 8%, со злоупотреблением алкоголем – 47,5%, с летучими растворителями – 5,5%. Рост числа «увлекающихся» наркотическими препаратами связан с их большей доступностью. Сейчас, по словам пациентов, их можно легко достать через интернет. Сами потребители обладают рядом психологических особенностей, исследованию которых посвящена данная статья.

Было проведено исследование вновь прибывших лиц, их возраст 16-17 лет. Согласно периодизации отечественных психологов, этот возраст называется «юность» и является критическим периодом для формирования самосознания. Он характеризуется смещением акцента с окружающего мира и его эталонов для подражания на мир внутренний с углублением в процесс личностной рефлексии, то есть познания субъектом самого себя ради открытия внутреннего мира, способности к самоуправлению и самоопределению как результата этой психической деятельности [1].

Для нормального становления возрастных новообразований необходимо развитие познавательной деятельности, характеризующееся когнитивными способностями: уровнем внимания, памяти, интеллекта. Также важны особенности чувственной сферы, культурно-образовательный уровень, поведенческие нормы и этическое воспитание, основы которого закладываются в семье.

Целью исследования стало изучение психологических особенностей лиц, злоупотребляющих «спайсами» и «скоростью». Мы уделяли внимание следующим аспектам: когнитивные способности, личностные особенности, социально-демографическая ситуация.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ Алтайский краевой наркологический диспансер. Выборку составили 50 пациентов, из них 25 злоупотребляющих психостимуляторами и 25 – алкоголем. Юношей – 34, девушек – 16. Пациенты были разделены на две группы, в первую вошли злоупотребляющие психостимуляторами (спайс, скорость, а также винт, героин), некоторым из них уже выставлен диагноз «наркомания» в связи с выраженным абстинентным синдромом, во вторую группу – злоупотребляющие алкоголем и с диагнозом «алкоголизм» в начальной стадии.

В основу нашего исследования легли следующие предположения:

1. Юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами, имеют более высокий уровень развития когнитивных способностей, чем злоупотребляющие алкоголем.

2. Юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами, имеют следующие социально-демографические признаки: полная семья, проживание в городе.

3. Длительность употребления ПАВ меньше у юношей и девушек, злоупотребляющих психостимуляторами, чем у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

В структуре экспериментально-патопсихологического исследования содержится ряд методик: это таблицы Шульте, «10 слов», «Пиктограмма», диагностика самооценки по Дембо-Рубинштейн [4]. Социально-демографические данные получают путем анкетирования и интервью исследуемых пациентов.

В подтверждение выдвинутых гипотез при сравнении групп с помощью U-критерия Манна-Уитни выявлены значимые различия по группам в когнитивных способностях пациентов. В частности, по выполнению таблиц Шульте ($p=0,04$) показатели пациентов, злоупотребляющих наркотиками (в среднем 43 секунды на выполнение одной таблицы), значительно превосходят показатели пациентов, злоупотребляющих алкоголем (в среднем 55 секунд). Это указывает на способности первых к лучшей концентрации и меньшей истощаемости внимания и на более высокие темпы психической деятельности.

В опосредованном запоминании пациентов двух групп также выявлены значимые различия в способности к запоминанию абстрактных ($p=0,04$) и конкретных образов ($p=0,002$). Так, у пациентов, злоупотребляющих психостимуляторами, воспроизведение абстрактных образов больше, чем у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, у которых преобладают конкретные образы. Это указывает на лучшее развитие мышления, воображения и интеллекта у злоупотребляющих наркотиками, что может быть обусловлено их образовательным уровнем, который несколько выше, чем во второй группе. Конкретность мышления пациентов со злоупотреблением алкоголем сопряжена с органическими поражениями мозга и педагогической запущенностью.

Диагностика самооценки проводится по классической патопсихологической методике Дембо-Рубинштейн, которая выявляет самоощущение человека по показателям ума, здоровья, счастья и характера. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем, субъективно оценивают себя как менее счастливые, у них имеется тенденция к драматизации жизненных обстоятельств. Может быть, что пациенты, прибегающие к употреблению наркотиков, находят себя более счастливыми в иллюзорных переживаниях.

При сопоставлении социально-демографической ситуации исследуемых пациентов данные в группах значимо различаются по составу семьи ($p=0,01$). Семьи молодых людей, злоупотребляющих наркотиками, делятся на две равные группы: полные семьи – 50% и неполные семьи – 50%.

А молодые люди, злоупотребляющие алкоголем, преимущественно из неполных семей – 46% и детских домов – 38,5%. Проблема неполных семей актуальна для пациентов и обуславливает проблематику воспитания этики, поведенческих норм, полоролевых моделей взаимоотношений. В таких семьях распространены зависимости у родителей, что негативно сказывается на наследственной отягощенности. В полных семьях, из которых выходят половина исследуемых потребителей наркотиков, ситуация иная: родители уделяют так много времени работе, что детям не хватает внимания, общения и контроля.

Распространенность «спайса» и «скорости» проблема пока только городская. При сравнении групп выявлены достоверные различия по месту проживания ($p=0,001$). Все пациенты, злоупотребляющие наркотиками, проживают в городе – 100%, а злоупотребляющие алкоголем – преимущественно в сельской местности – 61,5%. Это связано с развитием инфраструктуры города, в которой ведется скрытая пропаганда наркотических средств, а иногда и открытая реклама с возможностью купить наркотики. Распространители знают о быстро возникающей психологической и физической зависимости от ПАВ, делают потребителей постоянными клиентами, стабилизируют и расширяют бизнес.

Такая ситуация складывается относительно недавно, поэтому стаж употребления юношей и девушек, употребляющих наркотики меньше, чем у тех, кто употребляет алкоголь. Группы значительно различаются по длительности употребления ($p=0,0002$), молодые люди употребляют наркотики меньше года (в среднем 11 месяцев), злоупотребляют алкоголем в течение 3-5 лет (в среднем 52 месяца), последние проходят повторные госпитализации, в анамнезе имеют попытки суицида (положительные корреляционные связи $r=0,67$ при $p<0,05$). Несмотря на то, что они раньше попали в поле зрения психиатра и нарколога, жизнь ребят не меняется и здоровье не становится лучше. Возможно, это связано с тем, что они возвращаются в ту же среду. На селе, где алкоголизация повсеместна, профилактической работы практически нет.

Длительное употребление ПАВ, как в первой, так и во второй группе, доказано, наносит существенный вред когнитивным способностям. В частности, стаж влияет на уровень отсроченного припоминания (отрицательная корреляция $r=-0,64$ при $p<0,05$). Длительное употребление наркотиков и алкоголя препятствует образованию следов долговременной памяти.

Для выявления связей в исследовании нами использовался метод математико-статистической обработки данных – корреляционный анализ с коэффициентом r -Спирмена. Установлена корреляционная связь между стажем и уровнем самооценки характера ($r=0,64$ при $p<0,05$), то есть чем дольше ребята употребляют, тем лучше они оценивают свой характер. Отсутствие критики к себе является главной чертой анозогнозии, указывающей на сформировавшуюся зависимость.

Таким образом, все выносимые нами в исследовании гипотезы подтверждены. Действительно юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами «спайс» и «спиды» являются более когнитивно развитыми по всем высшим психическим функциям: вниманию, памяти, мышлению. Они проживают в городе и происходят из полных «псевдоблагополучных» семей. Длительность употребления психоактивных веществ юношами и девушками в среднем меньше года, и это с точки зрения уровня реабилитационного потенциала прогностически благоприятный признак. Процесс успешного лечения затрудняется особенностью этих веществ вызывать сильную зависимость на психологическом и физическом уровнях. Аддикция препятствует формированию у пациентов веры в выздоровление, снижает мотивацию на достижение успеха в лечении, негативно настраивает пациентов по отношению к медицинскому персоналу, сдерживающему поисковое поведение.

Серьезная работа по коррекции взаимоотношений ведется с семьями, часто со-зависимые родители считают, что у них «все нормально» и испытывают интенсивное сопротивление психологическим изменениям [3]. Отягощенную наследственность имеют большинство молодых людей, злоупотребляющих наркотиками (83%) и алкоголем (92%).

На сегодняшний день наиболее успешной формой работы является интеграция мотивационной терапии [5] и психоэдукации в области психологии благополучия и процветания [6]. Работа с мыслями и поведением затруднена при работе с юношами и девушками из-за недостаточно сформированного у них ввиду возраста самоуправления. Они только начинают понимать и чувствовать себя. Значительно обогащает возможности работы в образной сфере искусство и творчество в психологической практике [2]. Весь процесс реабилитационной работы может быть рассмотрен как последовательность действий, которые предпринимает пациент в сопровождении психолога к осмысленной цели по формированию и развитию личности [7].

Самосознание формируется в возрасте 16-17 лет, когда молодые люди познают свои способности, возможности, уникальность. Необходимо донести мысль о том, как важно закладывать в фундамент личности правильные ценности за счет профилактики зависимого поведения ради свободы. Только стабильно нарастающие положительные изменения жизни в постоянном труде, познавательной деятельности и упорной работе над собой приводят к счастью каждого человека, его семью, все наше общество и будущие поколения.

Литература

- [1] *Кон И. С.* Психология ранней юности, М.: Просвещение, 1989. – 252 с.
- [2] *Копытин А. И.* Арт-терапия наркоманий: лечение, реабилитация, постреабилитация / А. И. Копытин, О. В. Богачев. – М.: Психотерапия, 2008. – 168с.

- [3] Прохазка Д., Норкросс Дж., Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек, М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 320 с.
- [4] Рубинштейн С. Я. «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике», М.: Медицина, 1970.
- [5] Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 176 с.
- [6] Селигман М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия, М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 439 с.
- [7] Фельдштейн Д. И. «Психология развития человека как личности : избранные труды» в 2 томах. — М.; Воронеж: Изд-во Московского психолого-социального ин-та : МОДЭК, 2005. – 566 + 455 с.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК ФАКТОР ДЕФОРМАЦИИ СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Чернышева А.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Диссоциация определяется как термин, характеризующий процесс (или его результат), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций отделяется от другой части личности и функционирует независимо [4].

Понятие диссоциации характеризуется сепарацией, разрывом связей между отдельными психическими процессами, информационными потоками и личностными структурами [2, 6].

Диссоциация также описывается как реакция на психологическую травму, сильное негативное переживание в условиях, требующих эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями (McWilliams Nancy, 2004).

Диссоциация определяется как состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными, а также как защитный процесс, ведущий к такому состоянию [5]. В случае повышенной чувствительностью к негативным эмоциональным переживаниям человек может использовать диссоциацию как форму психологической защиты для того, чтобы увидеть себя как бы со стороны и заблокировать эмоциональную составляющую воспринимаемой им ситуации. При диссоциации определенные психические функции, которые в норме интегрированы, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически, находятся вне сферы сознательного контроля и вне процессов памяти [8].

Ряд авторов (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996; Тхостов А.Ш., 2001, Белокрылов И.В., Даренковский И.Д., и др.) указывают на наличие диссоциативных защитных процессов у лиц с алкогольной зависимостью. К диссоциативным процессам они относят нарушения самосознания, границ Я, отчуждения собственных эмоций и витальности. Wenzel K. et al., 1996; Langeland W. et al. (2002) предлагают «химическую» теорию диссоциации, в которой диссоциация рассматривается как процесс, возникающий вследствие длительной алкогольной интоксикации.

Наличие/ отсутствие диссоциативных состояний у женщин с алкогольной зависимостью рассматривается в рамках настоящего исследования в качестве фактора эмоциональной неустойчивости/ эмоциональной устойчивости.

Понятие эмоциональной устойчивости зависит от позиции авторов и может определяться как способность человека преодолевать неблагоприятные состояния, такие как страх, тревогу, растерянность и др., в сложных напряженных ситуациях его деятельности [1]; как способность человека к сохранению устойчивости психических и психомоторных процессов, к поддержанию профессиональной эффективности в условиях воздействия эмоциогенных факторов (Душков Б.А., Королев А.В., Смирнов Б.А., 2005); как эмоциональную стабильность и отсутствие склонности к частой смене настроения (Рейковский Я., 1979) или как свойство темперамента, «позволяющее надежно выполнять целевые задачи» (Плахтиенко В.А., Блудов Ю.М., 1985). При этом эмоциональную неустойчивость связывают с неустойчивостью настроений и эмоций (Левитов Н.Д., 1964), с «аффектом неадекватности», проявляющимся в повышенной обидчивости, замкнутости, упрямстве и негативизме (Славина Л.С., 1966).

Алкогольная зависимость, являясь хроническим заболеванием, оказывает длительное психотравмирующее воздействие на всю жизнь индивида, и, в том числе, способствует формированию диссоциативных состояний (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996; Тхостов А.Ш., 2001, Белокрылов И.В., Даренковский И.Д., и др.).

Нарушение идентичности, по мнению Короленко Ц.П., Дмитриевой Н.В., Загоруйко Е.Н. (1999), может сопровождаться ощущением отсутствия принадлежности самому себе, ощущением нереальности, невозможности разобраться в происходящем, нарушением восприятия реальности, ощущениями взгляда на мир «через стекло» [3].

Мы предполагаем, что нарушение эмоциональной устойчивости в форме диссоциативных состояний, в свою очередь, приводит к деформации структуры социальной идентичности у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Опираясь на предложенные Ludwig A.M. (1966) характеристики диссоциативных состояний, мы изучали у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, следующие: типы мышления, при которых доминируют архаические формы; нарушение чувства времени; чувство потери контроля

над поведением; изменения в эмоциональной экспрессии; изменения образа тела; нарушения восприятия; изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом; чувство «омоложения» или возрастной регрессии; высокую восприимчивость к суггестии.

Пример диссоциации, изучаемый нами у женщин с алкоголизмом, феномен «раздвоенности», который возникает в том случае, когда события психической жизни переживаются как бы двумя отдельными и абсолютно независимыми друг от друга личностями, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации в сфере чувств. По мнению К.Ясперса (1997), в этом состоянии наблюдаются заметные изменения в переживании фундаментального единства собственного «Я» [7]. Если такая раздвоенность длится достаточно долго, то обычное течение мыслей нарушается и человек переживает изменение своей идентичности.

Цель данной работы заключается в выявлении и описании диссоциативных состояний у женщин с состоянием алкогольной зависимости.

Исследование проводилось на базе Московского научно-практического центра наркологии Департамента Здравоохранения г.Москвы" с 2010 по 2012гг. В исследовании приняли участие 205 человек. Возрастной диапазон испытуемых от 21 до 55 лет. У всех испытуемых согласно МКБ-10 диагностировался хронический алкоголизм (средняя стадия), стаж заболевания колебался от 2 до 20 лет.

Первая группа включала в себя 55 человек — это женщины с сохранной структурой социальной идентичности, имеющие диагноз алкогольная зависимость (средняя стадия), проходящие курс стационарного лечения в Московском научно-практическом центре наркологии. Вторую группу составили 150 человек – женщины с деформированной структурой социальной идентичности, имеющие диагноз алкогольная зависимость (средняя стадия), проходящие курс стационарного лечения в Московском научно-практическом центре наркологии.

В качестве критериев деформации структуры социальной идентичности мы использовали следующие параметры:

- интеграция/ дезинтеграция системы;
- сбалансированность/ разбалансированность системы;
- адекватность/ неадекватность по формальному признаку;
- представленность/ непредставленность социальных ролей;
- удовлетворенность/ неудовлетворенность жизненными сферами.

Диагностика уровня диссоциации психической сферы проводилась с помощью шкалы диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES, Bernstein, Putnam) (Тарабрина Н.В., 2001).

Полученные в ходе исследования данные были подвергнуты описательному и сравнительному анализам с помощью компьютерной программы Statistica 6.0.

Сравнительный анализ по непараметрическому критерию Манна-Уитни двух групп испытуемых показал статистически значимые результаты

по индексу диссоциации при $p=0,000$. Группа с нарушенной структурой социальной идентичности обладает высоким уровнем диссоциаций.

Проверка значимости различий по характеристикам диссоциативных состояний в двух группах испытуемых показала статистически значимые отличия по всем параметрам при уровнях статистической значимости 1% и 0,001%. Группа испытуемых с деформированной структурой социальной идентичности отличается высокими показателями данных характеристик. Наивысшие значения в этой группе получены по таким параметрам как «изменение смысла актуальных или прошлых ситуаций» (90,01%), «потеря контроля над поведением» (82,46%) и «изменение восприятия» (62,86%). Данные особенности свидетельствуют о нарушении целостности поведенческого и когнитивного компонентов, входящих в структуру социальной идентичности женщин с алкогольной зависимостью. Диссоциативное состояние проявляется в нарушении сознательного контроля над собственным поведением, актуализации автоматических паттернов поведения.

Средние значения характеристик диссоциативных состояний в двух обследованных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения характеристик диссоциативных состояний в группах с деформированной и сохранной структурой социальной идентичности

<i>Характеристики диссоциативных состояний</i>	<i>Значения в % для группы с деформ. идентичностью</i>	<i>Значения в % для группы с сохранной идентичностью</i>
мышление с доминированием архаических форм	42,33	14,36
нарушение чувства времени	39,00	18,54
потеря контроля над поведением	82,46	37,29
изменения в эмоциональной экспрессии	28,93	18,36
изменения образа тела	25,67	5,00
изменение восприятия	62,86	35,09
изменения смысла актуальных или прошлых ситуаций	90,01	42,18
чувство омоложения или возрастной регрессии	5,27	0,18
высокая восприимчивость к суггестии	41,33	20,36
ИНДЕКС ДИССОЦИАЦИИ	14,92	6,87

Нами также получены статистически значимые результаты при $p=0,001$, свидетельствующие о том, что женщины с деформированной

структурой социальной идентичности значительно чаще испытывают переживания ситуации, когда «их обвиняли во лжи, а им казалось, что они говорили правду». Расщепление эмоциональных переживаний, с одной стороны, можно рассматривать как механизм психологической защиты личности от негативных переживаний, а с другой, как фактор эмоциональной неустойчивости, оказывающий деформирующее воздействие на структуру социальной идентичности женщин с алкогольной зависимостью.

Таким образом, в результате данного исследования нами был выявлен высокий уровень диссоциативных состояний в группе женщин с деформированной структурой социальной идентичности. Подтверждено предположение о том, что диссоциативные состояния выступают фактором эмоциональной неустойчивости и неблагоприятно воздействуют на структуру социальной идентичности женщин с алкогольной зависимостью.

Литература

1. Аболин Л.М. Эмоциональная устойчивость в напряженной деятельности, ее психологические механизмы и пути повышения. Автореф. дисс. д. психол. наук, М., 1989.
2. Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психологической травмы. Автореферат дис. канд. психол. наук.— М.: Институт психологии РАН, 2002. – 201 с.
3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство: монография. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2007. 472 с.
4. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 960 с.
5. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб., Восточно-европейский институт психоанализа. 1995.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. – 240 с.
7. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии: в 2-х т. / К. Ясперс. – Москва: Академия, 1996. – Т. 2. – 350 с.
8. Ludwig A.M. The psychological functions of dissociation // American Journal of Clinical Hypnosis. 1983, vol. 26, 93-99.

ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ У БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К МЛАДШИМ ШКОЛЬНИКАМ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ¹

Черкасова С.А.

¹ Исследование осуществлено при финансовой поддержке РФНФ, проект № 12-36-01006a1.

По данным НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко в России количество соматически ослабленных детей в настоящее время достигает 60% от общей численности детского населения страны. У таких детей отмечается слабость познавательной, психической, коммуникативной и физической активности, что ведёт к затруднениям в общении с социальным окружением в процессе жизнедеятельности и школьного обучения (М.М.Безруких, А.Н.Леонтьев, Е.М.Мастюкова, Ю.С.Шевченко и др.).

Медицинские работники констатируют, что за последние 20 лет в состоянии здоровья детского населения произошли неблагоприятные изменения: более чем в 4 раза (с 9% в 1983 г. до 36,6% в 2003 г.) увеличилось количество детей с хронической патологией. До 50% возросло число детей, имеющих дисфункциональные нарушения [1; 3; 4].

Установлено, что среди плохо успевающих детей абсолютное большинство имеет соматические и психические расстройства той или иной степени выраженности. Признаки нарушений психического развития часто выступают на фоне тех или иных хронических соматических заболеваний (болезни уха, горла, носа, органов пищеварения, дыхательных путей, опорно-двигательного аппарата и др.). Неуспеваемость этих учащихся в большинстве случаев обусловлена повышенной утомляемостью и сниженной работоспособностью в динамике учебного дня, недели и года. У значительной их части интенсивность и качество работы ниже, чем у здоровых детей.

Некоторая часть таких детей выполняет школьные требования, но это достигается ценой чрезмерного напряжения, приводящего к переутомлению. Так, по данным Центра профилактической медицины Министерства здравоохранения РФ, более чем у 50 % детей с отклонениями в состоянии здоровья за время обучения в первом классе показатели здоровья ухудшаются за счет, как функциональных нарушений, так и усугубления или развития новых заболеваний с хроническим течением. Отклонения в состоянии здоровья у детей, поступающих в школу, — показатель, который должен обязательно учитываться при прогнозировании успешности школьной адаптации [2; с. 254].

По данным психофизиологических исследований, абсолютное большинство детей с ослабленным здоровьем характеризуют повышенная утомляемость, быстрая истощаемость центральной нервной системы, склонность к патологическому реагированию на чрезмерные нагрузки.

Психологические и педагогические исследования говорят о том, что среди неуспевающих и плохо успевающих младших школьников большинство имеет соматические и психологические расстройства. Симптомы нарушений психического и психологического развития часто вызваны или сопряжены с хроническими соматическими заболеваниями

(простудные инфекционные заболевания, болезни уха, горла, носа, органов пищеварения, дыхательных путей, опорно-двигательного аппарата и др.). Низкая успеваемость данных учащихся в большей степени обусловлена повышенной утомляемостью и низкой работоспособностью в течение учебного дня и года. У большинства детей с ослабленным здоровьем качество и длительность учебной деятельности ниже, чем у здоровых сверстников. Снижение внимания на фоне общей ослабленности организма (астенизации нервной системы) приводит к низкой дифференциации воспринимаемых объектов, к не различению их по степени важности, к восприятию не ситуации в целом, а лишь отдельных и не самых важных ее частей. Вследствие этого способность к адекватному отражению воспринимаемых объектов снижается и происходит их неверное осмысление. Также снижается точность и скорость интеллектуальных действий, затрудняется переключаемость с одного способа действий на другой, нет быстрого и гибкого реагирования на меняющиеся ситуации. Таким образом, познавательные способности ребенка с ослабленным здоровьем оказываются на низком уровне, что влечет за собой низкую эффективность обучения [2].

По данным психофизиологических исследований, большинство детей с ослабленным здоровьем характеризуются повышенной утомляемостью, быстрой истощаемостью центральной нервной системы, склонностью к патологическому реагированию на непосильные нагрузки. Исследования М.М. Безруких показывают, что санитарно-гигиенические условия, существующие в массовых школах и ориентированные на здорового ребенка, оказываются для детей с ослабленным здоровьем, неадекватными. Наполняемость классов массовой школы несет для них большое, непосильное количество раздражителей. Режим школьного дня также не соответствует психофизиологическим особенностям младших школьников имеющих ослабленное здоровье [4].

В обществе и образовании остро назревает вопрос о возможностях обучения подобных детей в массовых школах и создании таких условий, которые бы были благоприятны для их психологического развития. Одним из таких условий является отношение учителей к личности детей с ослабленным здоровьем как высшей социальной ценности. Основная задача педагога согласно современным стандартам образования и Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа» это обеспечение условий личностного роста ребенка, что невозможно без формирования ценностного отношения к детям данной категории.

С данной целью была составлена специальная программа формирования ценностного отношения будущих педагогов к младшим школьникам с ослабленным здоровьем, которая реализуется в несколько этапов.

I этап включает психолого-педагогический тренинг. Предлагаемый тренинг может проводиться в двух режимах: как самостоятельный профессиональный психолого-педагогический тренинг, а также быть интегрированным в программы специальных дисциплин.

Задачи психолого-педагогического тренинга по подготовке будущих педагогов к работе с младшими школьниками с ослабленным здоровьем заключается в:

1. Формирование эмпатии и толерантного отношения к детям с ослабленным здоровьем и их родителям;
2. Формирование мотивации аффилиации, мотивации достижения высоких результатов в работе с детьми с ослабленным здоровьем и уверенность в собственных силах;
3. Обучение обобщать сформированные адекватные формы и способы взаимодействия с детьми с ослабленным здоровьем, их родителями, родителями нормально развивающихся сверстников и другими специалистами;
4. Способствовать переносу приобретенного позитивного опыта в психолого-педагогическую практику.

Методы, используемые во время проведения психолого-педагогического тренинга:

1. Групповая дискуссия
2. Ролевые игры
3. Метод кейсов
4. Психогимнастика.

На **II этапе** реализуется элективный курс «Психолого-педагогическое сопровождение младших школьников с ослабленным здоровьем». Основной целью курса является подготовка будущих педагогов к осуществлению психолого-педагогического сопровождения детей с ослабленным здоровьем в массовой школе. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующую систему задач:

- ознакомить со схемой психолого-педагогического обследования детей с ослабленным здоровьем различных категорий;
- владеть методами психолого-педагогического взаимодействия с детьми с ослабленным здоровьем;
- уметь составлять программы индивидуальной траектории обучения детей с ослабленным здоровьем в массовой школе;

Для решения поставленных задач студентам предлагается использование комплекса методов: системного, теоретического и практического моделирования; анализа научной литературы, нормативно-правовых актов, программно-методических материалов; сравнительно-сопоставительного, логического, ретроспективного; вопросно-диагностических (анкетирование, интервьюирование, беседа, тестирование, оценивание, обобщение независимых характеристик); обсервационных (прямое, косвенное, включенное наблюдение, самонаблюдение); праксиметрических (анализ продуктов деятельности детей и педагогов, социальных педагогов, психологов).

Курс охватывает достаточно широкий диапазон тем, начиная с основ работы с детьми с ослабленным здоровьем, их диагностики и заканчивая рассмотрением особенностей коррекционно-развивающей,

профилактической и адаптационной работы с данной категорией детей. Особое внимание уделяется практическим аспектам работы педагога с родителями детей с ослабленным здоровьем.

Построение данного курса стало инновационным, поскольку используется метод кейс-технологий, обеспечивающий самостоятельную работу каждого и возможность осуществления контроля собственных знаний, что позволило студентам убедиться в необходимости приобретенных знаний, их целесообразности и возможности использования в будущей профессиональной деятельности.

III этап – закрепляющий. На данном этапе реализуется производственная практика в образовательных учреждениях. Студенты получают возможность реализовать на практике полученные профессиональные компетенции необходимые для работы с детьми с ослабленным здоровьем, будущие педагоги реализуют основные виды деятельности педагога в начальной школе с детьми с ослабленным здоровьем.

Таким образом, целенаправленная работа по формированию у будущих педагогов ценностного отношения к младшим школьникам с ослабленным здоровьем позволит создать необходимые психолого-педагогические условия для успешной адаптации детей данной категории в массовых школах, а так же повысит профессиональную компетентность педагогических кадров.

Литература

1. Licari Lucianne, Nemer Leda, Tamburlini Giorgio Здоровье детей и окружающая среда. Разработка планов действий [Текст] / Lucianne Licari, Leda Nemer, Giorgio Tamburlini. – ВОЗ, 2006.-111с.
2. Безруких М. М., Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А. Психофизиология ребенка: учеб. пособие / 2-е изд., доп. — М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та., 2005. — 494 с.
3. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики. - М., 1999. – 260 с.
4. Жигорева, М.В. Комплексная модель сопровождения развития дошкольников со сложными нарушениями: Монография. М., РИЦ МГГУ им. М.А. Шолохова, 2009. – 145 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПРОСНИКА SP – 36 КАК КРИТЕРИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Шаповалов Р.Г., Силина Л.В., Бобынцев И.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Псориаз - распространенное кожное заболевание мультифакториальной природы, в последнее время все большее количество исследователей говорят о псориазе не как об изолированном кожном заболевании, а как о системной «псориатической болезни» с доминирующими проявлениями на коже. Это

подкрепляется данными о системных иммунных изменениях генетической природы, выраженных психо-эмоциональных нарушениях и частом вовлечении в процесс опорно-двигательного аппарата, а иногда и внутренних органов. Нередко распространенные кожные поражения, тяжелые артропатии приводят к инвалидизации больного.

В разных странах псориазом страдает по данным многочисленных исследований от 2 до 7% населения, а частота его встречаемости в структуре дерматологических заболеваний – 40%, а у пациентов дерматологических стационаров составляет около 15-20%,. На сегодняшний день в мире зарегистрировано 125 млн. пациентов с этим заболеванием, из них на территории РФ – около 2,8 млн. Несмотря на то, что псориаз далеко не всегда непосредственно угрожает жизни, но, тем не менее, он является поводом и причиной для возникновения серьезных психологических проблем: у больных возникает состояние тяжелого эмоционального стресса. Снижение качества жизни у больных чешуйчатый лишай сопоставимо со многими тяжелыми соматическими заболеваниями, такими как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, тяжелая патология почек и печени, хронические заболевания дыхательных путей.

Значимое влияние псориаза на качество жизни пациентов, как правило, связано со следующими факторами:

- выраженный кожный зуд, болезненность, чувство жжения и стягивания кожи, боли в суставах при различных формах псориаза создают определенные проблемы, затруднения при выполнении обычных бытовых и профессиональных навыков и обязанностей, а также способствуют усилению раздражительности и появлению эмоциональной напряженности и неустойчивости;
- косметические дефекты, связанные с поражением открытых участков кожи (кожа лица, кисти рук, волосистая часть головы, ногти) постоянная эксфолиация кожи приводят к необходимости пациентам ограничивать свои профессиональные и дружеские контакты, изменять свою сексуальную жизнь и в целом обычный образ жизни, принуждая себя к самоизоляции;
- эмоциональная нестабильность даже при формах средней степени тяжести физическая инвалидизация при тяжелых клинических формах;
- лечение псориаза требует значительных материальных затрат, потере времени для лечения, порой в условиях больничного стационара.

Актуальность проблемы адаптации больного к своему заболеванию обусловлена также и тем, что в настоящее время существует ограниченное число исследований в отечественной и зарубежной литературе, посвященных изучению вопросов влияния псориаза на качество жизни (КЖ) больного и его социальную и психологическую приспособляемость к болезни. Качество жизни – понятие объемное, охватывающее многие стороны жизни человека – условия жизни, профессиональную деятельность, домашнюю обстановку, медицинские аспекты – влияние самого заболевания и ограничений, лечения на жизнь больного.

Целью нашей работы явилась оценка качества жизни и выявления влияния болезни на жизнедеятельность, физическую активность, социальную адаптацию и психологическое состояние у больных молодого возраста, страдающих псориазом.

Нами было обследовано 120 больных инфильтративной формой псориаза, в прогрессирующей стадии заболевания, носившего распространенный характер. В группе было 50 мужчин и 49 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, с длительность болезни от 5 до 15 лет. Все пациенты находились на амбулаторном лечении в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере и лечебно-диагностическом центре города Алексеевки, Белгородской области в 2007 – 2012 годах. Обострение псориатического процесса у большинства больных было преимущественно в осенне-зимний период года. Исследование качества жизни проводилось с помощью опросника «Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Status (SP-36)». Перед началом исследования все пациенты заполняли письменное информированное согласие на участие и разглашение результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте (с предшествующим разъяснением сути вопроса, важности и значения проводимого исследования при полной дееспособности пациента).

Критерии включения в исследование:

1. Возраст исследуемых от 18 до 35 лет
2. Длительность болезни от 5 до 15 лет
3. Наличие псориаза (инфильтративной или сухой клинических форм болезни) с распространенным характером в стадии обострения заболевания
4. Клинически здоровые люди без обострений соматических и психических заболеваний и вредных привычек

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст больных моложе 18 и старше 35 лет
2. Давность заболевания не менее пяти лет
3. Беременные женщины
4. Тяжелые и осложненные формы псориаза (псориатическая эритродермия, артропатический псориаз, экссудативный псориаз)
5. Наличие в момент включения в исследования тяжелых острых заболеваний или обострение хронических
6. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем страдающие наркозависимостью

Опросник SP-36 состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал: ролевого физического функционирования, физического функционирования, интенсивности боли, общего здоровья (эти шкалы объединяются в общую шкалу физического здоровья), шкал ролевого эмоционального функционирования, жизнеспособности, психологического здоровья и социального функционирования (суммарная шкала психологического здоровья). Ответы на вопросы выражают в баллах от 0 до 100, где 100

представляет полное здоровье. Соответственно, чем ниже балл, тем хуже качество жизни.

Полученные данные обрабатывались с использованием операционной системы Statistica-7, с предварительными проверкой и контролем собранного материала на предмет полноты и точности учета данных. Анализ влияния заболевания на качество жизни проводился с учетом медико-социальных факторов (пола, возраста, длительности болезни, ее сезонности, частоты рецидивов заболевания, наличия болевого синдрома).

Из полученных данных мы определили, что наибольший удельный вес приходился на пациентов с частотой обострений один раз в год (40%), а также два раза в год (39 %).

Далее нами был проведен анализ влияния частоты обострений псориазического процесса на качество жизни. Данные влияния частоты рецидивов заболевания показали, что с увеличением частоты рецидивов КЖ снижается.

Нами отмечено, что наиболее высокие показатели КЖ отмечаются в группе молодых больных, у которых обострение процесса возникло впервые (средний балл $68,62 \pm 2,17$). Самые низкие показатели были отмечены у пациентов с частотой обострений от 3 и более раз в год (средний балл $53,0 \pm 1,58$). Это и понятно: частые, изнуряющие больных обострения кожного процесса, носящие распространенный характер явно не улучшают качество жизни, невротизируют их, приводя к выраженной патологии психо-эмоционального статуса.

При проведении дальнейших исследований нами выявлено, что с увеличением возраста КЖ снижается, причем наибольшее снижение отмечалось по шкалам общего состояния здоровья, психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием.

Самые высокие показатели КЖ отмечены нами у пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, в двух других группах этот показатель был заметно ниже, так как с течением времени распространенность высыпаний становится больше, возникает некоторая трансформация кожных эффоресценций (появляется склонность их к экссудации и эритродермии), присоединяется суставной синдром, сопровождающийся выраженными болевыми ощущениями. Указанные факты способствуют снижению жизненной активности респондентов, как в личном, так и в общественном плане.

Большинство больных исследуемой группы были в возрасте от 31 до 35 лет и от 26 до 30 лет, то есть в возрасте максимальной физической и социальной активности.

Далее нами было выявлено, что из общего числа обследованных пациентов сопутствующими заболеваниями страдают 48 % больных группы, причем наиболее часто встречались хронический гастрит, хронический тонзиллит, нейроциркуляторная дистония, остеохондроз позвоночника, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит, гиперплазия щитовидной железы, сахарный диабет, хронический холецистит. Наличие сопутствующей

патологии достоверно снижало качество жизни у больных псориазом на 19% при среднем балле в группе больных с соматическими заболеваниями $58,6 \pm 3,2$ ($p < 0,001$). Наибольшее снижение показателей качества жизни отмечалось по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (на 50%), общего состояния здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (на 25,3%), а также психического здоровья (на 24,8%). Следовательно, сопутствующие заболевания оказывают существенное влияние, как на физический, так и на психический компоненты здоровья больных чешуйчатым лишаем. Кроме того, хронические заболевания кожи с выраженным косметическим дефектом распространенного характера, постоянным чувством зуда, жжения кожи, зачастую резистентные к проводимой терапии влияют на эмоции и поведение пациентов, это и приводит к появлению напряженности, тревожности, возникновению ограничений в общении, выполнении своих обязанностей разного рода. Эти факты обуславливают ухудшение эмоционального состояния пациентов.

Следовательно, у больных, страдающих распространенным псориазом, отмечается снижение качества жизни, причем как психической, так и физической его составляющей, причем степень изменения показателей качества жизни находится в тесной взаимосвязи с возрастом больных, длительностью болезни, частотой обострений и наличием сопутствующей соматической патологии. Исходя из вышесказанного, следует, что оптимизация качества жизни больных чешуйчатым лишаем должна строиться индивидуально и комплексно с учетом физических и психо-эмоциональных проблем каждого пациента.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Шварц Н.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Актуальность проблемы угревой болезни обусловлена не только широкой распространенностью заболевания, но и нарушением качества жизни пациентов, страдающих акне. Современная наука часто связывает возникновение акне с ответной реакцией организма на экстремальные условия, нарушающие эмоциональное спокойствие и равновесие человека (стресс). Обусловлено это тем, что в предрасположенной к различного рода высыпаниям дерме много нервных окончаний, каждое из которых окружено так называемыми тучными клетками - мастоцитами. Сергеевой И.Г. и Криницыной Ю.М. установлено, что при стрессе мастоциты выбрасывают в кровь гормоны гепарин, гистамин, серотонин, усиливающие воспаления, а также повышают содержание андрогенов. Кроме того, в ответ на различные раздражения эти нервные окончания

выделяют нейропептиды, также стимулирующие функции сальных желез. А это в свою очередь способствует возникновению и прогрессирования угревой болезни.

Несмотря на то, что заболевание не относится к ургентным состояниям, оно нередко является причиной тревоги, депрессии и, в некоторых случаях, может приводить к суицидам. При этом характер жалоб и их эмоциональная окраска не всегда зависят от выраженности клинических проявлений. Установлено, что больные с легким течением акне сильнее обеспокоены своим недугом, чем с более тяжелыми формами. И наоборот, больные с тяжелым течением акне были более сдержаны в описании своих жалоб. Таким образом, страдает как физическое, так и психическое здоровье человека. В этой связи угревая болезнь имеет важное, не только чисто медицинское значение, но и играет роль психологического и социального фактора. Этим объясняется необходимость стойкого, эффективного лечения акне.

При угревой болезни, в отличие от многих других заболеваний, поражается лицо, которое является одним из главных и основных звеньев межличностной и социальной коммуникации. Следовательно, данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и их отношение к окружающей жизни. Больные ощущают неуверенность в себе, чувство беспокойства, повышенную раздражительность, чувство собственной неполноценности. Пациенты с угревой болезнью находятся в состоянии хронического стресса и социальной дезадаптации, а так же имеют самые разнообразные психовегетативные нарушения. Наличие косметического дефекта на коже лица поддерживает психотравмирующую ситуацию и вызывает целый ряд проблем, которые максимально утяжеляют межличностные и социально-психологические отношения, способствуют снижению качества жизни у данных больных.

Качество жизни (КЖ)- это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках социального общества, где личность находится. Это понятие комплексное, обобщающее в себе экономические, психосоциальные и медицинские аспекты. В медицинской практике издавна признается негативное влияние именно кожной патологии на КЖ человека. Изменение параметров КЖ необходимы в практической деятельности для:

- оценки степени тяжести болезни
- оценки эффективности лечения
- подбора индивидуальной терапии в качестве дополнительного критерия
- оценки эффективности новых методов лечения и других

Параметров

Трансформация КЖ предполагает самостоятельную оценку самим респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. Максимально удобными и

адаптированными являются специфические опросники, примером которого является метод анкетирования С.И. Довжанского (2001), используемый для оценки КЖ с учетом особенностей хронической патологии кожи и ее влияния на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности, медикосоциальных и других аспектов жизни больного.

Целью нашего исследования явилась оценка качества жизни пациентов с угревой болезнью средней и тяжелой степенями тяжести и его изменение под действием различных типов терапии. Оценка результатов оценивалась по 5 бальной шкале:

- 0 баллов - максимально благоприятный показатель
- 5 баллов – соответственно неблагоприятный показатель.

Первая группа- контрольная группа (здоровые люди),
вторая группа – традиционная терапия,
третья группа- комплексное лечение

Во второй и третьей группах до проведения лечения все сдвиги расположились в следующей последовательности (неуверенность в себе (НВС), раздражительность(Р), замкнутость(З), трудности общения с друзьями(ТО), отсутствие интереса к жизни окружающих(ОИЖО), страх ухудшения здоровья(СУЗ), депрессия(Д), нарушение сна(НС))

НВС>СУЗ > З > ТО> ОИЖО> Р> Д>НС

После проведенного лечения сдвиги показателей по группам расположились следующим образом:

2 группа: НВС > СУЗ> З> Р = ТО > ОИЖО = Д = НС

3 группа: НВС > СУЗ > З >ТО> Р> ОИЖО = НС> Д

Положительные сдвиги показателей НВС,З и СУЗ были максимальны в обеих группах больных и интенсивнее других трансформировались под влиянием терапии. Причем группа пациентов, принимающих комплексную терапию, живее реагировала на изменение своего статуса и с большим оптимизмом относилась к дальнейшим перспективам.

Литература

Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М., Медицинская книга, 2003.

1. Довжанский С.И. Качество жизни-показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вест.дерматол. и венерол.,2001; 3:12-13
2. Юцковская Я.А., Мельникова Е.В., Метляева Н.Б., Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне. Вестн. Дерматол. И венерол.,2005;3:48-49.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ФИГУРЫ ОТЦА В
ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Шевченко А.В.

Исследование роли отца в психическом развитии ребёнка в настоящее время представляет значительный интерес в теоретической и практической психологии. Накопленный ранее опыт изучения отцовско-детских отношений в большей степени базируется на психоаналитических традициях, в связи с чем роль отца долгое время рассматривалась лишь в нескольких традиционных для психоанализа аспектах (как объект любви, полоролевой идентификации, ведущая фигура в период разворачивания Эдипова комплекса и пр.). Однако за последние десятилетия интерес исследователей к взаимоотношениям отца и ребёнка значительно возрос.

Описание роли и значимости отца в развитии ребенка особенно характерно для работ З. Фрейда [6]. В этом описании отец предстает, как объект любви и идентификации, всемогущий защитник и запрещающий объект, который становится тем, с кем стремится конфронтировать и кого стремиться победить ребенок. Особая роль игры в отношениях с отцом, подчеркивалась Д.Боулби указывающим на значение стимуляции и поддержки исследовательской игры с отцом в развитии как познавательной активности, так и автономии ребенка в целом [2]. Согласно положению ряда авторов (Д.Берлингейм, М.Боуэн, Ф.Тайсон, Кадыров), особенно велико значение отца в развитии у ребёнка автономии, успешности сепарации от матери и возможности возникновения триадных отношений за пределами замкнутой диады «мать-ребёнок» [1; 2; 6; 7]. М. Marks отмечает, что, по сути, отец начинает содействовать психологическому отделению ребенка от матери еще до его рождения: присутствие рядом любящего мужа означает для будущей матери, что есть еще кто-то в мире, кому вынашиваемый ею ребенок не безразличен, что есть кто-то помимо нее самой, занятый мыслями о нем (Marks, 2002). В работах О.Г. Калины, А.Б. Холмогоровой рассматривается роль отца как третьего, как мужчины, как мужа матери и как родного человека. Авторы особенно выделяют роль отца в поддержании сепарационных процессов и развитии автономии ребенка, полоролевой идентификации, развитии способности ребенка переходить от диадных к триадным отношениям, а также развитию дифференциации «Я» [4; 5].

Однако, объективная социальная ситуация развития ребёнка определяет его психическое развитие и психическое здоровье не автоматически, а только будучи преломленной в субъективных переживаниях ребенка [7]. В связи с этим особенный интерес представляет не только изучение позиции отца в отношении ребёнка, но и восприятие фигуры отца самим ребёнком, то есть его специфический «ответ» на выполнение отцом своей роли.

Таким образом, **целью** нашего исследования являлось выявление особенностей восприятия фигуры отца у дошкольников, старших школьников и студентов. В исследовании приняли участие 53 ребёнка в возрасте 4,5-5 лет, 63 подростка в возрасте 15-16 лет (27 юношей и 36 девушек) и 42 студента 18-19 лет (14 юношей и 28 девушек). Все

испытуемые имели полные семьи или виделись с родным отцом не реже раза в месяц.

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Опросник родительской привязанности «Parental Bonding Instrument».
2. Методика «Эмоциональная экспрессия отца» Калины О.Г. (2007).
3. Проективная методика «Кинетический рисунок семьи» Зинкевич-Евстигнеевой Т.Д.
4. Проективная методика «Подарок папе» Зинкевич-Евстигнеевой Т.Д.

При исследовании детей дошкольного возраста с помощью проективных методик «Кинетический рисунок семьи» и «Подарок папе» нами были получены следующие результаты.

По результатам проективной методики «Кинетический рисунок семьи» у 55% опрошенных детей (группы не делились на мальчиков и девочек) образ отца носит положительный характер. На рисунках таких детей отец был изображён, чаще всего раскрашен, также присутствовал сам ребёнок, что косвенно указывает на общее эмоциональное благополучие семьи ребёнка. У 45% детей выявлена несформированность образа отца или он носит негативную окраску. Отец на рисунках таких детей или не изображён вообще, или трудно установить наличие отца, или его образ несёт следы эмоционального напряжения (нераскрашен или раскрашен чёрной/красной краской, заштрихован, отделён от других членов семьи преградой и т.п.).

По результатам проективной методики «Подарок папе» 68% детей дошкольного возраста дарили отцам подарки материального характера (дом, машина, деньги, цветы, торт и пр.). При этом 32% детей дарили отцам подарки нематериального характера, среди которых присутствовали как подарки, несущие эмоционально положительную нагрузку (радуга, сердечко), так и подарки на тему отношений в семье (папа и мама, держащиеся за руки, младенец в кроватке), что указывает на потребность ребёнка в восстановлении супружеских отношений, на желание счастья родителям.

При исследовании школьников и студентов с помощью проективной методики «Эмоциональная экспрессия отца» и опросника родительской привязанности «Parental Bonding Instrument» (PBI) нами получены следующие результаты.

Выявлены статистически значимые различия по шкале «эмоционально негативное восприятие образа отца» по методике «Эмоциональная экспрессия отца» между группами юношей и девушек, обучающихся в школе, а также между группами юношей и девушек, обучающихся в ВУЗе. Обнаружено, что юноши обеих возрастных групп достоверно чаще воспринимают отца эмоционально негативно (отвергающим, недовольным, разочарованным), при этом девушки той же возрастной группы чаще воспринимают отца эмоционально позитивно, т.е. как принимающего, одобряющего. В целом образ отца у испытуемых характеризуется как

амбивалентный (вызывающий сильные чувства, как положительные, так и отрицательные).

По шкале «автономия» и «сверхконтроль» опросника РВІ между группами испытуемых (юноши-школьники и юноши-студенты) статистически значимых различий не обнаружено. И студенты, и школьники воспринимают своих отцов как предоставляющих им средний уровень автономии, а также низкий уровень сверхконтроля, т.е. отцовского контроля достаточно мало, но и автономии предоставляется немного, видимо, контроль осуществляется другими членами семьи, а предоставление автономии больше связано с отцовской фигурой.

По шкале «эмоциональная теплота/отвержение» и «автономия/«сверхконтроль» опросника РВІ между группами испытуемых (девушки-школьницы и девушки-студентки) статистически значимых различий не обнаружено. И студентки, и школьницы воспринимают своих отцов как эмоционально принимающих на высоком (для школьниц) и среднем уровне. Кроме того, девушками-испытуемыми их отцы воспринимаются как предоставляющие им высокий уровень автономии.

По шкале «эмоциональная теплота/отвержение» опросника РВІ между группами испытуемых статистически значимых различий не обнаружено. И юноши, и девушки воспринимают своих отцов как достаточно поддерживающих и эмоционально открытых. Такое отличие данных опросника от результатов проективной методики может указывать на тенденцию давать социально одобряемые ответы при подавлении существующих негативных и амбивалентных чувств по отношению к родным отцам.

Таким образом, можно сделать вывод, что для дошкольников образ отца окрашен более позитивно, с возрастом наблюдается тенденция к усилению амбивалентности чувств по отношению к отцу. Кроме того, наблюдаются гендерные различия в восприятии образа отца. Так, для юношей характерно восприятие отца преимущественно эмоционально негативно. Это может указывать на возникающие сложности в отношениях мальчиков с их отцами, усиление отчуждённости со стороны отцов при высокой потребности юношей в отцовском внимании. Для девушек образ отца характеризуется большей позитивностью, папа представляется понимающим, одобряющим, предоставляющим достаточно автономии.

В данном исследовании всё внимание направлено на изучение интрапсихического, внутриличностного пространства ребёнка/подростка, межперсональное пространство (семейное окружение) остаётся неизученным. В дальнейшем нам представляется важным привлечение к исследованиям самих отцов с целью более полного и всестороннего понимания детско-родительских (в частности детско-отцовских) отношений и выделения в случаях необходимости возможных мишеней психологической помощи детям и их семьям.

Литература

1. Берлингейм Д. Доэдиповы отношения между отцом и ребенком [электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. - №2.
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004, - 232 с.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2003. – 315 с.
4. Калина О.Г., Холмогорова А. Б. Значение отца для развития ребенка (на материале зарубежных исследований) // Семейная психология и семейная терапия. – 2006. - №1. – С. 87 – 99.
5. Калина О.Г., Холмогорова А. Б. Роль отца в психическом развитии ребёнка. – М., 2011. – 112 с.
6. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 528 с.
7. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007. – 390 с.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Изучение сложной системы взаимоотношений между врачом и пациентом, которая складывается в ходе лечения, является одной из наиболее актуальных проблем современной медицинской психологии [3, 6 – 9]. Комплексное изучение этого вопроса имеет существенное значение как для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий для больных, так и для профилактики эмоционального выгорания медицинских специалистов. Известно, что одним из наиболее важных параметров любых межличностных взаимоотношений, в том числе между врачом и пациентом, является доверие [1 – 5, 9, 10].

Несмотря на актуальность, феномен доверие в системе «врач – пациент» остается практически неисследованным. Сложность, многоаспектность, высокая динамичность и полифакторность формирования этого конструкта в значительной степени затрудняет его комплексное изучение [4, 9]. На сегодня не определены его структурные, уровневые и типологические особенности у разных категорий больных и медицинских специалистов; не выделены основные психологические и социально-психологические факторы его формирования, механизмы и закономерности функционирования и пр.

Таким образом, целью данной работы было определить типологические особенности доверия в системе отношений врача и пациента.

В исследовании приняли участие 30 врачей: 16 психиатров и 14 неврологов (17 женщин и 13 мужчин в возрасте от 32 до 69 лет). Обследовано 103 пациента: 54 больных с неврологическими расстройствами (НР), среди них пациенты с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга и с рассеянным склерозом (34 женщины и 20 мужчин в возрасте 21 – 62 года). 49 больных с психическими расстройствами (ПР): с шизофренией и шизотипическими расстройствами; с рекуррентным депрессивным расстройством легкой и умеренной степени тяжести (21 женщина и 28 мужчин, в возрасте от 21 года до 65 лет).

В процессе исследования применялись следующие методы: наблюдение, психодиагностический и математико-статистический. Психодиагностический метод был реализован с помощью методики оценки доверия/недоверия в системе взаимоотношений «врач – пациент» (вариант для пациентов) (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. А. Бородавко, 2011) и методики оценки доверия/недоверия в системе взаимоотношений «врач – пациент» (вариант для врачей). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью метода установления достоверности различий выборок по χ^2 -критерию Фишера.

В своем исследовании мы рассматривали доверие в отношениях врача и пациента в двух аспектах. Во-первых, как институциональное доверие, т.е. отношение к социальным ролям «врач» и «пациент»; общую установку на доверие к представителям данных социальных ролей и институту здравоохранения в целом (у пациентов). Во-вторых, как специфическую форму межличностного доверия, которая складывается в ходе лечебно-реабилитационного процесса между пациентами и медицинскими специалистами и имеет определенные уровневые и содержательные характеристики [9].

На основании результатов собственных исследований и анализа литературных данных мы выделили основные структурные компоненты доверия в системе взаимоотношений «врач – пациент».

У медицинских специалистов структура доверия к больному включает следующие компоненты: 1) представления о личностных качествах и типичном поведении больного в ходе лечения; 2) оценка его комплайентности; 3) конвергентность мировоззренческой направленности; 4) положительное эмоциональное отношение к нему.

Основными компонентами доверия больного к врачу являются: 1) осведомленность о профессиональных и личностных качествах медицинского специалиста; 2) представление о его профессиональной компетентности; 3) конвергентность мировоззренческой направленности; 4) положительное эмоциональное отношение к нему; 5) ролевые ожидания. Для диагностики уровня и типов доверия необходимо учитывать как степень выраженности данных компонентов, так и особенности их соотношения между собой [2, 9].

На основании анализа структурных особенностей доверия в системе «врач-пациент» были разработаны критерии диагностики его уровня и типов.

Критериями диагностики уровня доверия являются: 1) степень выраженности основных его структурных компонентов; 2) уровень открытости врача и пациента в ходе общения; 3) субъективная оценка больных необходимости оказания им медицинской помощи (у пациентов). Критериями диагностики типов доверия выступают: 1) уровень доверия; 2) особенности его структуры; 3) характер репрезентации партнера по взаимодействию; 4) распределение ответственности за результат лечения [2, 9].

На основании данных критериев были выделены основные типы доверия врача к пациенту: 1) реалистический, 2) рационалистический, 3) эмоциональный и 4) интегративный.

Реалистический (30,00 %) тип характеризует доверие, которое имеет низкий уровень и основано на обобщенном, стереотипном восприятии образа пациентов в сочетании с эмоционально нейтральным отношением к ним и склонностью к противопоставлению собственной ответственности и ответственности больных за результат лечения.

Рационалистический (26,67 %) – характеризует доверие, которое имеет умеренный уровень и основывается на осведомленности о типичном поведении пациентов в ходе лечения и оценке их комплайентности, предполагает эмоционально нейтральное отношение к ним и противопоставление системы ответственности.

Для **эмоционального (23,33 %)** типа характерны умеренное доверие, которое формируется на основании эмоционального отношения к пациентам, а также положительная репрезентация образа больных, склонность возлагать ответственность за результат лечения исключительно на себя.

Интегративный (20,00 %) (наиболее конструктивный) тип – характеризует доверие умеренного уровня, которое основано на оценке комплайентности пациентов, эмоциональном отношении к ним и конвергентности мировоззренческой направленности, а также отражает позитивную репрезентацию образа больных и способность разграничивать собственную ответственность и ответственность пациента за результат лечения.

В целом у врачей, независимо от специальности, преобладают реалистический и рационалистический типы доверия к больному. У неврологов, по сравнению с психиатрами психиатров, несколько чаще отмечается эмоциональный тип и реже – рационалистический, хотя значимых различий между данными показателями у них не диагностировалось. С возрастом и с увеличением стажа работы у врачей возрастает удельный вес рационалистического типа ($p < 0,05$). Мужчины больше, чем женщины проявляют рационалистический тип ($p < 0,05$) и меньше – эмоциональный ($p < 0,05$).

Были также определены основные типы доверия к врачу у больных с НР и ПР, а именно – 1) идеалистический, 2) эмоциональный, 3) рационалистический, 4) интегративный, 5) индифферентный и 6) амбивалентный.

Идеалистический (36,15 %) тип отражает высокий уровень доверия к медицинскому специалисту, некритичное восприятие его образа, завышенные, нереалистичные ожидания больных при взаимодействии с ним и склонность к его идеализации, низкий уровень собственной ответственности за результат лечения.

Эмоциональный (21,69 %) – характеризуется высоким уровнем доверия к медицинскому специалисту, которое основывается на эмоционально положительном отношении к нему, а также склонностью возлагать ответственность за результат лечения исключительно на врача.

Рационалистический (13,25 %) тип характеризуется высоким уровнем доверия к врачу, которое основано на представлениях о его профессиональной компетентности и ролевых ожиданиях, нейтральным эмоциональным отношением к нему, а также низким уровнем собственной ответственности.

Интегративному (13,25 %) (наиболее конструктивному) типу присущ умеренный уровень доверия к врачу, который основывается на представлениях о профессиональной компетентности медицинского специалиста в сочетании с положительным эмоциональным отношением к нему и конвергентностью мировоззренческой направленности, а также положительная репрезентация его образа, способность распределять собственную ответственность и ответственность врача за результат лечения.

Индифферентный (12,05 %) тип характеризуется низким уровнем доверия к медицинскому специалисту, эмоционально нейтральным, отстраненным отношением к нему, низкой степенью собственной ответственности за результат лечения.

Амбивалентный (3,61 %) тип предполагает низкий уровень доверия к врачу и характеризует парадоксальное, противоречивое восприятие его образа, а также склонность возлагать ответственность за результат лечения исключительно на врача.

По данным исследования, у больных с НР и ПР превалирует идеалистический тип доверия к врачу. Интегративный и эмоциональный типы чаще отмечаются у пациентов с НР, чем у больных с ПР ($p < 0,05$). Индифферентный и амбивалентный – диагностируются лишь у пациентов с ПР, что отражает особенности их когнитивных, эмоциональных и личностных нарушений. С возрастом и с увеличением длительности заболевания у больных увеличивается представленность идеалистического (при НР) ($p < 0,05$), индифферентного (при ПР) ($p < 0,05$) и амбивалентного (при шизофрении) ($p < 0,05$) типов и уменьшается удельный вес интегративного ($p < 0,05$). Мужчины больше склонны проявлять рационалистический тип ($p \leq 0,01$), а женщины – эмоциональный ($p \leq 0,01$).

Таким образом, выделены и описаны основные типы доверия врача к пациенту (реалистический, рационалистический, эмоциональный, интегративный) и пациента к врачу (идеалистический, эмоциональный, рационалистический, интегративный, индифферентный, амбивалентный). Показана их взаимосвязь с возрастными и гендерными особенностями

медицинских специалистов и больных, а также с клиническими характеристиками пациентов (нозологическая принадлежность, длительность заболевания). У врачей, независимо от специальности, преобладают реалистический и рационалистический типы доверия к пациенту. С возрастом и с увеличением стажа работы у них увеличивается представленность рационалистического типа. Женщины больше склонны проявлять эмоциональный тип, тогда как мужчины – рационалистический. У больных с НР преобладают идеалистический и эмоциональный типы, а у пациентов с ПР – идеалистический и индифферентный. С возрастом и с увеличением длительности заболевания у больных с НР увеличивается представленность идеалистического типа, а у пациентов с ПР – индифферентного и амбивалентного (при шизофрении). Для женщин более характерен эмоциональный тип, а для мужчин – рационалистический. Полученные данные могут быть использованы в медико-психологической практике при разработке психокоррекционных и психообразовательных программ для пациентов, а также коммуникативных тренингов для врачей, направленных на оптимизацию их взаимоотношений.

Литература

1. Антоненко И. В. Социально-психологическая концепция доверия / И. В. Антоненко. – М.: Изд-во «Наука», 2006 – 245 с.
2. Бородавко О. О. Психодіагностика та психологічні чинники формування довіри в системі взаємин «лікар – пацієнт»: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Бородавко О. О. – Харків, 2013. – 20 с.
3. Клиническая психология: [учебник] / под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2 – е изд.]. – СПб.: Питер, 2006. – 960 с.
4. Купрейченко А. Б. Психология доверия и недоверия / А. Б. Купрейченко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 571 с.
5. Скрипкина Т. П. Психология доверия: Учебное пособие / Т. П. Скрипкина. – М.: Изд. Центр «Академия», 2000. – 264 с.
6. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, № 4. – С.30 – 32.
7. Шестопалова Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу у хворих на психічні та неврологічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, № 2 (67). – С. 74 – 76.
8. Шестопалова Л. Ф. Особенности формирования терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 9-12.
9. Шестопалова Л. Ф. Роль доверия в процессе формирования терапевтического альянса у пациентов с неврологическими и психическими

заболеваниями / Л. Ф. Шестопалова, О. А. Бородавко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы пограничной психической патологии (био психосоциальный подход)». – Курск: КГМУ, 2013. – С. 340 – 344.

10. Weber L. Social Construction of Trust / L Weber, A. Carter. – The Kluwer Academic. Plenum Publishers, 2002. – 184 p.

Проявление индивидуально-личностных особенностей в системе межличностных отношений подростков.

Ширяев А.А.

Курский государственный медицинский университет (г. Курск, Россия).

В настоящее время, большинство исследований сходятся в признании огромного значения, которое имеет для подростков общение со сверстниками, занимающее важную роль в жизни подростка, во многом определяющее все остальные стороны его поведения и деятельности.

Природа межличностных отношений в любых общностях достаточно сложна. В них проявляются как сугубо индивидуальные качества личности – её эмоциональные и волевые свойства, интеллектуальные возможности, так и усвоенные личностью нормы и ценности общества. В системе межличностных отношений подросток реализует себя, отдавая обществу воспринятое в нем. Именно активность личности, её деяния являются важнейшим звеном в системе межличностных отношений. Вступая в межличностные отношения самых разнообразных по форме, содержанию, ценностям, структуре человеческих общностях – в детском саду, в классе, в дружеском кругу, в различного рода формальных и неформальных объединениях, - подросток проявляет себя как личность и представляет возможность оценить себя в системе отношений с другими.

Немалую роль в формировании личности подростка играет подростковое общество (референтная группа) - значимая для подростка группа, чьи взгляды он принимает. Это может быть и дворовая компания, и класс, и друзья по кружку, и соседские ребята по этажу. Такая группа является большим авторитетом в глазах ребенка, чем сами родители, и может влиять на его поведение и отношения с другими. И именно к мнению членов этой группы подросток будет прислушиваться. Именно в ней он будет пытаться утвердиться.

Нарушение внутрисемейного взаимодействия (неполная семья, потеря родителей и т.п.) приводит к нарушению формирования личности, которые наиболее сильно проявляются в подростковом возрасте. В рамках данного исследования потеря родителей рассматривается как кризисная ситуация. В общенаучном смысле кризисная ситуация определяется как тяжелое состояние, вызванное какой-либо причиной или как резкое изменение статусов персональной жизни (Осипова А.А. 2006). Находясь в ситуации

потери родителей, у подростков нарушается целостность формирования образов окружающего мира. Эти образы, как правило, начинают носить фрагментарный характер.

Рассматривая внутрисемейное взаимодействие как источник процесса социализации необходимо отметить, что именно взаимоотношения в семье оказывают существенное влияние на формирование индивидуально-личностных особенностей подростка и особенности их реализации.

Изучение внутрисемейного взаимодействия осуществляется с различных аспектов: особенности воспитания ребенка и отношение к нему родителей, личностные особенности ребенка как результат семейных воздействий, особенности личности родителей, характер супружеских отношений и т.п.

Учитывая особенности подросткового возраста на формирование представлений помимо внутрисемейного взаимодействия существенное влияние оказывают и взаимоотношения со сверстниками. Основываясь на теории Д.Б. Эльконина о ведущем типе деятельности как критерии возрастной периодизации развития, в подростковом возрасте ведущим типом деятельности является непосредственное общение со сверстниками.

Таким образом, целью работы является изучение роли индивидуально-личностных особенностей в системе отношений подростков оставшихся без попечения родителей.

Исследование проводилось на базе средних общеобразовательных школ и школ-интернатов г. Курска. Экспериментальные группы составили 40 подростков, проживающих в полных семьях и их родители (40 человек), контрольную группу составили 40 подростков, оставшихся без попечения родителей.

Исследование осуществлялось при помощи психодиагностической методики: тест Т. Лири, и проективной методики: тест Сонди. Обработка результатов проводилась при помощи пакета STATISTICA 6.0.

В результате исследования представлений у подростков, проживающих в полных семьях, у 80% выявлены позитивная система взаимоотношений, а так же высокая степень сближенности. При этом преобладают авторитарный, зависимый и альтруистический тип взаимоотношений.

У родителей так же преобладает позитивная система взаимоотношений (64%) при преобладании авторитарного, зависимого и альтруистического типа взаимодействия. При исследовании значимости различий у родителей выявлены значимо более высокие показатели по авторитарному ($p=0.0045$), зависимому ($p=0.0002$) и альтруистическому ($p=0.0031$).

У подростков, оставшихся без попечения родителей в 77% случаев выявлено негативное, подавленное эмоциональное состояние, и негативная система взаимоотношений. На основании результатов теста Сонди можно говорить о преобладании садистических и эпилептоидных влечений ($U_{\text{эмп}}=548,5$; $U_{\text{кр}}=628$), которые не свойственны подросткам из полных

семей. При этом значимо преобладают эгоистический ($p=0.0039$), зависимый ($p=0.0003$), авторитарный ($p=0.0011$) типы отношений по сравнению с подростками проживающих в полных семьях.

В результате проведенного исследования выявлены следующие тенденции. Во-первых, у подростков проживающих в полных семьях и их родителей наблюдается положительная система проявлений индивидуально-личностных особенностей, что проявляется в адекватной форме отношений. При этом более низкие показатели уровня реализации по авторитарному, зависимому и альтруистическому типам отношений у подростков, проживающих в полных семьях по сравнению с их родителями свидетельствует о наличии собственной структуры личностных особенностей, которые являются следствием влияния общения со сверстниками. Во-вторых, индивидуально-личностные особенности подростков, оставшихся без попечения родителей, характеризуется негативной эмоциональной окраской и реализуются в эгоистическом, зависимом, авторитарный типах отношений, а так же наличием садистических и эпилептоидных влечений по сравнению с подростками проживающих в полных семьях, что связано с отсутствием позитивного опыта внутрисемейного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 288с.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М., 1968.-446 с.
3. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии. Собр. соч. Т.4. М., 1984.
4. Григорьева Т.Г., Линская Л.З. , Усольцева Т.П. "Основы конструктивного общения. "Методическое пособие для преподавателей" - Новосибирск: Издательство Новосибирского университета, М, Совершенство. - 1997.
5. Донцов А.И. Проблема групповой сплоченности. - М., 1979.
6. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. — Р. н/Д, 2006
7. Петровский А.В. Феномен субъектности в психологии личности / Автореф. док. дисс. - М., 1993. - 70 с.
8. Рубинштейн С.Л, «Основы общей психологии» СПб.1998г.

О ВЛИЯНИИ ВОЛОНТЁРСТВА НА ПРОЦЕСС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТА-КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА НА ПРИМЕРЕ
ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДЕТСКОМ ДОМЕ-
ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Шокалюк О. В.

Процесс профессиональной подготовки, обучения специалиста-клинического психолога бывает направлен, в основном, на аккумуляцию теоретических знаний, на возбуждение мыслительной деятельности, в то время как его включение в профессиональную среду ограничено в силу объективных обстоятельств, несовершенством нормативно-правовой базы, в частности поверхностным знакомством с деятельностью практикующих специалистов, с формальными аспектами работы клинического психолога, с организацией психологической помощи в медицинских и образовательных учреждениях. Такой разрыв между образованием и профессиональным становлением, «между знанием теории и реализацией на практике профессиональных ролей» [1], позволяет преодолеть волонтерское движение.

Добровольная общественная деятельность становится всё более распространённым явлением, «идеей социального служения», имеющей давнюю историю и с течением времени приобретшей черты молодёжной субкультуры со своей системой ценностей, норм, стереотипов поведения [3, 6]. Волонтерство определяется как «добровольное принятие обязанностей по оказанию безвозмездной социальной помощи, услуг, патронажа над инвалидами, больными и престарелыми, а также лицами и социальными группами населения, оказывающимися в сложных жизненных условиях» [7].

Волонтерство способствует сближению между образованием и другими социальными институтами [4], ослаблению разрыва между научной и практической деятельностью клинического психолога. Добровольная, безвозмездная профессиональная деятельность студента в сотрудничестве с коллективом специалистов и волонтеров является одним из путей развития способности к налаживанию отношений в профессиональном взаимодействии, способом формирования и применения нравственных нормативов в деятельности клинического психолога, приобретения трудовых навыков [3, 6]. Неразрывность интеллектуального, нравственного и трудового воспитательного процесса способствует гармоничному развитию профессиональной идентичности [4, 5] и овладению профессиональными компетенциями специалиста.

Студент-психолог в ходе волонтерской работы погружается в профессиональную среду, не только знакомится, но и примеряет на себя роль специалиста, учится ставить профессиональные задачи и выполнять их, брать на себя ответственность за качество выполняемой работы, за воздействие, оказываемое на людей, с которыми соприкасается клинический психолог в своей профессиональной деятельности. Добровольность такой работы предполагает, что студент самостоятельно, осознанно осуществляет выбор пути освоения профессии, то есть становится активным и «подлинным субъектом своего личностного и профессионального развития» [2], а не пассивным слушателем теоретических и формально-практических курсов.

В детском доме-интернате для умственно отсталых детей (ГБУСО "Бельско-Устьенский детский дом-интернат") ежегодно проводится летний лагерь, организуемый центрами помощи детям-сиротам. Целью данного проекта является привнесение разнообразия в распорядок жизни детского дома, побуждение интереса воспитанников интерната к внешнему миру, к творческой активности, к взаимодействию с другими людьми. Мы приходим к предположению о том, что добровольческая деятельность студента-психолога (как и вообще представителя «помогающей профессии») в рамках данного проекта качественно воздействует на систему ценностей и мотивов, на отношение к профессиональной роли, к процессу обучения.

Волонтерская деятельность в психоневрологическом детском доме заключалась в организации и проведении творческих, игровых, развивающих занятий в группах для детей, имеющих умственную отсталость преимущественно умеренной и тяжелой степени тяжести. Она потребовала актуализации имевшихся на тот момент теоретических знаний и восполнения недостающих посредством углублённого изучения учебно-методических пособий и монографий, посвященных олигофренопедагогике, дефектологии. Полученные из этих источников знания о нейродинамических особенностях, о специфике когнитивных и эмоционально-волевых процессов, о структуре дефекта при олигофрении по возможности безотлагательно находили опытное применение при организации занятий с учётом зоны ближайшего развития ребёнка; позволили сформировать адекватные ожидания от результативности взаимодействия с умственно отсталыми детьми, ориентироваться на более гибкие критерии оценки, нежели при работе с условно здоровым ребёнком.

Опыт работы с умственно отсталыми детьми был получен до ознакомления с курсами специальной психологии, детской клинической психологии, психологии аномального развития, и это оказало влияние на последующее обучение. Теоретический материал находил сопоставление с полученными в ходе волонтерской работы наблюдениями, становился благодаря соединению с чувственными образами наиболее доступным, ранжировался по степени полезности и применимости в практике.

Волонтерство в социальных учреждениях, способствует переосмыслению учебного процесса, актуализации мотивов учебно-профессиональной деятельности, ориентированию студента на работу по специальности по окончании ВУЗа, включению теоретических положений при организации практической работы.

К сожалению, стоит отметить, что студенческая общественность мало уделяет внимания этому важному направлению деятельности. Озабочиваясь формами организации самодеятельности и воспитательной работы, студенческие активы зачастую отдают приоритет разнообразным формам досуга, забывая о главной цели своей профессиональной подготовки.

Литература.

1. Вязова Н. В. Профессиональное волонтерство как средство

формирования личностного компонента готовности будущего психолога к инновационной деятельности // Вестник Тамбовского Университета. – 2008. - №1. – с. 24-33.

2. Зачиняева Е. Ф. Профессионально-ориентированное волонтерство как средство развития профессиональной идентичности будущих специалистов // Вектор науки Тольяттинского Государственного Университета. – 2011. - №3. – с.134-137.

3. Носова Ю. И. Волонтерство как социально-культурный феномен: генезис и основные характеристики // Вестник Казанского Государственного Университета культуры и искусств. – 2012. - №3-1. – с. 62-65.

4. Сикорская Л. Е. Волонтерство как форма трудового воспитания студенческой молодежи // Знание. Понимание. Умение. – 2009. - №1. – с. 163-168.

5. Сикорская Л. Е. Волонтерство как фактор формирования гуманистической направленности личности студента в современном обществе // Знание. Понимание. Умение. – 2006. - №1. – с. 211-213.

6. Холина О. И. Волонтерство как социальный феномен современного Российского общества // Теория и практика общественного развития. – 2011. - №8. – с. 71-73

7. Словарь терминов по теории социальной работы под ред. Е. С. Медведевой URL: <http://voluntary.ru/dictionary/853/word/volonterstvo> (дата обращения: 14.10.2013)

Содержание

ЗДОРОВЬЕ КАК ЦЕННОСТЬ И РЕСУРС: МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСКУРС <i>Лазаренко В.А., Никишина В.Б.</i>	4
СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ К РОДИТЕЛЯМ У ПОДРОСТКОВ С ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛИЗАЦИИ <i>Алехин А.Н., Локтева А.В.</i>	7
АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ППАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТА АКЦЕНТУАЦИИ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА <i>Бендрик О.Е.</i>	11
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНИМАНИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛОГОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ <i>Борейша Е.А., Сабо Ю.С., Усачёва Е.А.</i>	15
ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ БЕРЕМЕННОСТИ, ОТЯГОЩЕННЫЙ АБОРТОМ <i>Блюм А.И.</i>	18
КРИТЕРИАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В СИСТЕМЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Н.П. Булгаков, Е.А. Петраш</i>	23
ЖИЗНЕННЫЕ СТРЕМЛЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i>	25
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ <i>Виниченко М.А.</i>	30
КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ВНУТРИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ <i>Волкова Н.Ю.</i> ..	35
Клинико-психологический подход в изучении удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей <i>Гаврилова М.В.</i>	38
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ <i>Газазян М.Г., Мазепкина И.Н., Вдовина И.Н.</i>	42
ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА <i>Глушкова В.П., Черникова О.К.</i> ..	44

СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ НЕХИМИЧЕСКИХ ВИДОВ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ <i>Головина Е.А., Кузнецова А.А.</i>	48
Историко-психологический анализ содержания представлений о психологическом здоровье <i>Голубь А.А.</i>	52
ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Голубятникова В.И.</i>	56
Структура автобиографической памяти у алкозависимых на различных стадиях выздоровления <i>Гурьев В.С.</i>	58
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ <i>Долганова Н.П.</i>	63
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, Россия.....	64
СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ <i>Дрёмова Н.Б. Соломка С.В.</i>	68
СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО НЕЗДОРОВЬЯ В ОБЩЕСТВЕ <i>Забелина Н.В.</i>	71
МЕСТО ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ СТИЛЯ ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ <i>Зайцева А.Э.</i>	74
ОТНОШЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ КАК ПРЕДИКТОР СОСТОЯНИЯ ЗАВИСИМОСТИ <i>Запесоцкая И.В.</i>	79
БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ОСОБАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА <i>Земзюлина И.Н., Дремина Т.Ф.</i>	82
ПРИНЯТИЕ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ В КОНТЕКСТЕ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ <i>Земзюлина И.Н.</i>	85
ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ <i>Золотухина Ю. В.</i>	88
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ <i>Кожина А.М., Зеленская Е.А.</i>	93

АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ <i>Г.Ю. Козловская</i>	97
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО И НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА <i>Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Струкова А.А., Епихина А.А. Шелухина А.Н</i>	102
МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Коростий В.И.</i>	105
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ДОЛЖНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>А.А.Кузнецова</i>	109
ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ В РАБОТАХ Т.ПАРСОНСА <i>Кульсеева Т.Г.</i>	113
ДИССОЦИАТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ <i>Купреева К.С.</i> ...	117
СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ <i>Лещина И.В., * Гавенко В.Л., * Мозговая Т.П., * Федорченко С.В.</i>	120
ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ И ДЕТСКОМ ДОМЕ НА ИХ ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ <i>Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Горетая М.О., Шелухина А.Н., Жукова С.А.</i>	123
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Мариничева Г.Н., Самодова И.Л</i>	126
Психосоматизация заболеваний в офтальмологии <i>Медведева М.В.</i>	131
ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЦП <i>Мещерякова А.В.</i>	132
ОБРАЗ ТЕЛА У ЛЮДЕЙ С ФАНТОМНО-БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Миняхина К.А. (Научный руководитель – Никишина В.Б.)</i>	137

РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ <i>Михайлов В.Б.</i>	141
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА <i>Молчанова Л.Н.</i>	142
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ <i>О.В. Муравьева, Т.Н. Разуваева</i>	147
Трансформация понятия «Здоровье» в современном мире <i>Муштенко Н.С</i>	152
ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОЙ Я-КОНЦЕПЦИИ СТУДЕНТОВ- ПЕРВОКУРСНИКОВ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ <i>Никитина Е.А.</i>	157
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДОЛОГИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ ОПРОСНИКА ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ <i>Никишина В.Б., Петраш Е.А., Реутова Н.В.</i>	161
ОПРОСНИК ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ: МЕТОДОЛОГИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ <i>Никишина В.Б., Петраш Е.А., Реутова Н.В.</i>	164
Установки на здоровье: внутривидовый и межвидовый уровень дифференциации <i>Недуреева Т.В., Демина Д.С.</i>	172
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ <i>Попенко Н.В., Логинова И.О., Попенко А.Н.</i>	177
СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ СЕМЕЙНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ <i>Поспелова Т.Г.</i>	181
МЕЖПОЛУШАРНАЯ АСИММЕТРИЯ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕДПОСЫЛКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ <i>Реброва Н.П.</i>	184
ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Редькин А.И., Молчанова Л.Н.</i> ...	188

СЕМЕЙНЫЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ при психическом дизонтогенезе <i>Семакова Е.В., Макарова И.Ю.</i>	193
МЕХАНИЗМЫ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. <i>Сергеева М.В.</i>	197
КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ В ДИАДЕ МАТЬ-РЕБЕНОК В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ <i>Симоненко И.А.</i>	200
личность медицинской сестры: причины и факторы ее изучения <i>Смирнова С.В., Курылева Н.В., Невская Т.В.</i>	204
Социально-психологические аспекты криминального агрессивного поведения в молодежной среде <i>Смирнова С.В., Овчинникова И.В.</i>	206
ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ СТУДЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ <i>Солонникова Н. В. Научный руководитель: Кузнецова А.А.</i>	210
ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИДЕНТИЧНОСТИ В КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Сотников В.А.</i>	213
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Степашов Н.С., Конопля А.И.</i>	218
Совместная деятельность детей младшего школьного возраста как одно из условий развития отношений сотрудничества и социального интереса <i>Сурьянинова Т.И. Смирнов Н.В.</i>	222
ДИНАМИКА И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ <i>Тарасова Н. В.</i>	225
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА (ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ) <i>Тишин А.Н.</i>	230
ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Ткачева О.Ю., Яцун А.С.</i>	234
ЛИНГВОСЕМАНТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ. <i>Ткаченко Д.В.</i>	236

Медико-социальные и клинико-психологические факторы профессионального здоровья медицинских работников <i>Уварова Л.Ф., Михайлова А.И., Недуруева Т.В.</i>	239
О ВОССТАНОВЛЕНИИ СМЫСЛООБРАЗОВАНИЯ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ <i>Уханов К.А., Цветков А.В.</i>	244
БОЛЕЗНЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА <i>Фетисова А.С., Сурьянинова Т.И., Артамонова В.С.</i>	247
ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ КАК КУЛЬТУРНАЯ ДОМИНАНТА СОВРЕМЕННОСТИ <i>Цветков А.В.</i>	252
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ «СПАЙСОМ» И ДРУГИМИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ <i>Черепанов А.В.</i>	254
ДИССОЦИАТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ КАК ФАКТОР ДЕФОРМАЦИИ СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ <i>Чернышева А.В.</i>	259
ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ У БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К МЛАДШИМ ШКОЛЬНИКАМ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ <i>Черкасова С.А.</i>	263
ИССЛЕДОВАНИЕ ОПРОСНИКА SP – 36 КАК КРИТЕРИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ <i>Шаповалов Р.Г., Силина Л.В.</i> ..	267
ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Шварц Н.Е.</i> ..	271
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ФИГУРЫ ОТЦА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Шевченко А.В.</i>	273
ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ <i>Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко</i>	277
Проявление индивидуально-личностных особенностей в системе межличностных отношений подростков. <i>Ширяев А.А.</i>	282
О ВЛИЯНИИ ВОЛОНТЁРСТВА НА ПРОЦЕСС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТА-КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА НА ПРИМЕРЕ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДЕТСКОМ ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ <i>Шокалюк О. В.</i>	284
