

**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**

**II ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**  
**С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЁННАЯ 77-ЛЕТИЮ**  
**КГМУ**

**22-23 НОЯБРЯ 2012 Г.**

**КУРСК**

**УДК 159.9:616.88(06)**  
**ББК 88:5я7**  
**П86**

**Печатается по решению**  
**редакционно-издательского**  
**совета ГБОУ ВПО КГМУ**  
**Минздрава России**

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященный 77-летию КГМУ. – Курск: КГМУ, 2012. - 405

#### **Редакционная коллегия**

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

#### **Члены редакционного совета:**

1. Лазаренко Виктор Анатольевич – академик РАЕН, д.м.н., профессор, ректор Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПО Курского государственного медицинского университета.
2. Калуцкий Павел Вячеславович – д.м.н., профессор, проректор по 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 – к.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. Марадзе Лейла Маиловна – аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

**ББК 88:5я7**

© Коллектив авторов, КГМУ, 2012

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2012

## ФЕНОМЕН ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ДИАЛЕКТИКА ОТНОШЕНИЙ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

*Ректор Курского государственного медицинского университета,  
д.м.н., профессор Лазаренко В.А.  
г. Курск, Россия*

Здоровье так же заразительно, как и болезнь.  
Р.Ролан

В настоящее время проблема человеческого здоровья является приоритетной как на официальном уровне – в Правительстве и на слушаниях в Государственной Думе регулярно обсуждаются вопросы о принятии государственных мер по защите здоровья населения Российской Федерации, реализуется национальный проект «Здоровье», принята к исполнению Концепция демографической политики на период до 2025 г.; подготовлен проект «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», так и на уровне постулируемых культурных и социальных установок. Однако официальный формат усилий, предпринимаемых в направлении сохранения здоровья населения, вступает в противоречия с реалиями российской действительности.

Усиление акцента на здравоохранительной тематике свидетельствует о том, что органы государственной власти активнее стремятся позиционировать себя как социально ориентированные, способствующие развитию человеческого потенциала страны. В этом прослеживается общеевропейская тенденция формирования государственной политики, направленной на поддержку социального капитала и развитие институтов гражданского общества, с одной стороны. С другой стороны, даже официальная статистика констатирует тенденции роста и дифференциации общего нездоровья населения.

Последнее столетие в системе научных координат представления медицины и психологии в отношении феномена здоровья реализовывались параллельно. Пересечения объектно-предметной области наук возникали при соприкосновении с пространством болезни. Точкой соприкосновения при этом являлась психосоматическая медицина и психология внутренней картины болезни. В вопросах, связанных с дефиницией здоровья, медицина, так же, как и тысячу лет назад, сосредоточена на феноменах, процессах, механизмах телесного здоровья и по праву считает себя хозяйкой в этой области. Психология претендует на территорию психического здоровья и в этом пространстве реализует свои теоретические и эмпирические изыскания. В результате возникает совершенно абсурдная с точки зрения формальной логики ситуация, в которой физическое здоровье может существовать без психического и наоборот. При этом реальность доказывает, что физическое и психическое здоровье являются не только не параллельно организованными субстанциями, и даже не сторонами одной медали, а скорее их отношения

определяются принципом комплементарности. Это образное обозначение может стать метафорой отношений медицины здоровья и психологии здоровья.

Современная медицина и психология ищут точки соприкосновения, создавая концепции здоровья и болезни, опираясь на опыт предшествующих научных изысканий, противоречиво сочетающих две просветительские тенденции, идущие от Д. Дидро и Ж.-Ж. Руссо: понимание прогресса как безусловного блага и абсолютного совершенства человека в его «натуральном» воплощении, которого культура только портит. Результатом этой логически несовместимой тенденции для человечества стало появление специфической «культурной патологии».

«Здоровье» и «болезнь» относятся к числу тех диалектических, взаимодополняющих понятий, которые в принципе не могут быть однозначно определены, и их постоянное осмысление, переоценка приводит к становлению нового знания, к формированию более целостного взгляда на феномен человека.

Пространство отношений здоровья и болезни, особенно на житейском уровне, наполнено парадоксами. Парадокс первый: фактически все люди называют здоровье в качестве одной из главных жизненных ценностей (Болезнь никому не хочется!). Но, при этом, подавляющее большинство людей ведет себя так, будто хочет всячески этому своему здоровью навредить: неумеренно пьют, курят, мало двигаются, переедают или, наоборот, изнуряют себя диетами, не обращаются вовремя за медицинской помощью. Парадокс второй: декларируют, что лучше жить здоровыми и богатыми, чем бедными и больными. Однако, в странах с высоким уровнем жизни, высоким уровнем развития медицины и высоким индексом соматического здоровья ниже рождаемость и больше психических расстройств и нарушений. Психотерапевты требуются богатым и физически тренированным голливудским звездам гораздо чаще, чем простым людям. Исходя из этих противоречий, здоровье перестает быть ценностью, а являет собой лишь необходимое условие для выполнения какой-то иной главной цели, ради которой можно и здоровьем пренебречь, и образ ситуативного благополучия становится основным в жизни человека. Таким образом, тезис об обществе потребителей приобретает смысл самообманывающегося общества. Указанную тенденцию можно преодолеть только в том случае, если медицина и психология будут поддерживать идею, согласно которой здоровье (соматическое и психическое) являет собой ресурс, который передает поколениям, в противовес прежнему взгляду о том, что главной задачей человека, как и любого биологического существа является стремление выжить (забывая, что все люди умирают). Слишком легкая жизнь, жизнь потребителя – основа распространения расстройств и болезней, относимых к группе «культурной патологии». Техническая революция, в основе которой лежит идея удовлетворения любых потребностей без усилия, актуализирует проблему «нормальных психических расстройств» (депрессии,

социальных фобий, профессиональных стрессов и выгорания), обычных «приемлемых» болезней (остеохондроз, вегето-сосудистая дистония, и др.).

Ибн Сина (Авиценна) подчеркивал необходимость не только изучения и лечения болезней, но и научного постижения основ здоровья, тщательного исследования «режима (образа жизни) здоровых людей». Он выделил в медицинской науке две части — теоретическую и практическую. Последняя, в свою очередь, также включает две составляющие. Это, во-первых, «изучение режима здоровых тел» — раздел, посвященный вопросам сохранения здоровья или «наука сохранения здоровья», и, во-вторых, «знание режима больного тела» — дисциплина, указывающая «путь возврата к здоровому состоянию» и обозначенная как «наука лечения».

Специалисты (В.В. Колбанов, Ю.П. Лисицын, А. Г. Щедрина и др.) отмечают ограниченность существующих определений социокультурного феномена «здоровье». В частности, основной недостаток большинства подходов к определению понятия здоровье заключается в их односторонности, и по существу они сводятся только к гигиенической программе существования человека. Термин «здоровье» как целостная характеристика состояния человека, должен включать в себя не только совокупность физических, психических, психологических, социальных характеристик и признаков здоровья индивида, но и интегрировать социально-культурные и психосоматические характеристики, делающие его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество. Ограниченности медико-биологических представлений о здоровье в условиях его формирования и развития можно избежать, если в анализ понятия «здоровье» включить социально-философский аспект (В.И. Гуваков, В.П. Петленко, В.М. Розин и др.) и соотнести с идеями клинко-психологического подхода к пониманию феномена здоровья, причин и механизмов его формирования, сохранения ( Никифоров, А.Ш. Тхостов, В.М. Аллахвердов, Б. С. Братусь, Д. А. Леонтьев и др).

Систематизируя альтернативные подходы к исследованию феномена здоровья, выделим основные.

**Нормоцентрический подход:** здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм соматического и психического состояния индивида. Нормоцентрический подход как подход, акцентированный на оценочном отношении показателей здоровья по критерию выполнения– невыполнения определенных социальных функций, рассматривает здоровье как норму, болезнь – как патологию. Категоричность данной дихотомии упрощает картину мира, закрепляет стереотипы, формирует монополярные стандарты.

**Феноменологический подход:** проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты или вариации индивидуального, неповторимого «способа бытия-в-мире», они включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь вне ее.

Холистический подход: здоровье понимается как обретаемая индивидом в процессе его становления целостность, предполагающая личностную зрелость, интеграцию жизненного опыта и синтез фундаментальных противоречий человеческого существования.

Кросс-культурный подход: здоровье рассматривается как социокультурная переменная; его характеристики относительны и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира.

Аксиологический подход: здоровье выступает как универсальная человеческая ценность. Аксиологический подход был предложен еще Платоном, который в своем диалоге “Законы” поместил “здоровое состояние души” (наряду с разумением, справедливостью и мужеством) в иерархию человеческих и божественных благ. Современные аксиологические теории осмысливают здоровье и как основополагающую ценность культуры, и как ценностную ориентацию, определяющую социальное, биологическое и психическое бытие конкретного человека.

Интегративный подход: любые объяснительные принципы, модели и концептуальные схемы здоровья признаются адекватными способами его изучения на разных уровнях человеческого бытия.

Необходимо признать, что широкие и разнообразные трактовки здоровья порождают определенные трудности в работе с этим понятием. Его многочисленные определения зачастую несовместимы, а сам смысл здоровья становится изменчивым, текучим, многоликим и практически не фиксируется в своих границах.

Человечество в здоровье – это усилия, целеустремленность, самосовершенствование. Человечество в болезни – это неумеренность потребления, апатия, виртуализация отношений.

#### Литература:

1. Авиценна (Абу Али ибн Сина). Канон врачебной науки. — Ташкент, 1954. - Кн. 1.- С. 293.
2. Аллахвердов В.М. Размышление о науке психологии с восклицательным знаком. - СПб. : Формат, 2009
3. Братусь Б. С. Образ человека в гуманитарной, нравственной и христианской психологии // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. — М., 1999. — С. 67—91
4. Гуваков, В. И. Рефлексия как фактор организации и развития медицинского знания / В. И. Гуваков, Н. А. Комарова // Проблемы рефлексии. Современные комплексные исследования. - Новосибирск, 1987. - С. 168-171.
5. Дидро Д. Сочинения. В 2-х томах. – М.: Мысль, 1991.
6. Колбанов В.В. Валеология. М.: Деан, 2001. 256 с.
7. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. — М., 1997. — С. 63.

8. Лисицын Ю.П. Психологическая медицина: монография. Медицина (Татарстан), 2004. 147 с.
9. Платон. Законы // Собр. соч.: В 4 т. - М., 1994. - Т. 4.
10. Петленко В. П., Давиденко Д. Н. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность. — СПб., 1998. — С. 124.
11. Психология здоровья // Под ред. Никифорова Г.С. СПб.: Питер, 2006. - 607 с.
12. Розин В.М. Научные интерпретации предмета психологии (от парадигмы естественнонаучной к гуманитарной?) Психологический журнал, 1991, N 2.
13. Руссо Ж. Ж. Трактат о происхождении неравенства // Трактаты. — М., 1965.
14. Тхостов А.Ш. Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 96—107
15. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. Новосибирск: Наука. Сиб.отд-ние, 1989. 136 с.

## ТЕХНОЛОГИИ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

*Проректор по учебной работе Курского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Конопля А.И.*  
г. Курск, Россия

К настоящему времени при очевидном качественном росте современных медицинских технологий количество больных сокращается не в той степени, в которой хотелось бы, вследствие чего логичным является необходимость трансформации системы здоровьесбережения в медицине. Основными трансляторами установок и представлений о здоровье и болезни являются врачи. Ключевым этапом формирования установок и представлений о здоровье является допрофессиональный этап – этап профессионального образования. Соответственно, у медицинских ВУЗов помимо образовательной, есть еще и социальная миссия, которая заключается в мотивации здоровьесберегающего поведения будущих специалистов.

С другой стороны, одним из условий успешного формирования социально активной личности, является состояние собственного здоровья. При этом современный этап развития общества, в первую очередь урбанизация и отсутствие физических нагрузок, характеризуется ухудшением физического, психического и нравственного здоровья, понижением резервов жизнедеятельности человека. Анализ состояния здоровья молодежи убеждает в том, что существовавшая система его формирования является неэффективной, а новая находится в процессе становления. Отсутствуют как социальные, так и экономические возможности, способные повлиять на причины сдвигов здоровья отдельного

человека и нации в целом. Производимые социальные и образовательные изменения привели к внедрению в практику образования новых подходов к обучению и воспитанию молодежи. Теоретически образовательное развитие, происходящее под их влиянием, включает в себя целенаправленное развитие физического и психического потенциала человека, творческая реализация которого возможна только при сохранении и укреплении здоровья.

Анализ содержания приоритетных задач государственной политики позволяет говорить о том, что решение вопросов сохранения, укрепления, развития здоровья подрастающего поколения недостаточно рассматривается целостно в каком-либо определенном направлении процесса воспитания, а находит свое отражение во многих его направлениях фрагментарно.

По нашему мнению, современной российской высшей школе необходима целостная концепция здоровьесберегающего образования, в которой процесс сохранения и укрепления здоровья должен рассматриваться в двух аспектах: во-первых, в плане реализации внешних социокультурных условий жизнедеятельности человека и потребности в здоровье как условия благополучия (физического, психического и социального); во-вторых, в плане реализации внутренних условий, связанных с ответственностью человека за существование целостности своего бытия.

Анализ исследований в области здоровьесбережения и путей формирования здорового образа жизни (Н.А. Амосов, Л.П. Анастосова, Н.В. Барышев, И.И. Брехман, А. Гаврильчук, Д. Давиденко, В.И. Дубровский, Ю.П. Лисицын, В. Марков, А.В. Мартыненко, С.В. Попов, Ю.И. Смирнов, И.И. Соковня-Семенов, Г.М. Соловьев и др.) позволяет сказать, что имеющиеся наработки направлены в основном на решение профессионально-прикладной физической подготовки как предпосылки успешной трудовой деятельности прежде всего в плане собственно физического и психофизиологического, функционального, телесного ее обеспечения, а потому в меньшей степени в них уделяется внимание проблемам формирования черт характера, необходимых в современных условиях быстрого развития рыночной экономики.

Обучение студентов навыкам ведения здорового образа жизни велось в нескольких направлениях: физическое воспитание (Л.П. Гуреев, А.П. Матвеев, С.. Мельников, В.М. Качашкин, Г.И. Погадаев и др.), гигиеническое воспитание (Т.Н. Сердюковская, В.В. Стан, И.И. Соковня-Семенова и др.), нравственное воспитание (О.С. Богданова, В.Е. Гурин, И.А. Каиров, О.Д. Калинина, Б.Т. Лихачев, И.С. Марьенко и др.)

На сегодняшний день личностно ориентированная парадигма воспитания нашла свое концептуально-правовое выражение в ряде долгосрочных программных документов: Национальной доктрине образования, Концепции модернизации Российского образования на период до 2020 года, Федеральной программе развития образования, где одной из задач воспитания является задача формирования здорового образа жизни подрастающего поколения. Поэтому на сегодняшний день актуальной является разработка комплексной вузовской программы «Образование и



здоровье», которая позволила бы решать задачи создания условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья в ВУЗах; внедрения методологии, принципов и методов здоровьесберегающего образования, программно–технических средств по мониторингу, формированию, развитию и сохранению здоровья студентов и преподавателей вузов; осуществления медико-физиологического, социологического и психолого-педагогического контроля за состоянием здоровья субъектов образовательного процесса, за соблюдением законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность образовательного учреждения по вопросам сохранения здоровья обучающихся.

Понятие здоровьесбережения представляет собой комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающих гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия. Основным содержанием данного понятия является категория здоровья. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье определяется как полное физическое, психическое и социальное благополучие, а не только отсутствие болезни, т.е. это физическая, социальная, психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с людьми, природой и самим собой.

Структурное описание здоровьесбережения включает в себя четыре компонента: ценностно-смысловой, когнитивный, регуляторный и поведенческий. Ценностно-смысловой компонент представлен системой ценностных ориентаций личности и личностных смыслов. ценности и ценностные образования, составляющие систему ценностей, по определению Б.Г. Ананьева (2001), представляют собой базовые, «первичные» свойства личности, определяющие мотивы поведения и формирующие склонности и характер. Ценностное содержание здоровья отражается в отношении человека (социума) к своему состоянию, которое обеспечивает успешную (достойную, приемлемую для данных условий) жизнедеятельность. В свое содержание здоровье как ценность включает множество субценностей, имеющих смысло-жизненное значение для человека. Ценность здоровья рассматривается как ключевая на государственном уровне, поскольку здоровье нации в целом зависит от здоровья каждого ее гражданина и является условием не только развития и роста, но и выживания общества.

Когнитивный компонент здоровьесбережения характеризуется системой представлений о здоровье. Представления определяются как субъективные образы объективно существующего, воссозданные памятью (представления памяти) или созданные воображением (творческие образы), возникающие, когда нечто материальное, породившее эти образы, непосредственно не воздействует на органы чувств субъекта [2]. Содержание представлений в структуре здоровьесбережения определяется субъективными стандартами здоровья, характеризующими систему критериев оценки психологического и физического здоровья.

Регуляторный компонент в структуре здоровьесбережения представлен мотивацией, системой установок, а также системой саморегуляции.

Четвертый компонент здоровьесбережения – поведенческий – рассматривается через понятие образа жизни, определяемого как устойчивая система поступков и стереотипов действий.

Система ценностей может быть реализована в установочном отношении к здоровью, а может вступать в противоречие, что проявляется тогда, когда ценности декларируются, эмоционально и когнитивно прорабатываются, формируя аморфные представления, но не реализуются в поведении и отношении.

Соответственно, весь побуждающий механизм здоровьесберегающего поведения находится в регуляторном блоке и проявляется в следующих видах мотивации: мотивы социального престижа и социальной приемлемости; мотивы безопасности; мотивы подражания; мотивы групповой принадлежности.

Здоровьесбережение представляет собой единство мер, предпринимаемых участниками педагогического процесса и направленных на улучшение здоровья у них самих и у партнеров, а также на рост качества образованности и профессиональной квалификации. Применительно к системе медицинского образования, мотивация здоровьесбережения студентов медицинских ВУЗов характеризуется тем, что врачи задают и транслируют социальные нормы поведения в отношении здоровья.

С нашей точки зрения технологии мотивации здоровьесберегающего поведения необходимо рассматривать в двух аспектах: как качественную характеристику любой образовательной технологии, как совокупность тех принципов, приёмов, методов педагогической деятельности, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения [4].

Среди здоровьесберегающих технологий, применяемых в системе высшего профессионального образования, можно выделить несколько групп, в которых используются разные подходы, методы и формы работы: медико-гигиенические технологии; физкультурно-оздоровительные технологии; экологические здоровьесберегающие технологии; технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности; здоровьесберегающие образовательные технологии; технологии мотивации здоровьесберегающего поведения [1].

Технологии мотивации здоровьесберегающего поведения студентов медицинских ВУЗов представим в соотношении со структурными компонентами здоровьесбережения (Таблица 1).

Реализация технологий мотивации здоровьесберегающего поведения  
студентов медицинских ВУЗов

Таблица 1

| Структурные компоненты | Направления образовательной деятельности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ценностно-смысловой    | – формирование ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни сотрудников и студентов                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Когнитивный            | – популяризация среди студентов и сотрудников практических знаний и навыков, направленных на сохранение здоровья, с использованием достижений современной медицины;<br>– инициирование федеральной информационной и образовательной программы в области здоровья и медицины;<br>– оформление наглядной агитации по здоровому образу жизни, физической культуре и спорту |
| Регуляторный           | – организация и проведение спортивно-оздоровительных мероприятий среди сотрудников и студентов медицинских ВУЗов;<br>– работа спортивных секций и оздоровительных групп;<br>– совершенствование инфраструктуры и материально-технической базы, обеспечивающей здоровый образ жизни студентов и сотрудников;                                                             |
| Поведенческий          | – обеспечение психологического и социального благополучия студентов и сотрудников медицинских ВУЗов                                                                                                                                                                                                                                                                     |

В рамках реализации национальных проектов внедрение технологий мотивации здоровьесберегающего поведения студентов медицинских ВУЗов будет способствовать формированию у молодого поколения потребности заботы о своем здоровье и сохранении репродуктивного потенциала, что приведет к улучшению трудового потенциала в России, позволит снизить уровень заболеваемости, сделает выявление и лечение заболеваний более эффективным и менее затратным.

Литература:

1. Зайцев Г.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей / Г.К. Зайцев - СПб.: "ДЕТСТВО-ПРЕСС", 2001. - 160 с.
2. Краткий психологический словарь / под. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1985.
3. Татарникова Л.Г. Российская школа здоровья и индивидуального развития детей / Л.Г. Татарникова - СПб.: УПМ, 1993.
4. Чепурных Е.Е. Национальная концепция охраны здоровья в системе образования / Е.Е. Чепурных // Магистр. - 1999. - № 3. - С.3-13.

5. Панфилова Л.А. Формирование у учащихся здоровья как социальной ценности / Л.А. Панфилова, А.Т. Тутатчиков // Вестн. Ин-та развития образования и воспитания подрастающего поколения при ЧГПУ. - 2003. - № 16. - С.163 -169.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ.

*Акуленкова М.В*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Нарушение мозгового кровообращения рассматривается как хроническое заболевание – в силу длительности лечения и восстановительного периода, опасности для жизни, высокой вероятности рецидивов. Высокая распространенность и высокий риск социальной дезадаптации в результате последствий острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) придает данной патологии особый статус. Последствия инсульта сказываются как на соматическом состоянии человека, так и на его эмоциональной сфере.

Поскольку нарушение мозгового кровообращения возникает остро, то в психологическом смысле оно представляет собой трудную жизненную ситуацию, требующую приспособления к ней. В ситуации заболевания происходит наложение резкого изменения социального статуса человека на психотравмирующее событие (болезнь), сопровождающуюся выраженными ограничениями физических возможностей, и вызывают множество переживаний, связанных с утратой трудоспособности (временной и постоянной), чувством бессилия и беспомощности, переживанием изменения образа Я и возможной необратимостью изменений, тревогой повторного эпизода нарушения кровообращения и страхом смерти, отчаянием и чувством безнадежности. [3] Особенности переживаний человека в ситуации болезни порождают эмоциональные нарушения - тревогу и депрессию.

В эмоциональных реакциях человека участвует лимбическая система, корковые структуры головного мозга (преимущественно лобные доли). При отрицательных эмоциях активизируется медиальная орбито-фронтальная кора, при положительных – латеральная орбито-фронтальная и латеральная префронтальная кора. При возникновении эмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра отмечается повышение активации структур правого полушария. [2]

Депрессия представляет собой состояние, характеризующееся стойким пониженным настроением, торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и окружающей действительности.

Тревога – тягостное эмоциональное переживание внутреннего дискомфорта от неопределенности перспективы. Тревога является универсальным феноменом, связанным с реакцией на стресс. Ее предназначение – адаптация, мобилизация всех сил организма для быстрого

изменения поведения и приспособления к изменившимся условиям существования. Нормальная (адаптивная) тревога связана с угрожающей ситуацией, усиливается при повышении ее значимости для организма, возрастает в условиях дефицита времени и информации. Адаптивная тревога, как правило, - преходящее состояние, и она серьезно не нарушает деятельность человека.

Возникновение патологической тревоги определяется внутренними (как физиологическими, так и психологическими) причинами, хотя может провоцироваться и внешними обстоятельствами (но тогда выраженность тревоги неадекватна силе психотравмы). Патологическая тревога не связана с реальной угрозой и неадекватна значимости ситуации. Коренное отличие патологической тревоги от нормальной состоит в том, что она существенно нарушает качество жизни человека и его деятельность. Нормальная тревога субъективно переживается как неприятное чувство психического дискомфорта, связанного с неопределенностью перспектив. Наиболее частые проявления нормальной тревоги – напряженность, сомнения и неприятные предчувствия.[1]

При различных вариантах патологической тревоги эти переживания обычно приобретают дополнительные черты: чувство собственной беспомощности, ощущение надвигающейся катастрофы, напряженное и истощающее физическое ожидание неприятностей, овладевающие сознанием озабоченность, колебания и сомнения.[2]

В исследовании особенностей эмоционального состояния больных с острым нарушением мозгового кровообращения приняли участие 156 пациентов неврологического отделения для больных с ОНМК Регионального сосудистого центра БМУ «Курская областная клиническая больница». По гендерному составу пациенты распределились следующим образом: мужчины составили 45% испытуемых (70 человек), женщины – 55% (86 человек). Возрастной диапазон испытуемых – 45-65 лет. Диагноз острого нарушения мозгового кровообращения подтвержден методами нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Для исследования особенностей эмоционального состояния использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии, структурированная клиническая беседа.

Из исследования исключались пациенты с грубыми постинсультными нарушениями, соматической патологией в стадии декомпенсации, выраженными когнитивными нарушениями.

В клинической беседе у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на первый план выходили жалобы на бессонницу в виде трудностей при засыпании, бессонницу с беспокойным сном и многократными пробуждениями, тоскливое настроение, безнадежность, апатию, снижение интереса к жизни («ничего не радует», «все серое»), ухудшение аппетита, внутреннее напряжение («все дрожит внутри»), неоправданные предчувствия, нарушения внимания и памяти, повышенную утомляемость, плаксивость. При детальном расспросе пациентов можно

выявить такие переживания, как отсутствие перспектив к выздоровлению и возвращению к трудовой деятельности, отчаяние и безнадежность, ипохондрические установки и, как следствие, уход в болезнь. Данные госпитальной шкалы тревоги и депрессии представлены на рис. 1.

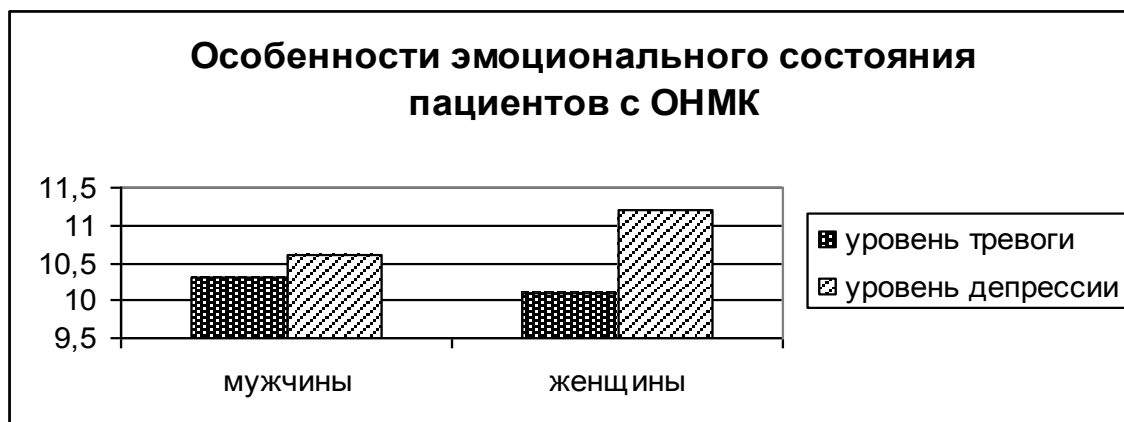


Рис. 1. Гистограмма средних значений показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии

Из рисунка видно, что у мужчин, перенесших ОНМК, уровень тревоги выше, чем у женщин, что связано с мобилизацией ресурсов организма в ситуации недостатка информации о заболевании и неопределенностью прогноза реабилитации. Женщины более эмоционально реагируют на ситуацию заболевания и у них преобладают депрессивные состояния на фоне инсульта по сравнению с мужчинами.

Описанные эмоциональные нарушения встречаются у 50-60% пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и затрудняют возможности реабилитации. В связи с этим становится актуальным вопрос о психологической коррекции тревожных и депрессивных состояний. В психокоррекционной работе ставятся следующие цели:

- Повышение адаптационного потенциала личности
- Активизация личностных ресурсов
- Осознание и выражение чувств
- Снижение уровня тревожности и страхов
- Актуализация интереса к жизни
- Формирование позитивного восприятия себя в целом и в ситуации заболевания
- Формирование целей и ориентация на будущее
- Формирование установки на лечение и реабилитацию после ОНМК

Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения ежедневно посещали индивидуальные психокоррекционные занятия длительностью 40 минут на протяжении всего курса лечения в стационаре (курс 10-14 занятий). На психокоррекционных занятиях обсуждались актуальные переживания пациентов с применением техник арт-терапии, что позволяло пациентам

выразить собственные чувства, осознать их, справиться с ситуацией болезни и определить конструктивные стратегии совладания. Так же для стабилизации эмоционального состояния пациентов использовались приемы релаксации и аутотренинга, пассивная и активная музыкотерапия.

После курса психокоррекционных занятий проводилась повторная клиническая беседа диагностической направленности и выявление уровня тревоги и депрессии посредством Госпитальной шкалы. Результаты психокоррекционной работы представлены на рисунке 2.

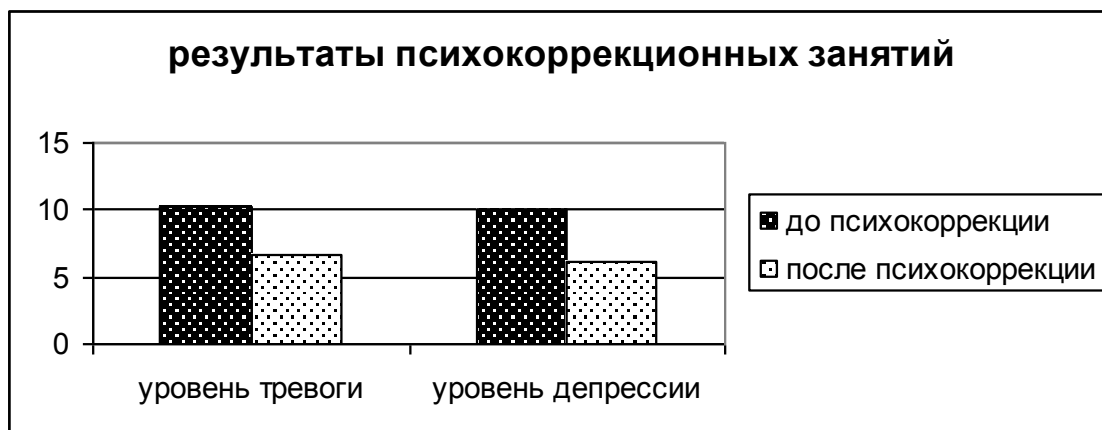


Рис. 2. Результаты психокоррекционной работы

Из рисунка 2 можно увидеть положительную динамику в развитии эмоционального состояния пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на фоне психокоррекционных занятий: у больных улучшилось настроение, уменьшилось эмоциональное напряжение и проявления тревоги, появился интерес к жизни и реабилитационным мероприятиям, приверженность лечению, наметились тенденции к формированию планов на будущее.

Выводы:

1. Для больных в остром периоде ОНМК характерны повышение уровня тревоги и депрессии в 50-60% случаев, что существенно снижает приверженность лечению, реабилитационный потенциал и является фактором возможного возникновения повторных нарушений мозгового кровообращения.

2. Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения в связи с особенностями эмоционального состояния нуждаются в помощи медицинского психолога и, особенно, в психологической коррекции проявлений тревоги и депрессии.

3. Наиболее эффективными направлениями психокоррекционного воздействия на эмоциональную сферу пациентов с ОНМК выступают арт-терапия, музыка-терапия как средства осознания и выражения собственных чувств, актуализация ресурсных потенциалов личности, формирования перспектив и целей в ситуации тяжелого инвалидизирующего заболевания, формирования позитивного восприятия себя, приверженность лечению и реабилитации, что существенно снижает уровень тревоги и депрессии.

Литература:

1. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998.
2. Каннер А.М. депрессия при неврологических заболеваниях. М., 2007.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987.

## ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

*Алехина С.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящее время формируется научное направление – психология здоровья, которая является достаточно новой и активно развивающейся отраслью психологии. Эта отрасль знаний представляет собой синтез психологии и валеологии и является междисциплинарной наукой, привлекая для решения своих задач психологов, врачей, педагогов, социальных работников, социологов.

Истоки психологии здоровья как одного из направлений медицинской психологии, появились в 1930 году в психосоматической медицине, которая во многом опиралась на психиатрию. В дальнейшем изучение роли психологии в этиологии заболеваний привело к одновременному возникновению новых отраслей двух наук: поведенческой (бихевиоральной) медицины и психологии здоровья. Обе отрасли рассматривали здоровье и болезнь как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

Психология здоровья — это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Психология здоровья - новое научное направление в отечественной психологии, которое переживает период своего становления, определяет приоритеты своих научных интересов, связи со смежными областями научного знания[3].

Актуальность проблем психологии здоровья в спортивной деятельности диктуется современным нарастанием нагрузки на нервную систему, психику спортсмена. Информационный прессинг, ускорение ритма жизни, негативная динамика межличностных отношений формирует эмоциональное напряжение как один из факторов развития различных заболеваний. Жизнь в условиях неопределенности обуславливает психическую и психосоматическую патологию.

В.Н. Панкратов (2001), в книге «Саморегуляция психического здоровья», указывает на то, что психологическая составляющая - основа здоровья личности: «...если человек научится осознавать и контролировать свое поведение, эмоции, мысли, то он может научиться сохранять и



оптимальный вес, гармонизировать семейные и сексуальные отношения, избавляться от привычек, мешающих полноценно жить.

Путем познания и улучшения психологической составляющей здоровья, мы можем не только предупреждать возникновение болезней, укреплять здоровье, но и совершенствовать и человека, и его здоровье» [3].

Центральной проблемой психологии здоровья является сохранение, укрепление и развитие здоровья с опорой на его психологическую составляющую, когда само здоровье в единстве его духовной, социальной и соматической компонент становится реальным условием для полного раскрытия потенциалов спортсмена, его саморазвития, самосовершенствования, самоактуализации и самопознания.

В.А. Ананьев (1998) считает, что цель психологии здоровья, не может быть окончательно определена, так как она выходит за рамки только сохранения здоровья. Само здоровье может рассматриваться как условие для успешного достижения спортсменом намеченных целей.

Таким образом, «главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью этого здоровья свою миссию». Одной из основных задач является разработка способов мотивации спортсмена к сохранению, укреплению, и развитию своего здоровья. «Попутной задачей психологии здоровья является сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья»[1].

В современной России психология здоровья как новое и самостоятельное научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления. Но уже на данный момент тема психического, в том числе и профессионального, здоровья поставлена в ряд первоочередных задач. Очевидное усиление интереса к проблематике психологии здоровья — и не только со стороны представителей психологической науки — дает все основания полагать, что уже в обозримой перспективе она станет одним из авангардных направлений российской психологии.

Литература:

1. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья. СПб., БПА.,1998. – 148 с.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. - СПб.: Речь, 2006,-384 с.
3. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. - М., Изд-во Института Психотерапии, 2001.-352 с.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

*Аносова Е.В., Архипова И.Н.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Клинические особенности зависимости от опиатов, лечение и реабилитация больных опишной наркоманией являются одними из наиболее актуальных проблем современной наркологии [1, 4]. Аффективные расстройства в клинике опишной наркомании занимают ведущее место наряду с алгическим синдромом и соматовегетативными нарушениями. В ряде случаев они предшествуют клиническим проявлениям абстинентного синдрома, утяжеляются и усложняются на различных этапах заболевания [5].

Депрессивные расстройства способны создавать дополнительную мотивацию к злоупотреблению опиатами, которое в свою очередь всегда сопровождается аффективными нарушениями, играющими значительную роль в актуализации патологического влечения к наркотику, после купирования синдрома отмены [3].

Наличие взаимосвязи между выраженностью депрессивных нарушений и синдромом патологического влечения к наркотику отмечается большинством авторов [2, 4]. Так С.Э. Гольдрин во время обострения патологического влечения к опиатам отмечает наличие у больных жалоб на снижение настроения, отсутствие желания какой-либо деятельности, безразличие к себе и окружающим, тревогу, раздражительность, потерю чувства радости и наслаждения от занятий, которые раньше приносили удовольствие; безысходность [3].

Целью исследования явилось изучение выраженности аффективных нарушений (депрессии, уровня тревожности) у больных опишной наркоманией в период ремиссии длительностью от 6 до 12 месяцев.

В Курской наркологической больнице в 2011-2012 гг. проведено обследование 30 мужчин больных опишной наркоманией средней стадии. Длительность ремиссии заболевания составляла от 6 до 12 месяцев. Критериями исключения из исследования были коморбидная психическая (шизофрения, аффективные и невротические расстройства, эпилептическая болезнь) и наркологическая (алкоголизм, токсикомании) патология.

Контрольную группу составили 30 мужчин, не страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, никогда не обращавшихся за наркологической помощью.

Возраст всех обследованных мужчин от 20 до 35 лет. Средний возраст в основной группе 26 лет  $\pm$  7 мес., в контрольной - 26 лет  $\pm$  5 мес.

При обследовании использованы клинико-психопатологический метод, а также экспериментально-психологические методики: опросник «Самочувствие-активность-настроение» (САН), шкала самооценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина, методика для дифференциальной диагностики депрессивных состояний Жмурова В.А., шкала оценки выраженности депрессии Монтгомери-Асберга.

При анализе показателей, полученных при использовании методики САН, не выявлено статистически значимых различий в основной и контрольной группах по отдельным ее параметрам. Это свидетельствует об оценке больными опишной наркоманией 2-й стадии в период ремиссии заболевания самочувствия, активности и настроения как благоприятных.

Использование методики Жмурова В.А. позволило диагностировать у больных опийной наркоманией в период ремиссии минимальный уровень выраженности депрессии (табл. 1).

Таблица 1

Данные исследования депрессии (методика Жмурова В.А.)

| Группы обследованных | Среднее | p-уровень |
|----------------------|---------|-----------|
| Основная группа      | 22,8    | 0,008543  |
| Контрольная группа   | 7,7     |           |

Примечание: p-уровень по U-критерию Манна-Уитни

Показатель выраженности депрессии, выявленной по шкале Монтгомери-Асберга, находится в границах «субклинически выраженной депрессии», достоверно выше у больных опийной наркоманией по сравнению со здоровыми (табл. 2).

Таблица 2

Данные исследования депрессии (шкала Монтгомери-Асберга)

| Группы обследованных | Среднее | p-уровень |
|----------------------|---------|-----------|
| Основная группа      | 8,9     | 0,000153  |
| Контрольная группа   | 2,1     |           |

Примечание: p-уровень по U-критерию Манна-Уитни

Анализ результатов применения теста Спилбергера-Ханина показал статистически значимые различия уровней ситуативной и личностной тревожности в основной и контрольной группах (табл. 3).

Таблица 3

Данные исследования ситуативной и личностной тревожности  
(тест Спилбергера-Ханина)

| Переменные              | Среднее | p-уровень |
|-------------------------|---------|-----------|
| Ситуативная тревожность |         |           |
| Основная группа         | 36,4    | 0,040867  |
| Контрольная группа      | 29,0    |           |
| Личностная тревожность  |         |           |
| Основная группа         | 42,3    | 0,011418  |
| Контрольная группа      | 38,0    |           |

Примечание: p-уровень по U-критерию Манна-Уитни

Средние значения уровня ситуативной тревожности в основной группе находятся в пределах умеренного значения признака. Уровень личностной тревожности в обеих группах расположен в диапазоне умеренных значений. При этом показатели и ситуативной и личностной тревожности достоверно ниже в группе здоровых испытуемых.

У больных опийной наркоманией в состоянии ремиссии продолжительностью от 6 до 12 месяцев эмоциональная сфера отличается от таковой у здоровых людей по показателям ситуативной тревожности и уровню депрессии.

При расчете коэффициента корреляции выявлена значимая положительная связь между показателями самочувствия, настроения ( $r=0,76$ ; при  $p=0,000001$ ) и активности ( $r=0,71$ ; при  $p=0,000008$ ). Таким образом, больные с низкими показателями самочувствия, имеют низкие показатели настроения и активности в состоянии ремиссии.

Значимую отрицательную корреляцию показатель самочувствия имеет также с показателями депрессии, полученными при использовании шкалы Монтгомери-Асберга и методики Жмурова В.А. ( $r=-0,54$ ; при  $p=0,002058$  и  $r=-0,38$ ; при  $p=0,037791$  соответственно). Это говорит о том, что больные с низкими показателями самочувствия, имеют высокий уровень депрессии в состоянии ремиссии.

Показатель активности значимо положительно коррелирует с показателем настроения ( $r=0,68$ ; при  $p=0,000026$ ) и отрицательно – с показателем депрессии по шкале Монтгомери-Асберга ( $r=-0,56$ ; при  $p=0,001163$ ), что отражает низкие показатели активности и настроения у больных с высоким уровнем депрессии в период ремиссии.

Выявлена значимая отрицательная корреляция между показателями настроения, депрессии по шкале Монтгомери-Асберга ( $r=-0,53$ ; при  $p=0,002507$ ) и методике Жмурова В.А. ( $r=-0,48$ ; при  $p=0,006025$ ). Таким образом, результаты, полученные при использовании данных методик, обнаруживают взаимосвязь.

Степень выраженности депрессии по шкале Монтгомери-Асберга и методике Жмурова В.А. имеет положительную корреляцию на уровне статистической тенденции соответственно с показателем ситуативной ( $r=0,34$ ; при  $p=0,059033$ ) и личностной тревожности ( $r=0,66$ ; при  $p=0,000056$ ), что указывает на наличие депрессивных переживаний у больных опийной наркоманией, обнаруживающих признаки тревоги в период ремиссии заболевания.

Таким образом, аффективная сфера больных опийной наркоманией 2-й стадии в период ремиссии характеризуется сохранением депрессивных переживаний на субклиническом уровне, наличием умеренно выраженных проявлений тревоги как ситуативного, так и личностного генеза и благоприятными показателями самочувствия, активности и настроения. Сравнивая результаты, полученные клиничко-психопатологическим методом и с применением экспериментально-психологических методик, можно отметить, что жалобы больных, предъявляемые в беседе с врачом, в период

ремиссии заболевания носят менее выраженный характер. Больных беспокоили чувство вины по отношению к родственникам, неудовлетворенность собой, эпизодические трудности концентрации внимания, кратковременные периоды внутреннего напряжения, что соответствует результатам, полученным при использовании выбранных диагностических методик.

Не смотря на снижение выраженности депрессивных переживаний, в период ремиссии сохраняются умеренные проявления тревоги, что является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении актуализации патологического влечения к наркотику и требует своевременной коррекции.

Литература:

1. Афтанас Л.И. Особенности субъективного восприятия и переживания эмоциональной информации у пациентов с героиновой зависимостью в состоянии длительной ремиссии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – №4 (26). – С. 49-51.

2. Богданов С.И., Сенцов В.Г. Тревога и депрессии у больных наркоманией на этапе стационарного оказания помощи // Вопросы наркологии. – 2006. – №6. – С. 22-30.

3. Гольдрин С.Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии // Наркология. – 2003. – №9. – С. 44-50.

4. Минко А.И., Линский И.В. Сулова Л.В. Современные взгляды на лечение аффективных расстройств в клинике зависимости от психоактивных веществ (обзор) // Арх. психіатрії. – 2003. – Т.9, №1(32). – С. 96-99.

5. Сиволап Ю.П. Непсихотические психические расстройства у больных опийной наркоманией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №1. – С. 26-29.

## ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ У ВРАЧЕЙ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ САМООЦЕНКИ СОБСТВЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

*Асадчих М.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Одним из самых актуальных и в то же время сложно дифференцируемых направлений в психологии является исследование профессионального здоровья врачей, поскольку сохранение здоровья врача является не просто условием эффективности его деятельности, но и непосредственно демонстрирует для социума показатели нормы здоровья, что повышает уровень ответственности врачей перед пациентами [1,3,4,5,].

Профессия врача обладает огромной социальной важностью, так как на врача ложится ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего им свою жизнь, но и за его психологическое содержание.

Актуальным исследовательским направлением современной психологической науки является изучение представлений о здоровье, отношения к здоровью медицинских работников. Многие [2,4,5,6] указывают на зависимость представлений от практического освоения объекта группой. Следовательно, рассмотрение отношения к здоровью у врачей является методологически обоснованной, теоретически и практически значимой проблемой.

Отношение к здоровью рассматривается не только как знания профессиональной группы врачей о данном феномене, но и как форму социально-психологической регуляции здоровья отдельной личности.

Значимость исследований, посвященных изучению отношения к здоровью в связи с профессиональной деятельностью, заключается в возможности его дальнейшего использования в качестве мишеней психокоррекции и сопровождения профессиональной деятельности врачей.

Цель нашей работы – исследование отношения к здоровью у врачей.

Эмпирическое исследование проходило на базе медицинских учреждений г. Курска и Курской области: ОБУЗ «Городская больница №6», ОБУЗ «Городская больница №1 им. Н.С. Короткова», ОБУЗ «Областной центр медицинской профилактики».

Общий объем выборки составил 64 человека. Все обследуемые врачи-терапевты и врачи-специалисты терапевтического профиля (кардиологи, гастроэнтерологи, эндокринологи). Стаж работы в рассматриваемых нами организациях находился от 10 до 20 лет.

Обследованную нами группу врачей мы разделили на две группы согласно специфическим условиям профессиональной деятельности: врачи терапевтического профиля, ведущие амбулаторно-поликлинический прием (34 человека) и врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре (30 человек).

Изучение отношения к здоровью врачей проводилось с использованием ассоциативного эксперимента и методики «Отношение к здоровью», которые представляют собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Отношение к здоровью может быть описано с помощью трех компонентов: эмоциональный, познавательный и волевой компоненты отношения, которые соответствуют выделяемым в современной психологии трем сферам психического — эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой.

Отношения образованы представлениями человека о здоровье и самооценкой своего состояния здоровья.

Важно также отметить, что отношение человека к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере (по аналогии с психологическим механизмом самооценки).

– на когнитивном уровне: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и

антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

– на поведенческом уровне: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;

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

– на ценностно-мотивационном уровне: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

В результате проведенного исследования представлений о здоровье у врачей мы получили следующие результаты.

При интерпретации ответов обследуемых на открытый вопрос по методике «Отношение к здоровью» также был использован контент-анализ.

В группе врачи-терапевты поликлиника наибольшая частота встречаемости представлений о здоровье как гармонии физического и психического (28%) и здоровом образе жизни (25%).

В группе врачи-терапевты стационар наибольшая частота встречаемости представлений о здоровье как хорошем самочувствии (27%), здоровом образе жизни (27%) и гармония физического и психического (24%).

Необходимость данного исследования обосновывается существующим несоответствием между представлением о здоровье, с одной стороны, и теми усилиями, которые человек предпринимает для сохранения и укрепления своего физического и психологического благополучия — с другой. Особо актуальной данная проблема является у врачей.

По методике «Отношение к здоровью» в двух группах врачей были выявлены несоответствия между когнитивным и поведенческим уровнями отношений (врачи-терапевты поликлиника на когнитивном уровне имеют среднее значение 41,2, на поведенческом - 32,3; врачи-терапевты стационар на когнитивном уровне имеют среднее значение 37,9, на поведенческом 31,4).

Важным для анализа представлений о здоровье и отношения к здоровью стала шкала ценностно-мотивационного уровня отношения к здоровью, т.к. она показывает интегрированность представлений человека о здоровье со стремлением осуществлять поведение по его сохранению.

Результаты статистического сравнительного анализа представлены на рис. 1. представлена гистограмма средних значений показателя ценностно-мотивационного отношения к здоровью в обследуемых группах для наглядности.

Мы видим, что существуют значимые различия в обследуемых группах по показателю ценностно-мотивационного отношения к здоровью.

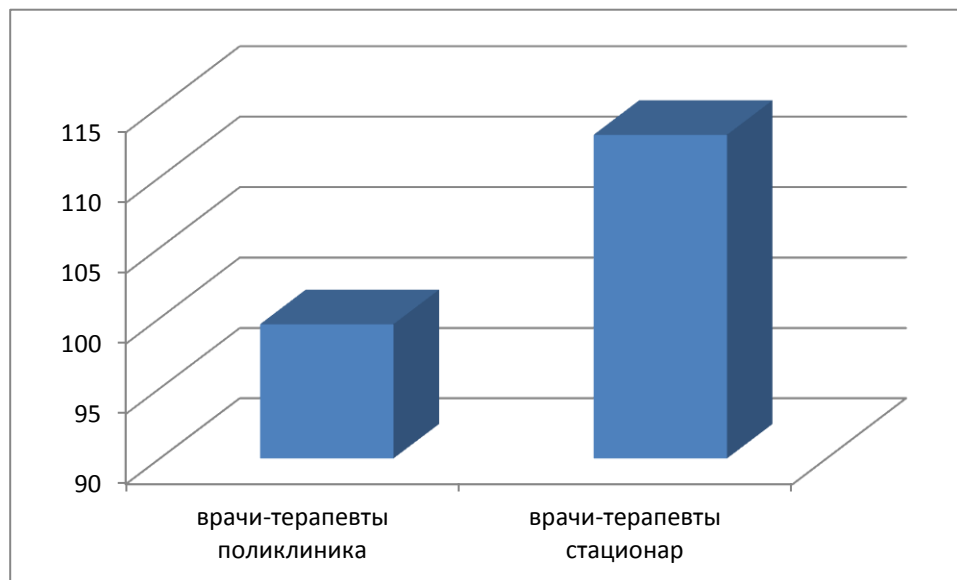


Рис.1. Гистограмма средних значений показателя ценностно-мотивационного отношения к здоровью в обследуемых группах

Проанализировав данные наиболее часто встречаемых ассоциаций в группах врачей на основании результатов двух методик, мы можем представить профили отношения к здоровью в каждой обследуемой группе.

Так для врачей-терапевтов поликлиники здоровье есть хорошее самочувствие. Наряду с эмоциональной составляющей отношения к здоровью, врачи данной группы говорят о здоровом или правильном образе жизни, которое появляется во второй методике и указывает на значимость поведенческой составляющей. Значимость здорового образа жизни в представлении о здоровье обусловлено профессиональной деятельностью врачей (сопричастность с объектом представлений) и современным увеличением общественного и культурно-политического значения этого феномена в нашей стране. Третьим смысловым элементом отношений в данной группе врачей является когнитивный компонент - гармония физического и психического.

В группе врачей-терапевтов стационара здоровье это, прежде всего гармония физического и психического. Вторым смысловым компонентом отношений к здоровью в этой группе, так же как и в группе врачей-терапевтов поликлиники является поведенческий - здоровый или правильный образ жизни. Эмоциональная же составляющая отношения к здоровью у врачей-терапевтов стационара занимает третье место.

Результаты ассоциативного эксперимента были обработаны с помощью контент-анализа и представлены на рис. 2. и рис. 3.



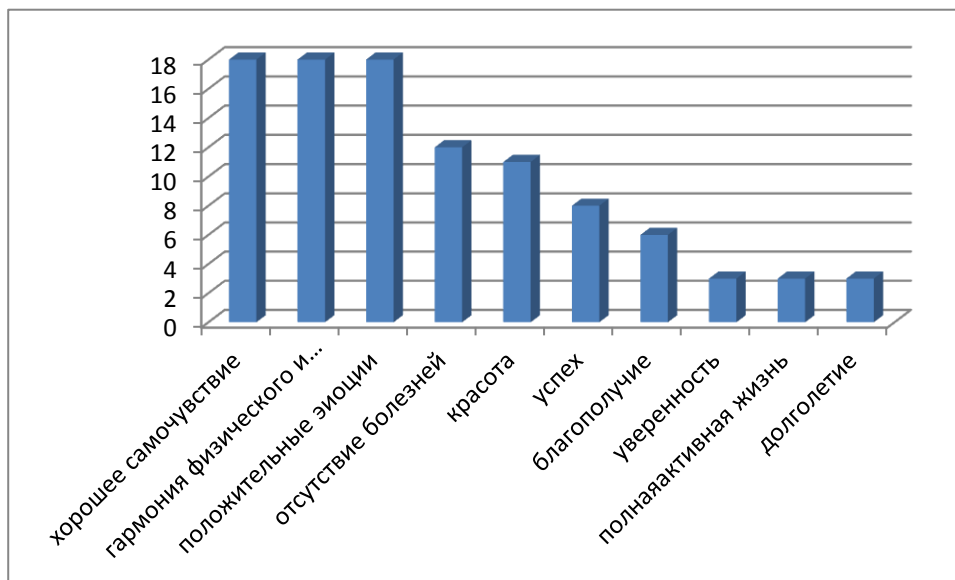


Рис.2. Гистограмма частоты встречаемости ассоциации на здоровье у врачей-терапевтов поликлиники (относит., %)

На представленном рисунке мы видим, что наиболее частой встречаемой единицей в группе врачей-терапевтов поликлиники является представление о здоровье как о хорошем самочувствии (18%), гармонии физического и психического (18%), положительные эмоциональные состояния (18%), наименьшая частота встречаемости представление о здоровье у них – уверенность (3%), полная активная жизнь (3%) и долголетие (3%).

При этом мы видим, что в группе врачей-терапевтов поликлиники представлено широкое ассоциативное поле смысловых единиц.

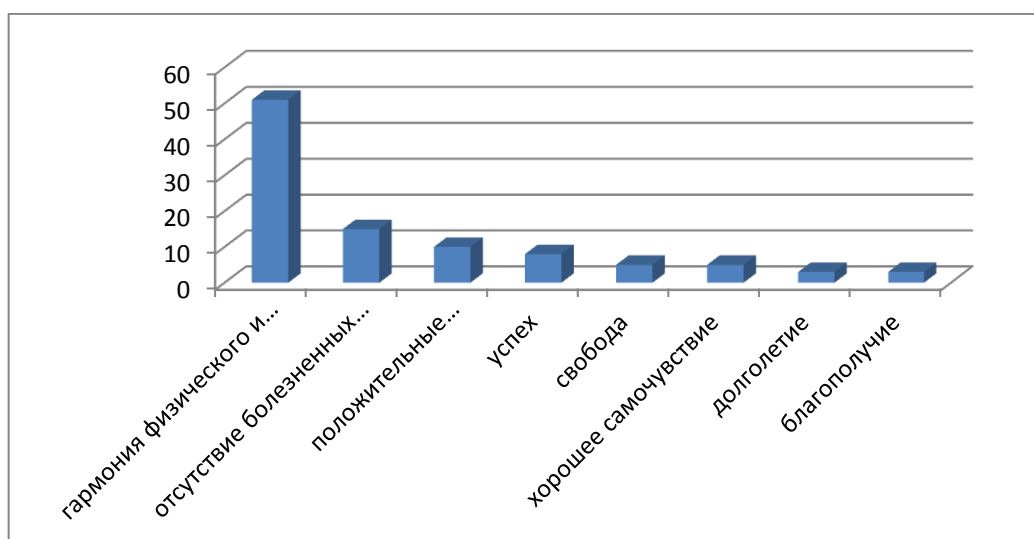


Рис.3. Гистограмма частоты встречаемости ассоциации на здоровье у врачей-терапевтов стационара (относит., %)

В группе врачей-терапевтов стационара наиболее частой встречаемой единицей является представление о здоровье как гармонии физического и психического (51%), по остальным ассоциациям представлен минимальный разброс. При этом в группе врачей-терапевтов стационара на первый план выходит основная смысловая единица, что говорит о внутренней согласованности представлений в этой группе.

Выявленные в результате исследования несоответствия между когнитивным и поведенческим уровнем отношениями к здоровью в двух обследуемых группах свидетельствуют о деформации критерия адекватности здоровья, обусловленного желанием обладать хорошим здоровьем и представлять его как внутреннюю гармонию и реальным поведением по поддержанию здорового образа жизни.

Литература:

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384с.
2. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни / И.Б. Бовина. М.: Аспект-Пресс, 2007. – 256 с
3. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны М.: Издательский центр “Академия”, 2001. — 352 с.
4. Недуруева Т.В. Профессиональное здоровье медицинских работников: структурно-критериальный подход. «Ученые записки РГСУ». – М: РГСУ, 2012, № 2 (102).с. 163– 168.
5. Никишина В.Б. Особенности профессиональных представлений медицинских работников. Украинский вестник психоневрологии. – Харьков, 2012, Т.20, выпуск 3 (72). С.205.
6. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. - 607 с.

ЗПР: ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ «ДИАГНОЗ»

*Афонина Н.Ю.*

Тульский государственный университет, г. Тула, Россия

В психологии, где термин «норма» нередко обозначает состояние психического здоровья, уже более полувека существует отдельная детская субполяция – группа, феноменология развития которой характеризуется хрупким балансом между патологией и условным среднестатистическим соответствием умственного потенциала. Это дети «предболезни», чей клинический статус в официальных документах (заключения медицинского психолога, невропатолога, психиатра) звучит как «парциальная несформированность высших психических функций» или «задержка психического развития», а в обывательском словаре давно и прочно закрепился в качестве живучей лексемы «ЗПР».

Строго говоря, с позиции медицинской реальности положение термина «ЗПР» весьма шатко: если в МКБ-9 еще существуют диагнозы «задержка

психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза», «специфические задержки развития» (315.0-315.9), то в медицинской классификации болезней десятого пересмотра ЗПР лишается собственного шифра, войдя в структуру неврологических, психических или соматических расстройств.

С другой стороны, укрепляет свои позиции дефектология и родственные ей области научного знания, где ЗПР, изначально являющая аморфную часть популяции, дифференцируется на четыре [1,3] и более [4] относительно самостоятельных варианта задержанного развития.

Неустойчивое положение в системе условных направляющих «норматклонение» и «здоровье-болезнь», примат психолого-педагогических критериев диагностики, а также семантическая градация при неизменной фонетике термина сделали задержку психического развития «подушкой для ленивой головы» (Г.Е.Сухарева) – универсальной и во многом ни к чему не обязывающей аббревиатурой.

Сегодня неосведомленность родителей и самих специалистов, так или иначе имеющих дело с недоразвитием познавательной сферы ребенка – представителей службы практической психологии, штатных психологов образовательных учреждений – порождает вокруг «зловещего» сокращения «ЗПР» множество мифов. К сожалению, тенденция оперировать «безобидными» доводами, наметившаяся среди педагогов-практиков, способна предопределить судьбу как самого «анализируемого» малыша, так и его ближайшего окружения на долгие годы.

Приведенные ниже случаи иллюстрируют последствия подобного вмешательства. Хотя примеры взяты из работы автора, коллеги неоднократно подтверждали сходство, а значит, и типичность возникновения рассматриваемых ситуаций. Мы даем их в связи с используемым мифом или аргументом.

*Миф первый: ЗПР – временное явление. К девяти-одиннадцати годам темп развития ребенка претерпит позитивные изменения.*

Корни настоящего мифа уходят в 60-е – 70-е г.г. XX века, когда Т.А.Власова и М.С.Певзнер впервые вынесли на рассмотрение научной общественности термин «задержка психического развития».

В работах выдающихся дефектологов действительно акцентировался преходящий характер феномена. В современных условиях классическое понимание термина, преподносимое представителями старой школы, нередко играет злую шутку при определении прогноза развития ребенка с ЗПР.

Дело в том, что в изначально единый пласт «задержки» были включены дети с негрубыми органическими повреждениями коры головного мозга. Их когнитивная сфера качественно своеобразна: это не столько замедление, сколько атипичность гетерохронии высших психических функций (ВПФ), когда смена естественной онтогенетической последовательности созревания познавательных процессов создает варианты не отстающего, но отличного от нормы умственного развития ребенка.

Так дошкольник с диагнозом «ЗПР церебрально-органического генеза» не обнаруживает соответствия более ранним стадиям становления интеллекта. Пятилетка, фактически справляющийся с заданиями для детей трех лет, не демонстрирует характерного кризиса или доминирования восприятия в системе ВПФ.

Иногда последовательность дифференциации психических процессов настолько искажена, что восприятие минует стадию главенствующей психической функции, сохраняя, в силу дефицитарных особенностей, статус периферического компонента.

Отсюда – бедность представлений об окружающем мире, трудности «узнавания» букв, многочисленные дислексические и дизграфические ошибки.

Естественно, специалисту необходимо соблюдать крайнюю осторожность при прогнозе развития такого ребенка. Здесь традиционный в беседе с родителями пример двух дорог, когда ребенок, вне зависимости от того идет он по длинному или короткому пути в конечном итоге достигает единой для каждого цели, относительно ЗПР церебрально-органического генеза видится, как минимум, некорректной метафорой.

Таким образом, резидуально-органический фон ЗПР нивелирует традиционный для задержки ориентир развития: «догнать и перегнать». Как правило, семье особого ребенка требуется время, чтобы осознать и принять очевидное, хотя истина проста: цель малыша с ЗПР церебрально-органического генеза не лучше и не хуже – просто другая.

*Миф второй: ЗПР – промежуточное состояние. Ребенок подрастет и «выровняется» или – наоборот – появится возможность уточнить исходный диагноз.*

Относительно данного мифа исключением вновь является ЗПР церебрально-органического генеза: симптоматика, в основе которой лежат органические предпосылки, крайне устойчива и тяжело поддается педагогической коррекции. Среди тесно взаимодействующих с медиками педагогов распространено выражение «память лечится». Полезно сравнить его с чисто педагогическим «формируем» или «развиваем память», но, не противопоставляя, а, напротив, дополняя выведенный ряд: лечим-формируем-развиваем.

*Миф третий: В той или иной степени парциальная задержка свойственна каждому человеку. Слабые функции психики компенсируются за счет выдающихся сторон.*

Важно отграничить болезненное, ненормативное отставание от индивидуального развития ребенка. Например, зрительная память малыша-визуала может быть развита лучше слуховой, но параметры «отстающего» процесса по-прежнему отвечают критерию возрастной нормы.

У ребенка с ЗПР наблюдается определенное доминирование функции в сравнении с остальными, то есть с собственной системой организации психики. Иногда «силовой» процесс соответствует среднестатистическим параметрам, выведенным по детской популяции в целом, но в структуре ЗПР

церебрально-органического генеза условное лидерство одного или даже двух компонентов когнитивной сферы не компенсирует общего отставания: познавательные нормативы, разумеется, вне специальных педагогических приемов, остаются недоступны ребенку с ЗПР.

*Миф четвертый: Развитие психики «скачкообразно». Период временного застоя может смениться ускоренным ростом.*

Пожалуй, самый распространенный миф. Сколько родителей ждут потенциального дозревания, когда «до пяти еще рано», а «после пяти уже поздно».

Конечно, вероятность генетической или средовой задержки («у нас в семье все поздно заговорили») не исключена, но гораздо чаще встречаются случаи когнитивного дефицита. Практика подтверждает: отставание на два, три и более возрастных периода уже не преодолеть, во всяком случае, нельзя говорить о полноценном раскрытии потенциала ребенка. Отсюда, возвращаясь к третьему мифу: только специалист – и лучше не один – знакомый с закономерностями детского развития может разграничить индивидуальные проявления в зоне «здоровья» и «сопредельные», «предболезненные» состояния малыша.

Итак, после утери самостоятельного клинического статуса, феномен задержки психического развития постепенно переходит в ведение коррекционных дисциплин. Сегодня ЗПР, наравне с общим недоразвитием речи, все отчетливее видится частью педагогической классификации нарушений.

Хочется верить, что, кроме педагогической преемственности, в стороне не будут оставлены и традиции медицины, а именно: объективность, осторожность, и, самое главное, лозунг врачебных практиков: «Не навреди!».

Литература:

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С.Лебединской. – М., 1992.
2. Дети с временной задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, М.С.Певзнер. – М.: Педагогика, 1971.
3. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М.: МГУ, 1985.
4. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2003.

## ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Базелева Г. Л.*

Курский Государственный Медицинский Университет, г. Курск, Россия

Актуальность современных проблем онкологии гематологической патологии определяется их сложностью, масштабностью, социальной значимостью.

Таким образом, проблемой исследования выступил вопрос – как изменяются ценностно-смысловые особенности личности в ситуации гематологического онкологического заболевания.

Объект исследования – ценностно-смысловые особенности.

Предмет исследования – особенности ценностно-смысловой сферы личности в ситуации гематологического онкологического заболевания.

Концептуальным основанием исследования стали подходы: А.Г.Асмолова, Е.З.Васиной, Б.С.Братуся, В.К.Вилюнаса, Е.Е.Насиновской, Е.В.Субботского и др.

В связи с данными представлениями мы выдвинули следующую центральную гипотезу: ценностно-смысловые особенности личности в ситуации гематологического онкологического заболевания отличаются от ценностно-смысловых особенностей личности в ситуации нормы здоровья.

Цель исследования: изучить ценностно-смысловые особенности личности в ситуации гематологического онкологического заболевания.

Цель была конкретизирована в задачах исследования: 1) Изучить ценностно-смысловые особенности личности в ситуации гематологического онкологического заболевания. 2) Изучить ценностно-смысловые особенности личности в ситуации нормы состояния здоровья. 3) Сравнить ценностно-смысловые особенности в ситуации гематологического онкологического заболевания и ценностно-смысловые особенности личности в ситуации нормы здоровья.

В качестве измерительного инструментария в исследовании выступил ряд психодиагностических методик: восьмицветовой тест Люшера, рисованный апперцептивный тест (РАТ), тест руки Вагнера (Hand test), тест фрустрационных реакций Розенцвейга, методика диагностики враждебности (по шкале Кука-Медлей), методика «Измерение надежды» (адаптирована К.Муздыбаевым), опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе, методика исследования ригидности, торонтская алекситимическая шкала (TAS).

В исследовании принимали участие 32 испытуемых, женщины и мужчины от 35 до 65 лет. Из них - 16 женщин и мужчин имели гематологическое онкологическое заболевание, а 16 женщин и мужчин были здоровыми испытуемыми, представляющими контрольную группу.

Выводы: 1) общая осмысленность жизни снижена у больных в ситуации гематологического онкологического заболевания; 2) наблюдается трансформация жизненных целей в сторону их изменения у людей, имеющих гематологическое онкологическое заболевание; 3) наблюдается фиксация на выздоровлении/смерти у человека, страдающего гематологическим онкологическим заболеванием.

Литература:

1. Артемьева Е.Ю. Психология субъективной семантики: Дис.... д-ра пси-хол. наук. М., 1986. — 498 с.
2. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. М.: Смысл, 1999. - 352 с.
3. Асмолов А.Г. О месте установки в структуре деятельности: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1976. — 24 с.
4. Асмолов А.Г. Деятельность и уровни установок // Вести. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1977 д. № 1. С. 3—12.
5. Асмолов А.Г. Проблема установки в необихевиоризме: прошлое и настоящее // Вероятностное прогнозирование в деятельности человека / Под ред. И.М.Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. М.: Наука, 1977 б. С. 60—111.
6. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979.-150с.
7. Асмолов А.Г. О предмете психологии личности // Вопр. психол. 1983. №3. С. 118-125.
8. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. — 104 с.
9. Асмолов А.Г., Насиновская Е.Е., Васина Е.З. Принципы исследования смысловых образований личности // Развитие эргономики в системе дизайна: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. Боржом, 1979. С. 219-224.
10. Березин Ф.Б. Психическая и психофизическая адаптация человека.- Л.Наука, 1998.- 269с.
11. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии.- 1990.- №8.- С.966-969.
12. Божович Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности. М.: МПА, 1995.
13. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. — 304 с.
14. Братусь Б.С. Психология. Нравственность. Культура. М.: Менеджер; Роспедагентство, 1994. — 60 с.
15. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: КГМУ, 2011. – 572с.
16. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Издательство Московского университета, 1984.
17. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. — 208 с.
18. Вольченко А.А., Вольченко Н.Н., Петроченков А.В. Диагноз: лимфома. М.: Практическая медицина, 2010, - 144 с.
19. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика , 1982-1984.
20. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб., 2007.

21. Двойрин В.В., Михайловский А. В. Статистика злокачественных опухолей в России // Вопросы онкологии. – 1997. – Т.43, №3. – С.263-268.
22. Двойкин В.В., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России в 1990 году // Вопросы онкологии. – 1992. – Т.38, №12. – С.1413-1483.
23. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб.: Питер, 2002. С.150-172.
24. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Речь, 2003.
25. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. - 430 с.
26. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. — 287 с.
27. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития М., 1980.
28. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. 1989. № 2. Т. 10. С. 122—132.
29. Исакова М.Е. Болевой синдром в онкологии. – М.: Практическая медицина, 2011. – 384 с.
30. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2002.
31. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.- 2-е изд.,-М.: Медицина, 1984.- 272с.
32. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 3-е изд. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1972. - 575 с.
33. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.,1975
34. Лэнгле А. Person: Экзистенциально-аналитическая теория личности. Сборник статей. М.: Генезис, 2006.
35. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов //Психологический журнал. 2000. Том 21. №4, с 5-21.
36. Насиновская Е.Е. Методы изучения мотивации личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. — 80 с.
37. Никишина В.Б., Василенко Т.Д. Психодиагностика в системе социальной работы. М., 2004.
38. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.
39. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. Научно –методический журнал.- 2002.- №4.- с.152-160.
40. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб: Питер, 2001. — 288 с.
41. Серова В.В., Пальцева М.А. Патологическая анатомия. Курс лекций. М.: Медицина, 1998.
42. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: МИВ- метод цветовых выборов. - СПб.: Речь, 2002.- 112с.
43. Собчик Л.Н. Рисованный апперцептивный тест РАТ. - СПб.: Речь, 2007.- 32с.



44. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR – Аргис, 1995.
45. Субботский Е.В. Изучение у ребенка смысловых образований // Вести. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1977. № 1. С. 62—72.
46. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1980.-20с.
47. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
48. Франкл В. Человек в поисках смысла. Сборник: Пер. с англ. и нем. / общ.ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. М., 1990.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
СОСТОЯНИЯ ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

*В.А. Баркова, А.А. Кузнецова*

Курский институт социального образования (филиал РГСУ), г.  
Курск, Россия

Психологическая профилактика является одним из видов психологического сопровождения и представляет собой систему организованных мероприятий, направленных на предупреждение возникновения негативных проявлений.

В отечественной традиции психологического сопровождения можно выделить три основные формы:

- 1) общая форма, представляющая собой систему возрастного оптимального развития личности в целом);
- 2) типовая форма основана на организации конкретных психологических воздействий и реализуется через использование методов музыкотерапии, арт-терапии, психорегулирующих техник и т.д.;
- 3) индивидуальная форма ориентирована на психологическую коррекцию различных нарушений с учетом его индивидуально-типологических особенностей и реализуется через индивидуальную программу психологического сопровождения.

В концептуальной логике данной работы педагогическая деятельность представляет собой вид профессиональной активности преподавателя высшей школы, с помощью различных действий решающих задачи обучения и развития студентов, включающий в себя пять компонентов: гностический (получение и накопление новых знаний о законах и механизмах функционирования педагогической системы); проектировочный (проектирование целей преподавания курса и путей их достижения); конструктивный (действия по отбору и композиционному построению содержания курса, форм и методов проведения занятий); организационный (реализация запланированного); коммуникативный (действия, связанные с

установлением педагогически целесообразных взаимоотношений между субъектами педагогического процесса).

Основными характеристиками профессиональной деятельности преподавателей высшей школы являются дифференцированность межличностного взаимодействия (большое количество контактов в течение рабочего времени); эмоциогенность (психоэмоциональные перегрузки); интенсивность (высокий темп деятельности); регламентированность (нормативно-организационная регламентация педагогической деятельности); дифференцированность функционала (дифференцированность диапазона выполняемых профессиональных задач).

Обозначенные характеристики педагогической деятельности выступают условиями возникновения состояния выгорания преподавателей высшей школы.

Результаты проведенного эмпирического исследования рефлексивно-смысловых механизмов регуляции состояния выгорания преподавателей высшей школы [1,2,3,4] послужили основанием построения программы психологической профилактики возникновения состояния выгорания преподавателей высшей школы.

Высокий уровень выраженности состояния выгорания преподавателей высшей школы ( $X=101,47\pm 20,25$ ) характеризуется средним уровнем выраженности эмоционального истощения ( $X=28,36\pm 10,49$ ) и личностного отдаления ( $X=29,62\pm 9,00$ ) при снижении уровня профессиональной мотивации ( $X=43,47\pm 9,46$ ). При этом высокая степень интегрированности и положительная направленность взаимосвязей между показателем индекса выгорания и эмоциональным истощением, личностным отдалением и профессиональной мотивацией ( $0,85$ ;  $0,84$ ;  $0,44$ ,  $p \leq 0,05$  соответственно), личностным отдалением и эмоциональным истощением ( $0,74$ ,  $p \leq 0,05$ ) свидетельствует об устойчивости и фиксированности состояния выгорания у преподавателей высшей школы при системообразующей роли эмоционального компонента.

Объектом программы психологической профилактики состояния выгорания преподавателей высшей школы выступает состояние выгорания преподавателей высшей школы, психологическая структура которого представлена тремя компонентами (эмоциональным истощением, личностным отдалением и профессиональной демотивацией), находящимися в иерархической соподчиненности.

Целью программы психологической профилактики возникновения состояния выгорания у преподавателей высшей школы является снижение уровня выраженности состояния выгорания и предотвращение его возникновения через оптимизацию рефлексивно-смысловых механизмов регуляции состояния выгорания у преподавателей высшей школы.

В качестве методологической основы построения программы психологической профилактики выступают следующие положения:

– основные положения системного подхода в психологии (Б.Ф. Ломов, А.В. Карпов, В.В. Новиков, А.В. Барабанщиков);

- положения концепции педагогической деятельности (Л.С. Шафранова, 1924; А.И. Щербаков, 1976; И.С. Попов, 1978; Н.В. Кузьмина, 1985; Э.А. Голубева, 1993; Л.М. Митина, 1998);
- положения концепции психического выгорания (Форманюк Т.В., 1994; Бойко В.В., 1999; Рукавишников А.А., 2001; Орел В.Е., 2005; Maslach С., 1982);
- положения концепции психической регуляции (А.В. Карпов, 2002; В.И. Моросанова, 2004; А.О. Прохоров, 2009; Д.А. Леонтьев, 2010).

Построение и реализация программы психологической профилактики осуществлялось на основании следующих принципов:

- 1) принцип комплексности и системности в осуществлении мероприятий психологического воздействия;
- 2) принцип адекватности и последовательности в реализации психологических воздействий;
- 3) принцип добровольности и готовности участников к работе по данной программе;
- 4) принцип единства диагностики, профилактики и коррекции, отражающий целостность процесса оказания психологической помощи как особого вида практической деятельности психолога;
- 5) принцип учета индивидуальных особенностей личности;
- 6) принцип направленности психологического воздействия на восстановление, модификацию поведения, комбинацию реакций уже имеющегося поведенческого репертуара;
- 7) принцип комплексности методов психологического воздействия.

Таким образом предлагаемая программа психологической профилактики возникновения состояния выгорания преподавателей высшей школы построена с учетом специфики профессиональной деятельности в условиях высшей школы, ориентирована на решение следующих задач:

1. Повышение эмоциональной устойчивости преподавателей высшей школы.
2. Повышение уровня рефлексивности преподавателей высшей школы.
3. Повышение осмысленности жизни преподавателей высшей школы.
4. Обучение преподавателей высшей школы навыкам саморегуляции.

#### Литература:

1. Кузнецова А.А. Особенности состояния выгорания с учетом специфики педагогической деятельности.// Актуальные вопросы психологии: Материалы Международной научно-практической конференции.: Сборник научных трудов.– Краснодар, 2012. С. 87-89.
2. Кузнецова А.А. Система смысложизненных ориентаций как механизм регуляции состояния выгорания у преподавателей высшей

школы.// Актуальные вопросы психологии: Материалы Международной научно-практической конференции.: Сборник научных трудов.– Краснодар, 2012. С.90-92.

3. Кузнецова А.А. Влияние когнитивного компонента на рефлексивно-смысловые механизмы регуляции состояния выгорания у преподавателей высшей школы.// Научно-практический журнал «Московское научное обозрение», 2012. № 6 (22) С. 50-52.

4. Кузнецова А.А. Параметры системы саморегуляции и рефлексивные механизмы регуляции состояния выгорания в условиях педагогической деятельности.//Образование и общество,2012.№4(75) С.54-60

## ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИССЛЕДОВАНИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

*Березовская Р.А.*

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Круг исследований здоровья человека чрезвычайно широк и имеет междисциплинарный характер. Если оценка выраженности здоровья на уровне организма находит в современной медицине достаточно удовлетворительное решение, то в отношении психического и особенно социального здоровья об этом говорить преждевременно.

Обозначившийся в 80-90-е годы XX в. интерес исследователей к проблеме социально-психологических факторов здоровья способствовал появлению целого ряда работ как в зарубежной (D.Engel, D.Matarazzo, E.Sarafino, J.Ogden, I.Albery, M.Munafo, A.Lyons, K.Chamberlain, V.Renneberg, P.Hammelstein), так и в отечественной науке (Ананьев В.А., Братусь Б.С., Васильева О.С., Гурвич И.Н., Даниленко О.Л., Калитеевская Е.Р., Куликов Л.В., Никифоров Г.С., Сокольская М.В., Филатов Ф.Р.). Актуальность названных работ обусловлена, прежде всего, важностью вопросов психологического обеспечения здоровья здорового человека на всем протяжении его жизненного пути.

Современные тенденции заболеваемости в развитых индустриальных обществах актуализировали идею индивидуальной ответственности человека за состояние своего здоровья, что, в свою очередь, приводит к постепенной смене оздоровительной парадигмы: акцент переносится с лечения болезней на их профилактику и пропаганду способов сохранения и укрепления здоровья. При этом наблюдается соответствующее изменение вектора интереса исследователей от анализа различных атрибутов болезни к изучению здоровья и факторов его формирования, среди которых особое место занимают вопросы индивидуальной ответственности человека за состояние своего здоровья.

Учитывая сложную и многомерную природу феномена здоровья, следует признать недостаточную разработанность в отечественной психологии теории здоровья, его психологических механизмов и дидактических вопросов обучения эффективным стратегиям здоровьесбережения сохранения и укрепления здоровья с учетом индивидуально-психологических особенностей человека. Весомый вклад в разработку названной проблемы может внести *психология здоровья* как наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения и укрепления [8]. Актуальной для развития этой области научных знаний является разработка личностного подхода к проблемам психологического обеспечения здоровья здорового человека на всем протяжении его жизненного пути. Научно обоснованным такой подход может быть, если он опирается на общепсихологическую концепцию личности. Не претендуя на окончательное решение вопроса, и оставляя за каждым специалистом право выбора его собственной теоретико-методологической позиции, хотелось бы остановиться на возможностях использования *концепции «психологии отношений»* (В. М. Бехтерев, А. Ф. Лазурский, В. Н. Мясищев, Б. Г. Ананьев, Б. Ф. Ломов).

В отечественной психологии конца XIX - первой трети XX веков проблема отношений выделилась в число первостепенных, так как насущной необходимостью того времени были поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека и его взаимодействий с социальной средой. Идея отношения (или субъектно-объектной связи) может быть рассмотрена как фундаментальная научная идея, и ее значение состоит в том, что в целостном объекте изучения объединяются как минимум две соотносящиеся стороны, ранее рассматриваемые как автономные, в утверждении о невозможности их описания вне связи друг с другом [6].

Наиболее широкое и многостороннее освещение *идеи субъектно-объектной связи* получили в работах В.Н. Мясищева. В них отношение предстает как предмет специального анализа: дается определение понятия, выделяются конкретные виды и основные характеристики отношений, рассматриваются основные компоненты психических отношений и особенности (уровни) развития отношений в онтогенезе.

В.Н. Мясищев разрабатывал концепцию «психологии отношений», органически связывая её с раскрытием природы и структуры личности. Он доказательно утверждал, что психические отношения являются внутренней стороной «...связи человека с действительностью, содержательно характеризующей личность как активного субъекта с его избирательным характером внутренних переживаний и внешних действий, направленных на различные стороны объективной действительности...» [7, с.101]. Психологический смысл отношения состоит в том, что оно является психическим выражением связи субъекта и объекта. Необходимо также отметить, что отношения выполняют функцию регуляторов поведения, т.е. их изучение выявляет потенциальный план личности, систему внутренних механизмов поведения.

Таким образом, отношение к здоровью вполне может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую должно быть направлено психокоррекционное воздействие специалиста, работающего в области психологии здоровья. При этом, дифференцированный подход к психокоррекционной работе должен опираться на всестороннее изучение особенностей отношения человека к своему здоровью. А концепция «психология отношений», в свою очередь, может быть выбрана как теоретико-методологическая основа изучения здоровья человека, так как отношение к здоровью, с одной стороны, является отражением индивидуального опыта человека, а, с другой - оказывает существенное влияние на его поведение.

*Отношение к здоровью* – это «система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния» [3, с. 32-33]. Наряду с «отношением к здоровью» в литературе встречаются такие термины (концепты) как: «внутренняя картина здоровья» (Ананьев В.А., Каган В.Е., Коржова Е.Ю., Мамайчук И.И.); «социальные представления о здоровье» (Бовина И.Б., Филатов Ф.Р., FlickU., 2000; GalliI., FasanelliR., HerzlichK.); «валеоустановка» (Белинская Т.В., Васильева О.С., Филатов Ф.Р., Малоземов О.Ю.) и другие. Это отражает не только растущий интерес к данной проблематике, но и многообразие принципов и путей исследования, а также неустойчивость концептуального аппарата, который используется в рассматриваемой области [1]. Сравнительный анализ названных выше понятий, проведенный на основе сопоставления их основных структурных компонентов, позволяет рассматривать их как синонимичные. Однако, в методологическом плане, как нам представляется, предпочтение следует отдать категории «отношения», так как она наиболее обоснована с позиции теории личности.

Проведенный нами теоретико-методологический анализ научной литературы по проблеме исследования отношения к здоровью в современной отечественной психологии позволяет сделать следующие выводы:

- большинство исследований выполнены в рамках структурно-функционального подхода (в них, в основном, рассматриваются такие вопросы как определение и описание структуры отношения к здоровью, выделение его основных характеристик, а также его влияние на поведение, то есть регулирующая функция);
- изучение, описание и осмысление основных компонентов отношения человека к своему здоровью в научных исследованиях представлено неравномерно, что находит свое выражение в преобладании когнитивно-поведенческих исследований, при недостаточной освещенности эмоционального компонента, ценностно-мотивационных и смысловых особенностей отношения;
- отмечается парадоксальный характер отношения к своему здоровью современного человека, то есть на то, что существует значительный

разрыв между декларацией высокой ценности здоровья и ее практической реализацией на поведенческом уровне [1].

Следует также констатировать недостаток работ, направленных на теоретическое и методологическое осмысление проблемы. Кроме того, несмотря на значительный объем эмпирических данных, накопленных к настоящему моменту, ряд вопросов по-прежнему остается открытым. Особое место среди них занимает проблема формирования и развития ценностного отношения человека к своему здоровью как основа его профилактики, так как именно отношение к здоровью определяет внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья. Другим важным вопросом является уточнение компонентного состава отношения к здоровью, что позволит более полно описать сложную картину взаимодействия и взаимообусловленности когнитивных, эмоциональных, ценностно-мотивационных и поведенческих факторов сохранения здоровья человека.

Актуальной проблемой является и разработка методических основ исследования отношения к здоровью, так как стандартизированные психодиагностические опросники, наиболее широко применяемые на данный момент, обладают рядом недостатков, отмечаемых самими исследователями. Изучение такого социально-психологического феномена как отношение личности к здоровью с позиций системного подхода подразумевает использование как количественных, так и качественных методов исследования. С одной стороны, попытки чрезмерной формализации и квантификации являются методологически неадекватными; а с другой — именно качественные методы исследования дают возможность проникать в глубинные смысловые структуры недоступные интроспективному отчету респондентов.

В заключении отметим, что концепция «психология отношений» в настоящее время не используется в полной мере в отечественной психологии; подавляющее большинство исследований проблем здоровья человека в отечественной психологии проводится в рамках теории стресса. Однако, в последние годы появился ряд работ, характеризующий все возрастающий интерес к научному наследию В.Н.Мясищева как с точки зрения теории, так и практики социально-психологических исследований [1, 4, 5, 6, 9]. В них обосновывается эффективность применения концепции как в качестве общепсихологической теоретической основы научных исследований в области здоровья и болезни, так и в качестве теоретико-методологического основания решения актуальных проблем социальной, медицинской и педагогической практики.

Не вызывает сомнения тот факт, что работы В.Н.Мясищева и его школы оказали плодотворное влияние на развитие отечественной медицинской (клинической) психологии и психотерапии. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что «... и настоящее, и будущее будут испытывать "теорию отношений", концепцию этиопатогенеза неврозов и систему патогенетической психотерапии В.Н.Мясищева в конкурентных

взаимоотношениях с другими теориями личности» [2]. В психологии здоровья доказанный временем мощный теоретический и практический потенциал теории отношений личности еще только предстоит раскрыть. Отношение человека к своему здоровью формирует психологическое «ядро» здоровой личности, а практическая значимость его изучения состоит в возможности использования полученных данных для разработки и реализации дифференцированного подхода к психологическому консультированию по вопросам сохранения и укрепления здоровья, а также для создания индивидуально-ориентированных оздоровительных программ.

#### Литература:

1. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии// Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. - 2011. - Вып. 1. - с. 221-226.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б. В.Н.Мясищев и медицинская психология (к 110-летию со дня рождения и 30-летию со дня смерти)// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2004. - №1. URL: [http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/04\\_01/22.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/04_01/22.shtml)
3. Журавлева И.В., Шилова Л.С., Коган В.З., Копина О.С. Отношение населения к здоровью.- М.: Институт социологии РАН, 1993.
4. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. - М.: Наука, 2006. - 238 с.
5. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология. - СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
6. Левченко Е.В. История и теория психологии отношений. - СПб.: Алетейя, 2003. – 312 с.
7. Мясищев В.Н. Психологические отношения: избранные психологические труды / Под ред. А.А. Бодалева.– М.; Воронеж: НПО «Модэк», 1995.– 356 с.
8. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред. Г.С. Никифорова – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
9. Стрельцова В.П. Концепция "психологии отношений личности" В.Н. Мясищева и её методологическая, научно-теоретическая и практико-психологическая значимость: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 Ярославль, 2002 – 145 с.

## СИТУАЦИЯ АБОРТА КАК ОСОБАЯ СЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ И СЕМЬИ.

*Блюм А.И.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия



В течение всей жизни каждый человек сталкивается с необходимостью разрешать те или иные сложные жизненные ситуации. Незавершенный опыт беременности (аборт) мы рассматриваем как особую сложную ситуацию в жизни женщины и семьи, когда она принимает решение не трансформировать свою внутреннюю позицию по отношению к своей новой телесности и проявляет активность по сохранению прежней ситуации развития.

По нашему мнению, сложная жизненная ситуация предполагает определенный выбор с заданными критериями. В ситуации аборта, когда женщина стоит перед выбором либо осознание возникшей вследствие беременности телесности и принятия роли матери или отвержение возникшей телесности, сохранение прежней телесности и непринятие роли матери, возникает смысловой выбор и личностный выбор. Осуществление смыслового выбора зависит от сформированности смысловой сферы, от характера смысловых конструктов, смысловых диспозиций и ценностей, от смыслового значения периода беременности в жизни женщины. Важными по мнению женщины решившейся на аборт критериями смыслового выбора, которые формирует она сама, является желание освободиться от ребенка, предпосылками этого стремления по мнению женщины являются: отсутствие способности беременной женщины обеспечивать оптимальные условия для развития ребёнка, несформированность образа ребёнка, ребенок является источником психологических проблем, страха и тревоги. Он кажется ей недоступным для контакта, как нечто незначительное и далёкое от неё самой.

При осуществлении личностного выбора женщины критериями предпочтения аборта, по нашему мнению являются:

- Неготовность к браку в силу стремления к независимости.
- Неразрешённость детских и пубертатных конфликтов.
- Неполная собственная семья, нередко отсутствует муж, часто воспитывается отчимом.
- В её семейной истории существует паттерн отказа от ребёнка; развод и физическое насилие регистрируются уже в поколении бабушки.
- Эмоциональная зависимость от матери, несмотря на то, что отношения с ней могут быть негативными.
- Мать характеризуется ею как агрессивная, директивная и холодная; она либо не знает о беременности дочери, либо возражает против неё.

Таким образом, женщина осуществляет сложный выбор, при котором сама задает критерии этого выбора. Этот процесс сопровождается кризисными переживаниями и восприятием сложившейся ситуации как критической.

Мы считаем целесообразным анализ критической ситуации осуществлять с позиции качества отношений с ней субъекта жизненного пути. В этом контексте представляют интерес особые жизненные ситуации, которые прерывают процесс непрерывности жизни субъекта. Такие ситуации

Ф.Е.Василюк называет критическими и определяет их как ситуации невозможности реализации субъектом внутренних потребностей своей жизни[2]. Ситуацию аборта мы рассматриваем как критическую ситуацию в жизни женщины.

Ф.Е.Василюк говорит о двух типах переживания в ситуации кризиса: «удачное» переживание, приводящее к смыслообразованию, а соответственно, и к наилучшему выходу из критической ситуации; «неудачное» переживание, когда ситуация воспринимается как угроза внутреннему благополучию и целостности, активизируются защитные механизмы личности и деятельность направлена на снижение внутреннего напряжения (там же). В нашем случае женщина испытывает неудачное переживание. В ситуации кризиса беременность воспринимается как угроза прежней жизни, внутреннему благополучию, единственным выходом, чтобы снизить возникшее внутреннее напряжение это сохранить прежнюю идентичность и сделать аборт.

Е.Ю. Коржова указывает на два важных обстоятельства взаимодействия человека с жизненной ситуацией: первое – единство или противопоставление человека и ситуации (в первом случае ситуация естественна и человек находится в ней, во втором случае ситуация воспринимается как противоречие, проблема, ситуация становится объектом жизнедеятельности человека); второе – жизненный опыт человека и его индивидуальные особенности (речь идет о активной роли человека, влияющего на те ситуации, которые возникают в его жизни)[4]. По нашему мнению женщина, находясь в жизненной ситуации первой беременности воспринимает ее как противоречие мешающее прежней жизни.

Таким образом, сложная жизненная ситуации первой беременности является тем исходным моментом изменения отношения между женщиной и окружающей средой, который влечет за собой динамические изменения во всех сферах и может рассматриваться как проявление кризиса идентичности. Она не может быть понята с позиции прежних ценностей, требуется формирование новой системы, вызванной изменениями в телесном переживании.

#### Литература:

1. Василенко Т.Д. Личностная зрелость женщины как фактор нормального протекания беременности Психология здоровья семьи. Материалы научно-практической конференции. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008;
- 2.Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст] - М.: Изд-во Моск. Ун-та. 1984. – 200 с.
3. Коржова Е.Ю. Психологическое познание судьбы человека. СПб.: Издательство РГПУ им. А.И.Герцена, 2002;
4. Коржова Е.Ю. Психология личности: Типология теоретических моделей. СПб.: Институт практической психологии, 2004;

5. Коржова Е.Ю. Психология жизненных ориентаций человека. СПб.: Изд-во РХГА, 2006;
6. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М: Смысл.2003. 487с.
7. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. //Вопросы психологии. 2000. №5. С.18-27.
8. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. //Вопросы психологии. 2001. №2. С.22-37

## РОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

*Богушевская Ю.В., Севостьянова А.О.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Потребность в обсуждении проблем, связанных с психическими расстройствами, наблюдающимися в общемедицинской сети, становится очевидной, поскольку речь идет об огромном контингенте «трудных больных» с функциональными нарушениями внутренних органов («органные неврозы»). В этих случаях они становятся причиной повышения частоты обращений за медицинской помощью, недостаточно обоснованных повторных обследований, неэффективного лечения. Патология этого круга представляет собой часть сложной психосоматической проблемы, включающей ряд междисциплинарных аспектов (вопросы полипрофессионального взаимодействия, создания новых форм помощи, обоснования принципов терапии, совершенствования квалификации интернистов, психиатров и др.) [4]. Наиболее частой локализацией органоневротических расстройств у больных, обратившихся в городские поликлиники является сердечно-сосудистая система [1, 3]. В современных систематиках недостаточно четко описаны критерии соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями, наблюдающихся у пациентов первичной медицинской сети, не обозначены субклинические признаки заболевания [2, 5, 6].

Целью исследования являлось изучение роли личностной и ситуативной тревожности в формировании соматизированных психических расстройств (СПР) с сердечно-сосудистыми проявлениями донозологического уровня у пациентов городской поликлиники.

Задачи исследования: 1) изучить уровень личностной и ситуативной тревожности у больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениям городской поликлиники с небольшой длительностью заболевания; 2) исследовать аналогичные показатели у больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями, находящихся на стационарном этапе лечения, с большей длительностью заболевания; 3) провести сравнительный анализ показателей личностной и ситуативной тревожности у больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями с разной длительностью заболевания.

В основу настоящей работы положены результаты обследования 88 больных соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями. Их диагностика осуществлялась в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10. Обследованные были разделены на две группы. В первую (основная группа – 38 человек) вошли больные СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями, обратившиеся в поликлиники г. Курска. До проведенного нами обследования они наблюдались у терапевта, кардиолога, невролога в 29 (76,31%) случаях с диагнозами «Нейроциркуляторная дистония», «Вегетативно-сосудистая дистония», и лишь у 9 больных (23,68%) диагностирован «Кардионевроз». Вторую (контрольная группа – 50 человек) составили больные СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями, находящиеся на стационарном лечении в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера. В обеих группах нами диагностированы соматоформные (соматизированное, F 45.0), аффективные (легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, F 32.01) и тревожные (эпизодическая пароксизмальная тревога, F 41.0) расстройства. Особенностью клинической картины СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями у пациентов поликлиники являлось ее неполное соответствие диагностическим указаниям МКБ-10 и DSM-IV. У больных с соматизированным расстройством длительность заболевания была менее 2-х лет, отсутствовало необходимое для диагностики количество симптомов. При легком депрессивном эпизоде с соматическими симптомами их количество было менее 4-х. У больных с эпизодической пароксизмальной тревогой преимущественно наблюдались «симптоматически бедные» приступы, отсутствовала «тревога предвосхищения», частота приступов была невысокой.

Длительность заболевания у больных основной группы составила до 1 года, контрольной – более 1 года (от 1 до 5 лет).

При проведении исследования использовали следующие методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический. Больные основной группы были всесторонне обследованы во время посещения различных специалистов поликлиники. Для более полной объективной оценки состояния больных, находящихся в стационаре (контрольная группа), им проводили соматическое и неврологическое обследование с участием специалистов (терапевт, невролог, эндокринолог и др.). Для изучения уровней личностной и ситуативной тревожности применяли шкалу личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина. Оценка результатов осуществлялась в соответствии с распределением показателей: до 30 баллов – низкая тревожность, 31-45 – средняя, 46 и выше – высокая тревожность.

Применяли следующие статистические технологии: 1) описательная статистика. Определялись абсолютные и относительные показатели; 2) t-статистика. Использовался метод сравнения относительных величин, с

помощью которого анализировалась значимость разности показателей двух групп (t-критерий Стьюдента); 3) U-критерий Манна-Уитни, позволяет выявить различия между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака.

Для изучения динамических особенностей психологических параметров заболевания проведена сравнительная оценка уровней личностной и реактивной тревожности у больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями поликлиники с длительностью заболевания до 1 года и стационарных больных с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет. Это позволило продемонстрировать характерные для таких больных динамические изменения показателей тревожности в развитии заболевания.

Результаты проведенного исследования начнем с обсуждения уровня личностной тревожности в основной и контрольной группах (табл.1). Изучение долевого распределения обследованных основной и контрольной групп по уровню личностной тревожности показало, что в контрольной группе достоверно преобладал высокий ее уровень (47 больных – 94 %;  $t=7,14$ ).

Таблица 1

Долевое распределение обследованных основной и контрольной групп по уровню личностной тревожности

| Уровень личностной тревожности | Основная группа (n=38) |       | Контрольная группа (n=50) |    | t    |
|--------------------------------|------------------------|-------|---------------------------|----|------|
|                                | Абс.                   | %     | Абс.                      | %  |      |
| Низкий                         | 0                      | 0     | 0                         | 0  | –    |
| Средний                        | 6                      | 15,79 | 3                         | 6  | 1,01 |
| Высокий                        | 32                     | 84,21 | 47                        | 94 | 7,14 |

Высокий уровень личностной тревожности в контрольной группе подтверждался и результатами изучения средних ее значений в баллах (табл. 2). Как видно, он составлял 60,2 балла, что достоверно выше такового в основной группе (54,4 балла;  $U_{эмп}=672$ ;  $p<0,05$ ).

Таблица 2

Балльная оценка уровня личностной тревожности у больных основной и контрольной групп (средние значения в баллах)

| Личностная тревожность |                           | U                                                          |
|------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|
| Основная группа (n=38) | Контрольная группа (n=50) | $U_{эмп}=672$ (находится в зоне статистической значимости) |
| 54,4                   | 60,2                      |                                                            |

В табл. 3 представлено долевое распределение обследованных основной и контрольной групп по уровню реактивной тревожности. Здесь, как и при изучении личностной тревожности, выявлен более высокий ее уровень у больных контрольной группы. У них достоверно преобладала доля лиц с высоким уровнем реактивной тревожности (43 больных – 86%;  $t=3,89$ ). В основной группе удельный вес лиц с низким и средним уровнями реактивной тревожности был выше, по сравнению с контрольной, однако результаты оказались статистически не достоверными (низкий – 10,52%;  $t=1,30$ ; средний – 15,79%;  $t=0,25$ ).

Таблица 3

Долевое распределение обследованных основной и контрольной групп по уровню реактивной тревожности

| Уровень реактивной тревожности | Основная группа (n=38) |       | Контрольная группа (n=50) |    | t    |
|--------------------------------|------------------------|-------|---------------------------|----|------|
|                                | Абс.                   | %     | Абс.                      | %  |      |
| Низкий                         | 4                      | 10,52 | 0                         | 0  | 1,30 |
| Средний                        | 6                      | 15,79 | 7                         | 14 | 0,25 |
| Высокий                        | 28                     | 73,69 | 43                        | 86 | 3,89 |

Полученные результаты изучения долевого распределения больных по уровню реактивной тревожности находили отражение и в показателях их среднего значения (табл. 4). В основной группе они составили 50,5 баллов, в контрольной – 57,9 баллов. Различия были статистически достоверными ( $U_{\text{эмп}}=562$ ;  $p<0,05$ ).

Таблица 4

Балльная оценка уровня реактивной тревожности у больных основной и контрольной групп (средние значения в баллах)

| Реактивная тревожность |                           | U                                                                 |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Основная группа (n=38) | Контрольная группа (n=50) | $U_{\text{эмп}}=562$ (находится в зоне статистической значимости) |
| 50,5                   | 57,9                      |                                                                   |

Как видно, для больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями характерны высокие уровни личностной и реактивной тревожности. У пациентов стационара с большей длительностью заболевания они выше, чем

у пациентов поликлиники. Этот факт свидетельствует об изменениях состояния личностной и эмоциональной сферы в сторону усугубления в динамике патологического процесса. Таким образом, показано участие механизма тревоги в формировании клинической картины соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями на различных этапах заболевания.

Выявленные у больных экспериментально-психологическим методом эмоциональные сдвиги при отсутствии клинических признаков тревожных расстройств позволяют квалифицировать их в качестве проявлений донологического уровня. Одним из механизмов симптомообразования при соматизированных психических расстройствах следует рассматривать соматическую представленность тревоги (проекция тревоги в сферу соматопсихики).

#### Литература:

1. Албантова, К.А. Кардионевроз: аспекты этиопатогенеза, клиники и динамики (обзор литературы) / К.А. Албантова // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 32-37.
2. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания: Полный справочник / Ю.Ю.Елисеев. –М., – 2003. –608с.
3. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук (14.01.06 – психиатрия) / С.В. Иванов; СПб. – 2002. – 24 с.
4. Смулевич А.Б. Колонка редактора / А.Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – № 1. – С. 1.
5. Семке В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403с.
6. Швицкая Т. И. Клинические особенности психогенных кардиалгий у сотрудников уголовно-исполнительной системы / Т.И. Швицкая // Тезисы докладов Региональной междисциплинарной научно-практической конференции «Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте». – Томск, 2010. – С. 98-100.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СТИЛЯМИ ЮМОРА И УВЛЕЧЁННОСТЬЮ РАБОТОЙ У МЕНЕДЖЕРОВ

*Буенок А.Г.*

Санкт-Петербургский Государственный Университет, г. Санкт-Петербург,  
Россия

В настоящее время большинство исследований в психологии профессионального здоровья посвящено изучению факторов риска; исследованию позитивных факторов уделяется значительно меньше внимания. Отмечается, что рассмотрение только негативных феноменов, в

частности такого явления, как выгорание, не даёт полной картины об особенностях психической деятельности человека в процессе его профессионального развития. Однако следует отметить, что с каждым годом интерес к изучению благоприятных состояний и положительных проявлений личности человека возрастает. Это направление исследований получило название позитивной психологии (M.Seligman, M.Csikszentmihalyi и др.).

Термин «увлечённость работой» (workengagement) впервые был введён в научную литературу С. Maslach и М. Leiter (1997) для обозначения явления, противоположного или полярного выгоранию. Позже W.Schaufeli с коллегами (2002) предложили рассматривать увлечённость работой как самостоятельное явление и определили его как позитивное, приносящее удовлетворение и связанное с работой явление, которое характеризуется энергичностью, энтузиазмом и поглощённостью (W. Schaufelietal., 2002, 2004, 2006). Ряд авторов считают, что описание феномена увлечённости совместно с выгоранием покрывает более широкий спектр обусловленных работой состояний здоровья современного человека [5].

Актуальность выбранной нами темы обусловлена тем, что управленческая деятельность, учитывая высокий уровень стресса, связанный как с содержанием, так и с условиями её осуществления в современной России, предъявляет повышенные требования к руководителям производственных компаний. Для эффективного выполнения стоящих перед менеджерами задач требуются значительные внутренние ресурсы, к которым можно отнести энтузиазм, энергичность, поглощённость работой как основные параметры увлечённости, а также гибкость в использовании различных стилей юмора.

*Целью нашего исследования* является изучение взаимосвязи между увлечённостью работой и стилями юмора у руководителей производственных предприятий.

Обратимся к результатам проведённого нами исследования, в котором в качестве респондентов приняли участие 189 менеджеров высшего и среднего звена производственно-коммерческих компаний г.Санкт-Петербурга. Из них: 64 женщины, 125 мужчин. Средний возраст респондентов 41 год; средний стаж управленческой деятельности в выборке составил 9,2 лет.

Прежде, чем перейти к описанию полученных результатов, кратко опишем измерительные инструменты, которые использовались в исследовании:

1. «*Утрехтская шкала увлеченности работой*» (*UtrechtWorkEngagementScale, UWES*), разработанная У.Шауфели и коллегами (2002), в адаптации Д.А.Кутузовой (2006)). Опросник имеет высокие значения психометрических показателей [3]. Опросник (как в англо-, так и в русскоязычной версии) состоит из 17 пунктов, составляющих три шкалы увлечённости работой: энергичность (6 пунктов), энтузиазм (5 пунктов), поглощённость деятельностью (6 пунктов). Так же, как и при выявлении уровня выгорания, испытуемые оценивают, насколько часто они испытывают то или иное переживание по отношению к своей работе, по 7-балльной шкале



от «никогда» (0 баллов) до «каждый день» (6 баллов). Далее рассчитывается средний показатель по каждой шкале, который сравнивается со статистическими нормами, и определяется степень выраженности каждой из трёх шкал. О сформированности увлечённости говорит высокий уровень выраженности всех трех шкал.

2. *Опросник диагностики стилей юмора* Р. Мартина, адаптированный С.Н.Ениколоповым с соавторами, который позволяет оценить предпочитаемый человеком стиль юмора [1, 4]. Методика разработана на основе двухмерной модели юмора и включает в себя соответствующие выделенным стилям шкалы: аффилиативный юмор (Affiliative); самоподдерживающий (Self-enhancing); агрессивный (Aggressive) и самоуничижительный юмор (Self-defeating). Предложенная Р.Мартинем с соавторами классификация стилей юмора основана на таких критериях как направленность юмора на себя или на отношения с окружающими, а также поддерживающий характер юмора или уничижительный его тон, насмешка [4].

Перейдём к описанию полученных нами данных по «Утрехтской шкале увлечённости работой». Установлено, что респонденты, принимавшие участие в нашем исследовании, в наибольшей степени склонны к проявлению энтузиазма в работе ( $M=4,37$ ,  $\sigma=0,67$ ). Наличие энтузиазма характеризуется преданностью своей работе, душевным подъёмом, чувством значимости своего труда, воодушевления и гордости в отношении работы. Эта шкала имеет сходство с более традиционным понятием приверженности работе, что позволяет говорить о получении менеджерами удовлетворения от её выполнения. Испытуемые также обладают достаточно высокой степенью энергичности ( $M=4,30$ ,  $\sigma=0,57$ ), которая характеризуется высоким уровнем бодрости, готовностью менеджеров к проявлению значительных усилий, настойчивостью и решительностью при возникновении сложностей в работе. Исследователи относят энергичность к мотивационному аспекту деятельности и отмечают её сходство с феноменом внутренней мотивации [5]. Таким образом, можно говорить о достаточно высокой степени профессиональной мотивации у респондентов, что, на наш взгляд, положительно отражается на качестве выполняемой ими работы. По шкале «поглощённость работой» полученные результаты несколько ниже ( $M=4,18$ ,  $\sigma=0,61$ ). Следовательно, можно говорить о том, что поглощённость, которая отличается концентрацией внимания, погружением в работу, переживанием радости, ощущением того, что время на работе пролетает незаметно, в меньшей степени свойственна опрошенным менеджерам. Такое состояние М. Csikszentmihalyi соотносит с состоянием «потока». Состояние «потока» в работе испытывает профессионал, у которого наблюдается баланс между требованиями работы (или сложностью задач) и его профессиональными навыками. Состояния поглощённости и «потока» различаются тем, что поглощённость является более стойким состоянием и характерно для рабочих ситуаций, а «поток» является скорее пиковым состоянием, которое возможно испытать в любой сфере деятельности [6]. В целом, полученные

результаты позволяют говорить о достаточно высокой степени увлечённости менеджерами своей работой.

Перейдем к описанию результатов исследования стилей юмора. Установлено, что в нашей выборке у руководителей адаптивные формы юмора имеют более высокие средние значения по сравнению с дезадаптивными стилями. Так, самое высокое среднее значение получено по шкале «самоподдерживающего стиля юмора» ( $M=4,21$ ,  $\sigma=0,39$ ); показатели, полученные по шкале «аффилиативного стиля юмора» ( $M=4,03$ ,  $\sigma=0,31$ ), немного ниже. Преобладание среди менеджеров самоподдерживающего стиля юмора указывает на то, что руководителям присущ оптимистический взгляд на жизнь, они умеют сохранять чувство юмора перед лицом трудностей. Мы предполагаем, что респонденты способны адекватно рассматривать происходящие события, положительно переоценивать их. Они умеют вовремя дистанцироваться от ненужных контактов, обладают навыками планирования, что указывает на их организаторские способности, хорошо адаптированы и характеризуются невраждебным, философским взглядом на жизнь. Полученные данные указывают на то, что участвовавшие в опросе менеджеры, вероятнее всего, обладают стабильным эмоциональным здоровьем.

Дезадаптивные формы юмора у менеджеров менее выражены: по шкале «агрессивного стиля юмора» получены более низкие средние значения ( $M=3,52$ ,  $\sigma=0,72$ ). Респонденты не склонны использовать юмор для критики других, с целью манипулирования ими, как это бывает при обращении к таким формам юмора как сарказм, ирония, насмешки, высмеивание окружающих. Наименее предпочтительным для менеджеров является самоуничижительный стиль юмора. По этой шкале получено самое низкое среднее значение ( $M=3,45$ ,  $\sigma=0,79$ ). Вполне предсказуемо, что опрошенные нами руководители не склонны к заискиванию перед окружающими, не позволяют им делать себя объектом шуток и не готовы разделить с ними этот смех. Им присуща адекватная самооценка; они не испытывают потребности в поддержке со стороны других людей; их эмоциональное состояние достаточно стабильно и не подвержено чужому влиянию.

В соответствии с задачами исследования нами был проведён корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена, результаты которого показали наличие различных взаимосвязей между основными параметрами увлечённости работой и изучаемыми стилями юмора у менеджеров:

- самоподдерживающий стиль юмора положительно коррелирует с энергичностью ( $r=0,388$ ;  $p\leq 0,01$ ) а также с поглощённостью работой ( $r=0,281$ ;  $p\leq 0,01$ );
- самоуничижительный ( $r=0,423$ ;  $p\leq 0,01$ ) и агрессивный стили юмора ( $r=0,196$ ;  $p\leq 0,01$ ) положительно коррелируют с энергичностью;
- агрессивный стиль юмора отрицательно коррелирует с энтузиазмом ( $r= -0,490$ ;  $p\leq 0,01$ ) и самоуничижительный стиль юмора также отрицательно коррелирует с энтузиазмом ( $r= -0,472$ ;  $p\leq 0,01$ );

- общий показатель увлечённости работой положительно коррелирует с самоподдерживающим стилем юмора ( $r=0,269$ ;  $p\leq 0,01$ ) и отрицательно – с агрессивным стилем юмора ( $r= -0,172$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Таким образом, установлена совместная изменчивость изучаемых переменных: самоподдерживающего стиля юмора с энергичностью и поглощённостью. Полученные положительные связи вполне закономерны, так как мы предполагаем наличие причинно-следственных связей между использованием самоподдерживающего стиля юмора и повышением энергичности и поглощённости.

Для проверки этой гипотезы в работе применялся регрессионный анализ с использованием пошагового метода. Зависимой переменной выступал общий показатель увлечённости работой; в качестве возможных предикторов рассматривались стили юмора и отношение к юмору.

В результате регрессионного анализа получена модель, в соответствии с которой изменчивость общего уровня увлечённости работой на 68% обусловлена двумя предикторами, а именно: использованием самоподдерживающего ( $B=0,392$   $\beta=0.316$ ) и агрессивного стилей юмора ( $B=-0,159$   $\beta=-0.235$ ). Отметим, что значения  $\beta$ -коэффициентов служат показателем вклада каждой из переменных в регрессионную модель. Таким образом, самый большой вклад в изменчивость показателя увлечённости в нашей выборке вносит самоподдерживающий стиль юмора: чем выше показатели по данному параметру, тем выше общий уровень увлечённости работой у менеджеров, участвовавших в нашем исследовании. Использование же агрессивного стиля юмора, наоборот, снижает увлечённость.

Таким образом, подводя итоги проведенного эмпирического исследования, следует отметить, что в группе опрошенных менеджеров использование всех стилей юмора отличается определенной уравновешенностью, что очень важно для данного рода профессии. Благодаря тому, что менеджеры в преобладающей степени используют адаптивные стили юмора, а также увлечены и достаточно поглощены своей профессией, мы можем предположить, что их эмоциональное состояние можно рассматривать как достаточно стабильное. Обладание таким навыком как использование самоподдерживающего стиля юмора даёт возможность предположить, что респонденты здраво и осмысленно задействуют свои внутренние возможности для решения той или иной проблемы. Использование самоподдерживающего стиля юмора можно предположительно рассматривать как ресурс для поддержания увлечённости. Следовательно, можно предположить, что полученные данные будут также дифференцированно связаны и с показателями профессионального здоровья.

Проблема изучения психологических особенностей управленческой деятельности для отечественной психологии не является новой, однако проведённое эмпирическое исследование – это одна из первых попыток изучить взаимосвязь такого позитивного фактора как увлечённость с четырьмя стилями юмора у руководителей, что, на наш взгляд, позволяет

расширить перечень исследованных личностных ресурсов, используемых для разрешения профессионально-трудных ситуаций.

#### Литература:

1. Ениколопов С.Н., Иванова Е.М., Зайцева А.С. Апробация опросника Р.Мартина на стили юмора. Материалы IV Всероссийского съезда Российского общества психологов. Ростов-на-Дону. 18–21 сентября 2007; 1: 357.
2. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) // Вопросы психологии, 2006. № 4. С.122-133.
3. Кутузова Д.А. Организация деятельности и стиль саморегуляции как факторы профессионального выгорания педагога-психолога: Дис. ... канд. психолог.наук. – М,2006.
4. Мартин Р.А. Психология юмора/Пер. с англ. под ред. Л.В. Куликова. – СПб., 2009. – 480с.
5. Полунина О.В. Взаимосвязь увлеченности работой и профессионального выгорания (на примере представителей сферы обслуживания): Автореф. дис. ... канд. псих.наук. - М, 2009.
6. Чиксентмихайи М. Поток. Психология оптимального переживания. – М., 2012.

## ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЛИЧНОСТИ

*Василенко Т.Д.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

При изучении соматической патологии как жизненного события особого рассмотрения требуют вопросы, касающиеся как самой ситуации, так и того, с каким индивидуальным опытом входит человек в эту ситуацию. Когда над человеком нависает угроза его здоровью в виде хронического заболевания и эта угроза получает конкретное название и определенность в форме медицинского диагноза, может случиться так, что сам человек не в состоянии полностью осознать и принять эту ситуацию, при всей ее значимости для дальнейшей жизни. Болезнь как явление соматическое на начальном этапе не получает презентации в системе смыслов и ценностей, не включается в систему самоотношения, и поэтому первой, и в большей или меньшей степени, сохраняющейся реакцией на болезнь будет тревога.

В современной отечественной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления личностных характеристик, ответственных за успешную адаптацию и совладание с жизненными трудностями. Д.А.Леонтьев вводит понятие личностного потенциала как интегральной характеристики уровня личностной зрелости. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, а также меру прилагаемых ею усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни [4; 5].

Феноменологию, отражающую различные аспекты личностного потенциала преодоления жизненных обстоятельств, в разных подходах

зарубежной и отечественной психологии обозначали такими понятиями, как воля, сила Эго, внутренняя опора, локус контроля, ориентация на действие, воля к смыслу и др. Наиболее полно, с точки зрения Д.А.Леонтьева, этому понятию в зарубежной психологии соответствует понятие «жизнестойкость» (*hardiness*), введенное С.Мадди[6]. Согласно теории С.Мадди, через углубление аттитюдов включенности, контроля и вызова (принятия вызова жизни), обозначенных как жизнестойкость, человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его жизненном пути [6]. Понятие жизнестойкость отражает, с точки зрения С. Мадди и Д. Кошаба, психологическую «живучесть» и расширенную эффективность человека, а также является показателем психического здоровья человека. Было обнаружено, что жизнестойкость является общей мерой психического здоровья человека и включает аттитюды, мотивирующие человека преобразовывать стрессогенные жизненные события. Жизнестойкость свидетельствует о том, насколько личность способна совладать с трудностями и изменениями, с которыми она сталкивается каждый день, и с теми, которые носят околоэкстремальный и экстремальный характер[5; 10].

С.Мадди выделил следующие характеристики жизнестойкости:

- «включенность» (*commitment*) - важная характеристика в отношении себя и окружающего мира, она дает возможность чувствовать себя значимым и достаточно ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрессогенных факторов и изменений;

- «контроль» (*control*) - мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в противовес впаданию в состояние беспомощности и пассивности;

- «вызов» (*challenge*) - помогает человеку оставаться открытым окружающей среде и обществу. Она состоит в восприятии личностью событий жизни как вызова и испытания лично себе[5;6; 10].

Кроме описанных выше характеристик, жизнестойкость включает в себя такие базовые ценности, как кооперация (*cooperation*), доверие (*credibility*) и креативность (*creativity*) (там же). Таким образом, жизнестойкость - это своего рода операционализация введенного П.Тиллихом понятия «мужество быть»[9].

Согласно многочисленным исследованиям (*SolcovaI., TomanekP., 1994; SolcanaI., SykoraJ.,1995; MaddiS., KhoshabaD., 1994, 1999* и др.), высокие показатели жизнестойкостикоррелируют с самоэффективностью, компетентностью, развитием стратегийсовладания; такие люди испытывают меньше стрессов в повседневной жизни, у них усилена роль вторичной переоценки событий, жизнестойкость выступает как буфер на пути перехода стресса в болезнь и против неблагоприятных физических следствий стресса [1].

Имеется также тесная взаимосвязь между поведением, направленным на профилактику болезней, и жизнестойкостью: это психологическое

качество вносит весомый вклад в адаптивную деятельность человека, помогая снизить риск заболеваний (там же). Особое значение жизнестойкость приобретает при тяжелых заболеваниях, связанных с серьезными ограничениями или инвалидностью. В этом случае жизнестойкость становится ресурсом, позволяющим справиться с отчаянием, ощущением беспомощности и потери смысла. Помимо этого, у жизнестойкого пациента болезнь реже вызывает обострение застарелых психологических переживаний и конфликтов и чувства вины в семье[1].

Социальный стереотип заболевания связан с типом заболевания. В нашем исследовании мы рассмотрели два типа заболевания: гастроэнтерологическое (социальный стереотип нейтральный) и кардиологическое (социальный стереотип негативный).

В проведенном нами исследовании приняли участие здоровые испытуемые, мужчины и женщины (288 человек); мужчины и женщины, находящиеся в ситуации хронического соматического заболевания - гастроэнтерологического (N – 123) и кардиологического (N – 130). Исследование проводилось на следующих базах города Курска: лаборатория экспериментальной психологии кафедры общей и клинической психологии, психологический Центр Курского государственного медицинского университета; МУЗ городские больницы №2, №3. Были использованы следующие методики: для исследования временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе в адаптации А. Сырцовой[3;8], Шкала временных установок Ж. Нюттена и У. Ленса[7], методика «Линия жизни» в авторской интерпретации[2]; жизнестойкости - тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева[5].

Рассматривая различия между группой гастроэнтерологических (нейтральный социальный стереотип) и кардиологических (негативный социальный стереотип) больных, нами были выявлены различия по параметрам жизнестойкости: значимое снижение вовлеченности, контроля и принятия риска у больных с негативным социальным стереотипом заболевания.

Мы также рассмотрели систему взаимосвязей параметров жизнестойкости и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности, результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Корреляционные связи между параметрами жизнестойкости и временными аспектами субъективной картины жизненного пути личности в зависимости от телесного опыта

| Показатели                                        | здоровые  | гастро. | кардио. |
|---------------------------------------------------|-----------|---------|---------|
| Вовлеченность & точка настоящего                  | -         | -0,208  | -       |
| Вовлеченность & графическая временная ориентация  | -         | 0,377   | -       |
| Вовлеченность & негативное прошлое                | -         | -       | -0,489  |
| Вовлеченность & будущее                           | -         | 0,282   | 0,350   |
| Вовлеченность & позитивное прошлое                | 0,384     | 0,487   | -       |
| Вовлеченность & установка на прошлое              | -0,245163 | -       | 0,259   |
| Вовлеченность & установка на настоящее            | -         | -       | 0,265   |
| Вовлеченность & установка на будущее              | 0,365     | 0,289   | -       |
| Контроль & графическая временная ориентация       | -         | 0,359   | -       |
| Контроль & негативное прошлое                     | -         | -       | -0,568  |
| Контроль & будущее                                | -         | 0,470   | 0,298   |
| Контроль & позитивное прошлое                     | 0,370     | 0,389   | -       |
| Контроль & фаталистическое настоящее              | -         | -       | -0,288  |
| Контроль & установка на прошлое                   | -0,220    | -       | 0,555   |
| Контроль & установка на настоящее                 | -         | -       | 0,428   |
| Контроль & установка на будущее                   | 0,412     | 0,257   | 0,428   |
| Принятие риска & графическая временная ориентация | -         | 0,350   | -       |
| Принятие риска & негативное прошлое               | -         | -       | -0,432  |
| Принятие риска & позитивное прошлое               | 0,341     | 0,412   | 0,304   |
| Принятие риска & установка на прошлое             | -0,253    | -       | 0,257   |
| Принятие риска & установка на настоящее           | -         | -       | 0,263   |
| Принятие риска & установка на будущее             | 0,267     | 0,280   | -       |

Анализируя полученные взаимосвязи между параметрами жизнестойкости и временными аспектами субъективной картины жизненного пути личности, отмечаем, что процессы вовлеченности в ситуации гастроэнтерологической патологии необходимы для построения широкой временной перспективы и восприятия будущего как положительного, хотя их активность подавляет восприятие текущей жизненной ситуации как позитивной. В ситуации кардиопатологии вовлеченность включается в восприятие прошлого как позитивного и формирование положительной установки на прошлое и настоящее. В ситуации нормы и гастроэнтерологической патологии вовлеченность необходима в большей степени для формирования позитивной установки на прошлое. Способность и важность контролировать происходящее и свою жизнь более важна в построении жизненного пути личности в ситуации кардиологического заболевания. Активность механизмов контроля дает возможность больным

кардиопатологией воспринимать прошлое, настоящее и будущее как позитивное и поддающееся влиянию самого субъекта. Аналогичная ситуация складывается с механизмом принятия риска как процесса жизнестойкости. Необходима более выраженная степень принятия риска в ситуации кардиопатологии для адекватного построения субъективной картины жизненного пути личности и позитивного восприятия большинства аспектов временной перспективы.

В целом, можно отметить большую важность процессов жизнестойкости в сохранении адаптивной субъективной картины жизненного пути личности в ситуации болезни как таковой, а в ситуации кардиологического заболевания особенно.

Таким образом, жизнестойкость выступает как личностный ресурс в сложных жизненных ситуациях, в том числе и ситуациях, связанных с хроническим соматическим заболеванием или иным телесным опытом, требующим преодоления.

#### Литература:

1. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня: сб. науч. тр. / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – Кемерово : Кузбассвузиздат, 2004. – Вып. 2. – С. 82-90.
2. Василенко, Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии / Т.Д. Василенко – Курск : Изд-во КГМУ, 2011. – 572 с.
3. Зимбардо, Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит нашу жизнь / Ф. Зимбардо, Дж. Бойд. – СПб. : Речь, 2010. – 352 с.
4. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд., испр. – М. : Смысл, 2003. – 488 с.
5. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
6. Мадди, С.Р. Смыслообразование в процессе принятия решения / С.Р. Мадди // Психол. журн. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87-101.
7. Нюттен, Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Ж. Нюттен ; под ред. Д.А.Леонтьева. – М. : Смысл, 2004. – 608 с.
8. Сырцова, А. Возрастная динамика временных ориентаций личности / А. Сырцова, О.В. Митина // Вопр. психологии. – 2008. – № 2. – С. 41-54.
9. Тиллих, П. Бытие, небытие и тревога / П. Тиллих // Моск. психотерапевт. журн. – 1994. – № 1. – С. 48-72.
10. Maddi, S. Personality Hardiness and Success in Basketball / S. Maddi, M. Hess // J. Sport Psychol. – 1992. – Vol. 23. – P. 360-368.



# СОЦИАЛЬНЫЙ СТЕРЕОТИП ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ<sup>1</sup>

*Василенко Т.Д., Селин А.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящее время становится актуальным рассмотрение ситуации болезни с позиции социальной психологии [1], так как исследования, проводимые в рамках клинической психологии, затрагивая ряд важнейших особенностей личности, в недостаточной степени раскрывают социально-психологические аспекты ситуации заболевания, которые играют важную роль в функционировании личности. Рассмотрение личности в ситуации хронического соматического заболевания с позиции социальной психологии достаточно редко встречается в современной отечественной литературе, хотя существуют зарубежные исследования, рассматривающие социально-психологические аспекты функционирования личности в ситуации соматического заболевания [2].

Заболевание деформирует жизненно-смысловую перспективу, «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» [3]. При этом, наряду с физическими изменениями в организме, болезнь, формируя новую «социальную ситуацию развития» [4], нарушает сформировавшиеся паттерны поведения и деятельности, разрушает социальные связи, запускает работу психических процессов, направленных на осмысление сложившейся ситуации и себя в ней, деформируя тем самым личностную идентичность и формируя явление кризиса.

Социальная ситуация развития в условиях заболевания становится предметом активной «внутренней работы» самого больного, обширная зона психической активности которого сразу же фокусируется на страдании, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные изменения в структуре личности [5] «Изучение сущности этого процесса – важнейшее условие успешной разработки проблемы личности и ее изменений у соматически больных» [6].

Соматическое заболевание, являясь личностно-значимым, оказывает существенное влияние на процессы переживания человеком времени, на отношение человека к своему прошлому, настоящему и будущему. Трансформация временной организации затрагивает также мотивационную сферу личности, воздействует на осознанную активность, желание и способности справляться с трудными жизненными ситуациями.

Мы считаем, что не болезнь сама по себе приводит к изменению временной организации личности, а лишь в контексте той социальной ситуации, которая складывается у больного человека. В данном исследовании мы рассмотрели социальный стереотип заболевания.

---

<sup>1</sup> Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК- 4130.2011.6.

Таким образом, целью исследования явилось изучение особенностей временной перспективы личности во взаимосвязи с социальным стереотипом хронической соматической патологии.

Мы выдвигаем гипотезу о том, что хроническое соматическое заболевание, формируя специфическую социальную ситуацию развития, обусловленную социальным стереотипом заболевания, изменяет временную перспективу личности.

В качестве методов исследования нами были применены следующие: опросник Ф.Зимбардо по временной перспективе (ZTPI) в адаптации А.Сырцовой [7, 8]; Шкала временных установок Ж.Нюттена и У.Ленса [9].

Для статистического анализа были использованы методы описательной и сравнительной статистики: анализ средних тенденций, непараметрические критерии U Манна-Уитни. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0.

В исследовании приняли участие люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, в возрасте от 20 до 53 лет, в количестве 142 человек.

Исследование проводилось на базе Курской городской больницы №3 в 2006 – 2008 гг.

В процессе исследования мы рассмотрели роль социального стереотипа заболевания в изменении временной организации личности, что нашло отражение в результатах исследования.

Социальный стереотип заболевания в нашем исследовании определяется типом заболевания: мы рассмотрели два типа заболевания: гастроэнтерологическое (нейтральный социальный стереотип) и кардиологическое (негативный социальный стереотип). В результате сравнения групп, различающихся по социальному стереотипу заболевания, были получены статистически значимые различия по показателям «Установка на прошлое» при  $p=0,002$  и «Установка на будущее» при  $p=0,001$ . Это говорит нам о том, что, в социальной ситуации хронического соматического заболевания с негативным социальным стереотипом (кардиологическое заболевание) люди не склонны строить планов на будущее и живут вчерашним или сегодняшним днем, т.к. эта группа заболеваний представляет в общественном мнении большую опасность для оптимального функционирования человека.

В случае гастроэнтерологической патологии (нейтральный стереотип) - испытуемые более положительно, тепло и сентиментально относятся к своему прошлому, для них характерна позитивная его реконструкция, нежели у больных кардиологического профиля. В ситуации негативного социального стереотипа заболевания (кардиопатология) испытуемые более негативно относятся к своему будущему. Это может быть связано с неопределенностью исхода заболеваний сердечно-сосудистой системы, частыми случаями внезапной смерти, что не характерно для заболеваний гастроэнтерологического профиля.

Люди в ситуации с негативным социальным стереотипом в большей степени, чем с нейтральным, указывают на наличие конфликтов и изменения в общении с ближайшим социальным окружением – семья, коллеги по работе и т.д.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод, что при негативном стереотипе (ситуация заболеваний сердечно-сосудистой системы) отношение к будущему более негативно, временная перспектива значительно сужена в сравнении с людьми с нейтральным социальным стереотипом заболевания (ситуация заболеваний гастроэнтерологического профиля).

Литература:

1. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект Пресс, 2008.
2. Бауман У., Перре М. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2001.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2007, с. 12.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. - М.: Педагогика, 1984 Т. 4.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., МГУ, 1987. с. 69.
6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR–Аргис, 1995. с. 246.
7. Сырцова А. Возрастная динамика временной перспективы личности. Автореф. Дисс. ... канд. психологических наук. – М., 2008.
8. Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1999.
9. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего – М.: Смысл, 2004.
10. Василенко Т.Д. Время человеческого бытия и психологические особенности его переживания. Дис...канд. психол. наук. Тбилиси, 1994.
11. Schoots J.J.F. ten Kate C.A. Metaphors, Aging and Life-Line Interview Method. *Current Perspectives on Aging and Life Cycle*, Vol. 3, Jay Press Inc., London, 1989.

**АДДИКЦИЯ К ПИЩЕ У ПАЦИЕНТОВ  
СПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ  
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

*Волошина Д.Н., Линский И.В.*

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМНУКРАИНЫ»,  
г.Харьков, Украина

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных степеней аддикции к пище у пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы в сравнении с психически здоровыми лицами контрольной группы.

Материалы и методы: на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 обследовано 37 пациентов мужского пола в возрасте  $50 \pm 15$  лет с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. Группу сравнения составили 37 здоровых добровольца мужского пола в возрасте  $45 \pm 10$  лет. В группах оценивали выраженность степеней зависимости от приёма пищи с помощью комплексной оценки аддиктивного статуса в баллах (FOOD-UDIT (Food Use Disorders Identification Test) — теста для выявления расстройств, связанных с употреблением пищи (№ 29681, 30.07.2009).

Количество набранных баллов в диапазоне от 0 до 7 классифицировали как увлечённость употреблением пищи (Зона I), от 8 до 15 – как пристрастие к употреблению пищи (Зона II), от 16 до 19 – пристрастие к употреблению пищи на этапе формирования зависимости (Зона III), от 20 до 40 – сформировавшаяся зависимость (Зона IV). Обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office XL 2010 с расчётом процента (P) и его ошибки (sp).

Результаты: В основной группе увлечённость употреблением пищи наблюдалась в  $62 \pm 8\%$ , пристрастие к употреблению пищи выявлено в  $32 \pm 7\%$  случаев, пристрастие к употреблению пищи на этапе формирования зависимости не зарегистрировано, сформировавшаяся зависимость выявлена у  $6 \pm 4\%$  обследованных. В контрольной группе увлечённость употреблением пищи наблюдалась в  $89 \pm 5\%$ , пристрастие к употреблению пищи выявлено в  $11 \pm 5\%$  опрошенных; пристрастие к употреблению пищи на этапе формирования зависимости, как и сформировавшаяся зависимость не зарегистрированы.

Выводы: У пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы, по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы, увлечённость употреблением пищи наблюдалась на 27% реже, в то время как пристрастие к употреблению пищи регистрировалось на 21% чаще, сформировавшаяся зависимость зарегистрирована в 6% случаях (в контрольной группе зависимость отсутствовала). Наличие выраженных степеней зависимости по сравнению с отсутствием таковых в группе со здоровыми добровольцами свидетельствует о влиянии психопатологических последствий черепно-мозговой травмы на аддиктивный статус пациентов.

#### Литература:

1. Волошина Д.М., Лінський І.В. Стани залежності у хворих з наслідками черепно-мозгових травм// Таврический журнал психиатрии (Симферополь), том 15, №3(56), 2011, с. 109.

2. Волошина Д.Н., Линский И.В. Аддикция к употреблению табака у пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговой травмы// Довженковські читання: «Реабілітація та ресоціалізація осіб зі станами залежності різного походження» (Харків), 2012, с. 33 - 36.
3. Волошина Д.Н., Линский И.В. Аддикция к употреблению кофе (чая) у пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговой травмы// Аддикция в современном научном пространстве. Материалы международной научно-практической конференции. – Курск, издательство КГМУ. – 2012, с. 29 - 31.
4. Волошина Д.Н., Линский И.В. Телевизионная аддикция у пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговой травмы// Людина та ліки – Україна. V національний конгрес. - Киев, 2012, с. 37 - 38.
5. Волошина Д.Н., Линский И.В. Алкогольная аддикция у пациентов с психопатологическими последствиями черепно-мозговой травмы// Таврический журнал психиатрии. Симферополь, том 16, № 2 (59),2012,С.13-14.
6. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ на Украине // Наркология (Москва), №4, 2005, с. 12-17.
7. Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф., Гриневич Е. Г., Маркова М. В., Мусиенко Г. А., Шалашов В. В., Маркозова Л. М., Самойлова Е. С., Пономарёв В. И., Бараненко А. В., Минко А. А., Гольцова С. В., Сергиенко О. В., Линская Е. И., Выглазова О. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2. — С. 56–70.
8. Линский И.В. Продолжительность наркотизации на момент выявления и ее клиническое значение. // Таврический журнал психиатрии. Симферополь, выпуск 4, № 3 (14),2000,С.96-98.
9. Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф., Гриневич Е. Г., Маркова М. В., Мусиенко Г. А., Шалашов В. В., Маркозова Л. М., Самойлова Е. С., Пономарёв В. И., Бараненко А. В., Минко А. А., Гольцова С. В., Сергиенко О. В., Линская Е. И. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] // Новости украинской психиатрии. — Киев–Харьков, 2009. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.
10. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.
11. Марута Н.А, Минко А.И. Эмоциональные нарушения при пограничных психических расстройствах и алкогольной зависимости: Метод.рекомендации.- 2003. –20 с.

12. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Психологические механизмы трансформации зависимости: монография. – КГМУ, 2011. – [Электронное издание] – Рег. Свидетельство №22184, дата регистрации 12 мая, 2011г.

13. Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Медпрактика – М., 2002. – 444 с.

14. Титкова А. М., Петрюк А. П., Кутько И. И. Дисбаланс катехоламин-, серотонин- и холинергической активности у мужчин с органическим расстройством личности// Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ.ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — Киев–Харьков, 2010. — Т. 5.

15. Allen J. P., Litten R. Z., Fertig J. B., Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. — 1997. — Vol. 21, № 4. — P. 613–619.

16. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. — Geneva: World Health Organization, 1993.

## ОБЩЕСТВЕННАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА.

*Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова Т.С., Иванова О.Ю., Аджиева Д.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В страхе думал я сначала: "  
Нет, не вынести мне никак!"...  
А ведь вынес - и не мало, -  
Но не спрашивайте как"

Генрих Гейне.

Проблемы, обсуждаемые на конгрессе «Психология здоровья и болезни, клиничко-психологический подход» имеют прямую связь с взаимоотношениями, складывающимися между обществом, врачом и пациентом. Общество определяет значимость врачебной профессии и чем выше уровень значимости, тем лучше работает врач, ведь большинство врачей – люди высокого долга и ответственности и моральная награда для них - наиболее значимый стимул в работе.

Законом для всех поколений врачей был нравственный кодекс врача, выраженный Гиппократом (460 – 370г. до н.э.): «В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, несправедного и пагубного...». Этот кодекс содержит профессиональную гарантию как условие признания врача, социальное доверие пациента, вручившего врачу жизнь. Назначение врачевания максимально совпадает с

христианскими ценностями человеколюбия и сохранения жизни. Не случайно, первая модель социального здравоохранения была реализована в христианских монастырях (Афон, Киево-Печерская обитель -XI век н.э.), где были госпитальные палаты, воплощающие принцип социальной справедливости, равенства в праве на милосердие. В XV–XVI веках уже развивается научная медицина, и размышления о профессиональной этике врача наиболее полно выразил Теофраст Парацельс (1493-1541) как возможность «организованного осуществления добра». Развивается патернализм (врач - отец), формируется необходимость учёта эмоционально-личностных особенностей пациента и душевного контакта. В обществе формируется неоспоримость приоритета врача. Парацельсу принадлежат замечательные слова: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью, величайшая основа лекарства – любовь».

Принципами добра, милосердия, самопожертвования руководствовались русские и советские врачи при выполнении своего профессионального долга, бережно сохраняя и развивая лучшие традиции мирового врачебного сообщества. Общество отвечало уважением к медицинскому сословию. Много прекрасных книг, кинофильмов было создано в это время: трилогия Ю. Германа «Дорогой мой человек» и образ Володи Устименко, роман В. Пановой «Спутники» с прекрасным фильмом П.Фоменко «На всю оставшуюся жизнь» надолго были примерами истинного служения людям. В этих фильмах было мудрое сочетание идеалов и жизненной правды, которые в те времена совпадали. Молодые люди, ощущающие в себе желание служить людям, выбирали медицинскую специальность - врача, медсестры - это было нужно и почётно.

Курс, взятый на создание в России правового государства, привёл к всеохватывающему законодательному регулированию отношений между пациентами и медработниками, требующего информированного согласия, необходимости заполнения множества бумаг, бумажек и бумажонок, особенно в поликлинической практике, что в свою очередь рождает потерю времени, недоверие и в ряде случаев ощущение пугающей неизвестности. Бурное развитие медицинской техники, новых технологий приводит к отрыву врачей от больных, пренебрежению к привычным и понятным людям классическим методам обследования, которые уже сами по себе являются мощным лечебным или хотя бы успокаивающим фактором. Тем более что в глубине своей души любой нормальный человек всё-таки воспринимает врача как человека, обладающего мистическим знанием тайн человеческой жизни, способным с первого взгляда распознать болезнь и поставить правильный диагноз. В связи с коммерциализацией и бюрократизацией медицины намечается разрыв между желаниями и потребностями человека и возможностями нового доктора, вырастающего атмосфере, которая делает невозможным доверие и духовный контакт.

Что же ухудшает эту и без того нелёгкую ситуацию? При отсутствии чёткого общественного мнения роль третейского судьи обо всех сторонах

жизни, в том числе и на самой тонкой, связанной с жизнью и смертью, берёт на себя телевидение. «Горе-журналисты» забывают о такой важной заповеди как «не осуждай», не бери на себя смелость выносить категоричные решения по тем вопросам, в которых не компетентны. Любой разбор несчастного случая, как безапелляционно заявляют – «произошедшего по вине врача» (хотя вину может определить только юридические органы да и то с привлечением самых опытных профессионалов) заканчивается нарастающей агрессией в обществе, особенно если это общество неграмотно в специальных вопросах, а невеждам всегда кажется, что они компетентны во всех самых сложных жизненных коллизиях. За последнее время только ленивый или очень благородный канал не берёт на себя смелость подвергать публичной порке медработников, не давая возможности профессиональной и очень деликатной оценке произошедшего. В повседневной врачебной практике при случившемся несчастье для разговора с родственниками собирается несколько врачей, самых компетентных, умных и душевно тонких, чтобы неправильным словом не нанести ещё большую травму людям. Знают ли телеведущие, какой моральный и душевный вред наносится обществу при якобы благородном желании вынести сор из избы, найти виновного и публично высечь его.

Влияние СМИ на людей неоднородно. Каждый человек воспринимает информацию с позиций своего духовного уровня, интеллекта и особенностей характера. Люди с низким уровнем культуры отмечают только негативный компонент, поэтому можно сказать об идущей информационной войне против врачей. Исчезает представление о враче как о человеке с лучшими человеческими качествами - жертвенностью, готовностью прийти на помощь в любую минуту, благожелательностью, неиссякаемым интересом к другой, иногда не очень приятной личности. Эти качества личности просто эксплуатируются, т.е. используются без моральной и материальной поддержки. Формируется представление о враче как обслуживающем персонале, забывается представление о врачевании как о сплаве искусства, науки, ремесла

Известно ли какие последствия происходят после этих «разборок»? Мы приведём два примера.

Молодой женщине, находящейся в акушерском стационаре для сохранения беременности показалось, что проходящий мимо дежурный врач пьян. В дальнейшем выяснилось, что в эту ночь было 15 родов, три операции кесарева сечения, много экстренных поступлений и врач, не успевший перекусить, кинул на ходу в рот жвачку. Женщина, имея на всё свой жизненный опыт, позвонила мужу. Муж вызвал милицию, и вызванные ночью главный врач, милиционер, дежурные врачи объясняли молодой женщине её неправоту. С каким чувством врачи продолжали свою малооцененную работу и поруганное достоинство?

18-летняя пациентка, тщательно скрывающая свою явно не целомудренную жизнь с 14 лет от родителей, поступила в отделение с диагнозом: внематочная беременность. С полным соблюдением всех



временных стандартов и соблюдением врачебной тайны проведена операция лапароскопическим доступом с благополучным исходом. Через три дня при выписке она громко оскорбила всех врачей отделения, назвав их глупыми, ничего не знающими и не понимающими. Совершенно естественно, что врачи молча перенесли явное оскорбление, памятуя, что любое справедливое возмущение закончится, по меньшей мере, нравоучением о «несоблюдении интересов больной».

Конечно, несчастные случаи бывают и у самых талантливых и опытных врачей, никто не застрахован от ошибок. Это связано с чрезвычайной сложностью человеческого организма и непредсказуемостью его психологических и физиологических реакций, особенно в состоянии болезни. В этих случаях собственные моральные переживания врача намного тяжелее, чем общественные порицания.

Врачи не видят ни материальной, ни моральной оценки своей работы, адекватной затраченным физическим и нравственным силам. Несмотря на призывы о том, что не надо обращать внимание на обстоятельства, а надо преобразовывать свой дух по законам нравственности, многие уходят из медицины, кто-то ищет поддержку у психологов или в аутотренингах, кто-то ищет лёгких путей и меняет профессию или образ жизни, кто-то обращается к Богу, а кто-то просто спивается. Чаще всего это бывают люди тонкой душевной организации, врачебная профессия у них состоялась бы при более заботливом отношении общества и государства. Уже к окончанию института желание оказывать помощь ближнему сменяется на голый расчёт. Всё больший и больший дефицит специалистов происходит в тех отраслях, где необходима самоотверженность, готовность прийти на помощь в любое время суток, бросить свои личные дела, не бояться заразиться, спокойно смотреть на не всегда эстетичные стороны жизни человека и чувствовать меру своей моральной ответственности за жизнь и здоровье другого человека.

Жить с такой высокой меркой очень трудно, потому что жизнь ставит другие задачи: как обеспечить семью, как избежать нищеты. У обычных людей наступает моральная усталость, ведущая и к профессиональным ошибкам и к потере собственного здоровья. Без смены отношения к медицинской профессии на более позитивную оценку общество не улучшит своего морального и физического здоровья.

#### Литература:

1. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика/М.М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С.25-29.
2. Бабанов С.А. Образ жизни медицинских работников // Врач. 2007; Май (спец. выпуск).
3. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика - 2-е издание - СПб: Питер, 2008. - 338 с.
4. Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 - 81

5. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2001. - Т.22, №1. - С.90-101

6. Портной Л.В. Люди в такого доктора поверят! Совершенствование отечественного здравоохранения и проблемы врача общей практики // Мед. газета. - 2005. - № 38. - С.5

7. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях/Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. - М.: Наука, 2002. - Т.23. - № 3. - С.85-95.

8. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета, 2005 - №43. - С.25-32

9. Ушаков И.Б., Сорокин О.Г. Адаптационный потенциал человека/И.Б. Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник Государственной Академии Медицинских Наук. - М.: Медицина, 2004. - № 3. - С.8-13

## СПЕЦИФИКА КОПИНГ – СТРАТЕГИЙ У ВРАЧЕЙ – СТОМАТОЛОГОВ

*Гарбер А.Н.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

В современных условиях человек все чаще оказывается под влиянием жизненных стрессогенных факторов, вызывающих специфические и неспецифические физиологические, психологические и поведенческие реакции. Эти реакции, обладая двойной ролью, могут, с одной стороны, способствовать адаптации к изменяющимся условиям, а с другой – привести к возникновению патологических процессов и проблем совладания со стрессовой ситуацией. Так или иначе, деятельность человека направлена на поддержание или сохранение баланса между требованиями среды и удовлетворяющими их ресурсами, а также представляет собой способы совладания со стрессом или копинг – стратегии [7, 231]. Индивидуумы различными способами приспосабливаются к стрессовым ситуациям, а сам процесс приспособления может меняться в зависимости от своей эффективности. Мера эффективности и неэффективности совладающих механизмов является одной из детерминант здоровья или болезни. Известно, что здоровье согласно Всемирной организации здравоохранения трактуется как «...состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справиться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества» [1].

Описание совладающего поведения и копинг – исследования впервые появились в литературе еще в 60-е годы XX в. Именно тогда Л. Мэрфи применил данный термин, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития. А затем Р. Лазарус, в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним», обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и другими порождающими тревогу событиями. В настоящее время, данное направление исследований

активно развивается не только за рубежом, но и в нашей стране. Однако, не смотря на большое количество авторов и статей, до сих пор существуют нерешенные проблемы. Одной из таких проблем является сфера медицины, в частности врачи – стоматологи, занимающие руководящие посты. Исследование совладающего поведения позволит описать его роль в адаптации к сложным стрессовым ситуациям профессиональной деятельности, определить характер действия в должности руководителя и выявить взаимосвязь с уровнем психического и соматического здоровья с целью разработки психокоррекционных технологий для специалистов стоматологического профиля.

В проведенном исследовании приняли участие две группы. Первая группа была представлена врачами – стоматологами государственных медицинских учреждений, вторая – врачами – стоматологами коммерческих медицинских организаций г. Екатеринбурга и Свердловской области. Стаж занимаемой руководящей должности от 1 года до 25 лет. Возраст респондентов составил от 24 до 52 лет. В качестве психодиагностических методик были использованы:

1. Методика диагностики копинг – механизмов Э. Хэйма. Скрининговая методика, позволяющая исследовать 26 ситуационно – специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий, - копинг – механизмы. Адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, под руководством д.м.н. профессора Л.И. Вассермана.
2. Методика С.Петербургской военно – медицинской академии, направленная на выявление психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе.
3. Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана.
4. Тест фрустрационных реакций Розенцвейга.

После проведенного исследования были получены следующие результаты:

Для врачей – стоматологов, занимающих должность руководителя, преимущественно характерно использование адаптивных форм копинг – стратегий, что является одним из показателей адаптации и продуктивности в профессиональной деятельности (рис.1). В двух группах в равной степени преобладают такие когнитивные формы как «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания». Следовательно, можно говорить о способности анализировать возникшие трудности и возможные пути выхода из них, об относительно стабильной самооценке и функции самоконтроля, а также более глубоком осознании собственной ценности как личности и наличии веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. Однако статистически значимые различия между группами заключаются в отсутствии у первой группы копинг – стратегий на поведенческом уровне – «сотрудничество», «обращение», «альтруизм».

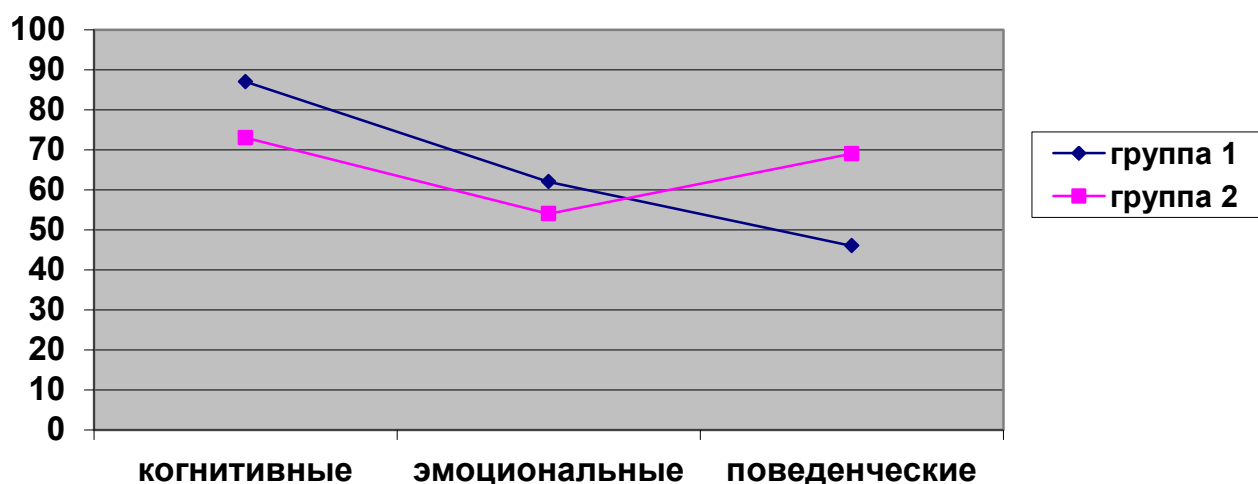


Рис. 1. Адаптивные формы копинг - механизмов

Нервно – психическая устойчивость и возможность адаптации в стрессе в двух группах выражены одинаково на всех трех уровнях: низкий уровень, средний и высокий. Данный показатель свидетельствует о наличии определенных личностных особенностей специалиста, не связанных с качеством выполняемой работы.

Уровень невротизации в 63% случаев является низко выраженным, в 31 % - средне выраженным. То есть, отмечается относительная эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Стоматологам-руководителям присущи оптимизм и реализация своих желаний, что формирует чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость и успешную коммуникацию с другими.

Также можно говорить о наличии такого феномена, как феномен социальной желательности, когда используются эмоциональные и поведенческие стратегии в соответствии с «ролью руководителя». Это с одной стороны, чаще всего, выражается в подавлении внутренних переживаний и эмоций, и, вероятно, является причиной внутриличностного конфликта. А с другой – в социально приемлемой вербальной и действенной реакции, что способствует разрешению сложившейся проблемной ситуации.

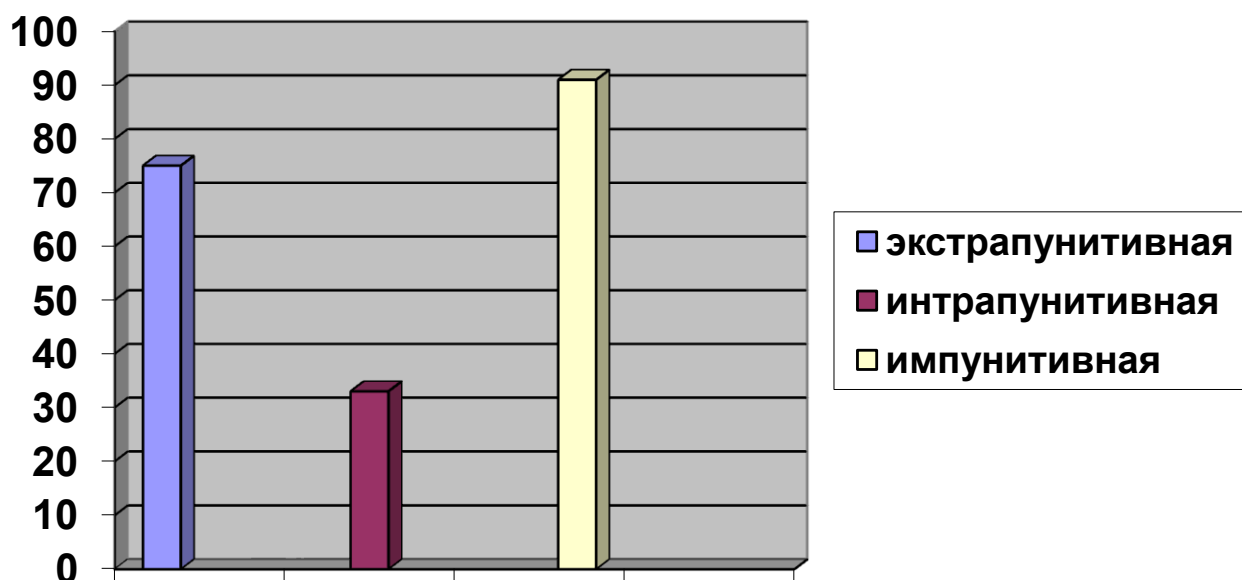


Рис.2. Направленность реакции

Отмечена фиксация на удовлетворении потребности в разрешении проблемной ситуации, которая является признаком адекватного реагирования на фрустрацию и показывает, в какой степени субъект проявляет фрустрационную толерантность и способен решать возникшую проблему. В желании удовлетворить свою потребность доминирует реакция импунитивного направления (рис.2), что означает стремление уладить конфликт, замять неловкую ситуацию. Данная реакция часто сочетается с реакцией экстрапунитивного направления, которая связана с повышенной неадекватной требовательностью к окружающим и недостаточной самокритичностью.

Считаем, что полученные данные по изучению копинга и механизмов его реализации способствуют углублению понимания адаптационных возможностей с целью разработки методов психологического обеспечения для специалистов стоматологического профиля, для повышения их адаптации, стрессоустойчивости и эффективности в профессиональной деятельности, тем самым, создавая условия поддержки здоровья.

#### Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье: укрепление психического здоровья [Текст]. Информационный бюллетень № 220, 2010.
2. Карвасарский Д. Б. Медицинская психология [Текст]./ Д. Б. Карвасарский.– СПб.: Питер, 1982. – ISBN: 5-469-01004-X
3. Китаев – Смык Л.А. Психология стресса[Текст]./ Л.А.Китаев – Смык – М.: Академический Проект, 2009. – 943 с. – ISBN 978-5-8291-1023-9
4. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Монография. – Кострома: РЦОИ «Эксперт – ЕГЭ», 2004.

5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность[Текст]. / А.Н.Леонтьев М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2005. – 352 с. – ISBN 5-89357-153-3
6. Селье Г. Стресс без дистресса[Текст]. / Г. Селье – М.: Прогресс, 1979. – 123 с.
7. FolkmanS., LazarusR.S. // J. HithSoc. Behav. – 1980. – Vol.21. – P. 219 – 239. – ISBN 978-0-470-45095-6.
8. HaanN. // Handbookof Stress: Theoretical and Clinical Aspects. - New York, 1982. – P. 254 – 269. – ISBN 5-9268-0267-9.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ МАТЕМАТИКИ

*Данилина А.Н.*

ОКОУ «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей №2», г.Курск, Россия

Тема «Здоровье и болезнь в современном образовании» очень актуальна в наше время, так как в последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста. Состояние здоровья ребенка в России, начиная с прошлого века и по сегодняшний день, вызывает огромную тревогу.

Причины, вызывающие эту тревогу, следующие:

- во-первых, школьные факторы риска удивительно «живучи», с ними трудно справиться. Проблема возникла не сегодня, о школьных болезнях специалисты заговорили еще в 1774 году. Здоровье детей в России никогда нельзя было назвать благополучным, и сегодня состояние здоровья наших детей не дает никаких оснований для успокоения;

- во-вторых, школа и государство в начале прошлого века взяли на себя ответственность за здоровье детей, тем самым сняв эту ответственность с родителей и с общества; именно школа должна была обеспечивать ведение здорового образа жизни. Но это невозможно, т.к. прежде всего это проблема общества. К сожалению, за 100 лет ситуация мало изменилась, и осознания ценности здоровья нет ни в нашем обществе, ни в семье. Поэтому школа не может и не должна решать эту проблему в одиночку, хотя и может сделать многое;

- в-третьих, сложившаяся система образования в России, традиционная российская система образования — это огромная система знаний, состоящая из большого числа наук. Еще 130 лет назад К. Д. Ушинский писал: «Нет сейчас педагога, который не жаловался бы на малое количество часов в школе». За 100 лет методика преподавания, технология и организация учебного процесса не стала больше соответствовать функциональным возможностям ребенка. Родители и общество сами загружают детей сверх меры. Требования школы становятся все более жесткими, и ребенок в силу ограниченности своих функциональных возможностей справиться с этими требованиями не может.

К сожалению, в последнее время семья и родители часто диктуют школе требования к номенклатуре учебных предметов (два иностранных языка, дополнительные «модные» предметы и пр.) и таким образом сами значительно увеличивают нагрузку детей. Результаты эксперимента (в частности, по двенадцатилетней школе) показывают, что чем «выше» статус школы (гимназия, школа с углубленным изучением каких-либо предметов и пр.), тем более интенсивен процесс обучения, тем больше нагрузка воспитанников и, как следствие этого, ухудшение их здоровья.

Ухудшение здоровья детей не только результат деятельного неблагоприятного воздействия социально-экономических факторов, но и целого ряда таких организационно-педагогических факторов, как:

- несоответствие программ и технологий обучения функциональным и возрастным особенностям воспитанников;
- несоблюдение элементарных гигиенических требований к организации учебного процесса;
- чрезмерная интенсификация учебного процесса (увеличение темпа и объема учебной нагрузки);
- неоправданно раннее начало дошкольного систематического обучения;
- недостаточная осведомленность педагогов в вопросах развития и охраны здоровья ребенка;
- недостаточная грамотность родителей в вопросах формирования, сохранения и укрепления здоровья детей.

Встаёт вопрос: "Как сохранить здоровье наших детей?"

Здоровье детей – это общая проблема медиков, педагогов и родителей. И решение этой проблемы зависит от внедрения в школу здоровьесберегающих технологий. Под здоровьесберегающими образовательными технологиями в широком смысле слова следует понимать все те технологии, использование которых в образовательном процессе идет на укрепление здоровья обучающихся.

Цель здоровьесберегающих образовательных технологий обучения – обеспечить школьнику возможность сохранения здоровья за период обучения в школе, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, научить использовать полученные знания в повседневной жизни.

Конечно, здоровье воспитанников определяется исходным состоянием его здоровья на момент поступления в школу, но не менее важна и правильная организация учебной деятельности, а именно:

- строгая дозировка учебной нагрузки;
- построение урока с учетом работоспособности учащихся;
- соблюдение гигиенических требований (свежий воздух, оптимальный тепловой режим, хорошая освещенность, чистота);
- благоприятный эмоциональный настрой;
- проведение физкультминуток и динамических пауз на уроках.

Ученик способен сосредоточиться лишь на том, что ему интересно,

поэтому задача учителя – помочь ученику преодолеть усталость, уныние, неудовлетворенность. Ведь часто мы слышим от своих учеников: “Мне тогда все понятно, когда интересно”. Значит, ребенку должно быть интересно на уроке. Недовлетворенность, не облагороженная разумом, может привести к агрессивности, мнительности, тревожности. Учитель должен постоянно заботиться о сохранении психического здоровья детей в норме, повышать устойчивость нервной системы воспитанников в преодолении трудностей. Необходимо постоянно заботиться о том, чтобы привести в согласие притязания ученика и его возможности.

С первых минут урока нужно создать обстановку доброжелательности, положительный эмоциональный настрой, т.к. у воспитанников развита интуитивная способность улавливать эмоциональный настрой учителя. Не составляет исключения в этом смысле и организация начала урока математики. Ещё один организационный момент начала урока связан с проверкой состояния кабинета, учебного оборудования, рабочих мест и проверкой отсутствующих. Учитель ещё на перемене должен проверить подготовку кабинета к работе: состояние парт, доски, освещённость, а также при необходимости – проветрить помещение.

Огромное значение в предупреждении утомления является четкая организация учебного труда. Не всем учащимся легко дается математика, поэтому необходимо проводить работу по профилактике стрессов. Хорошие результаты дает работа в парах, в группах как на местах, так и у доски, где ведомый, более “слабый” ученик чувствует поддержку товарища. Хорошим антистрессовым моментом на уроке является стимулирование обучающихся к использованию различных способов решения, без боязни ошибиться, получить неправильный ответ. При оценке такой работы необходимо учитывать не только полученный результат, но и степень усердия ученика. В конце урока нужно обсудить не только то, что усвоено нового, но и выяснить, что понравилось на уроке, какие вопросы хотелось бы повторить, задания какого типа выполнить. Не нужно забывать и о том, что отдых – это смена видов деятельности. Поэтому при планировании урока нужно не допускать однообразия работы. В норме должно быть 4–7 смен видов деятельности на уроке. Некоторым ученикам трудно запомнить даже хорошо понятый материал. Для этого очень полезно развивать зрительную память, использовать различные формы выделения наиболее важного материала (подчеркнуть, обвести, записать более крупно, другим цветом). Хорошие результаты во всех классах дает хоровое проговаривание как целых правил, так и просто отдельных терминов. Часто ученик, много раз слышавший сложный термин, понимающий его смысл, не в состоянии его произнести, что ставит его в неловкое положение перед товарищами. Необходимы оздоровительные моменты на уроке: физкультминутки, динамические паузы, интеллектуальные разминки, минутки релаксации, гимнастика для глаз, массаж активных точек и т.д.

Осуществление идеи организации здоровьесберегающего учебно-воспитательного процесса приводит к необходимости использования динамических пауз на каждом



уроке. Известно, что просидеть на уроке 45 минут достаточно сложно не только первокласснику, но и старшекласснику, особенно на уроках математики. Потраченное время окупается повышением работоспособности, а главное, укреплением здоровья воспитанников. Можно использовать упражнения, направленные на совершенствование мыслительных операций: установление закономерностей и продолжение ряда; работа с геометрическими фигурами; ребусы; головоломки; лабиринты; графические диктанты и т.д.

Нельзя забывать и о здоровом образе жизни. Здоровый образ жизни – это активная форма поведения, обеспечивающая сохранение здоровья и повышение адаптационных возможностей организма. Это особая жизненная идеология. Следовательно, родители и педагоги, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья детей, должны помочь им правильно организовать их жизнь, чтобы свести к минимуму деструктивные (неблагоприятные) воздействия (например, среды, техногенных факторов и т.д.).

Итак, здоровье – это то, без чего жизнь не в радость, то, что можно легко потерять, если относиться к нему бездумно. Главное, что можно уже сейчас, без вложения существенных средств, начать практическую работу по оздоровлению детей в школах. Нужны, главным образом, ответственное понимание остроты ситуации и готовность затратить усилия на изучение и применение новых средств.

Литература:

1. Современные технологии оздоровления детей и подростков в образовательных учреждениях: пособие для врачей./ Сост. В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева и др.-М., 2002
2. А.Бобырь. Берегите спину.// Модернизация: шаг в будущее: приложение к Учительской газете.- Выпуск № 2, с.17
3. Д.Давиденко, В.Петленко и др. Основы здорового образа // «ОБЖ» № 3, с.56
4. О.Дмитриева. В расписании – уроки релаксации // Модернизация: шаг в будущее: приложение к Учительской газете.- Выпуск № 2, с.34
5. Д.Егоров. Жирная двойка эквивалентна сердечному приступу // Модернизация: шаг в будущее: приложение к Учительской газете.- Выпуск № 2, с.15
6. М.Безруких. Здоровье детей и школьные факторы риска. – [www.ruscenter.ru](http://www.ruscenter.ru)

## РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РИСУНКАХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Денисова Н.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Продуктивные виды деятельности ребенка - рисование, лепка, аппликация и конструирование - на разных этапах дошкольного детства тесно слиты с игрой. Так, рисуя, ребенок часто разыгрывает тот или иной сюжет.

Изобразительная деятельность ребенка давно привлекает внимание художников, педагогов и психологов (Ф. Фребель, И. Люке, Г. Кершенштейнер, Н.А. Рыбников, Р. Арнхейм и др.).

Американские авторы В. Ловенфельд и В. Ломберт Бриттен считают, что художественное воспитание оказывает огромное влияние на развитие ребенка. Ребенок может найти себя в рисовании, и при этом растормозится его развитие. У ребенка может произойти самоидентификация, возможно, впервые. При этом его творческая работа сама по себе может не иметь эстетического значения. Гораздо важнее изменение в его развитии. По мнению Л.С. Выготского, мы должны рассматривать рисунок с психологической точки зрения, как своеобразную детскую речь и предварительную стадию письменной речи.

Особо важно отметить экспрессивную функцию рисунка: в нем ребенок не только выражает свое отношение к действительности, но и указывает, что для него является главным, а что второстепенным. В рисунке всегда присутствует эмоциональный и смысловой центры, благодаря чему можно управлять эмоционально-смысловым восприятием ребенка.

Семья - это особого рода коллектив, играющий в воспитании личности ребенка основную, долговременную и важнейшую роль.

На развитие личности ребенка влияют не только его взаимоотношения в системе «ребёнок – родитель», но в равной степени взаимоотношения в семье между родителями. В жизни каждого человека его родители играют одну из главных ролей. От отношения отца и матери к своему ребенку во многом зависит процесс формирования его личности. Мировоззрение, становление характера, нравственные основы, отношение к духовным и материальным ценностям в первую очередь воспитываются у детей родителями. А зависит этот процесс во многом от того, как удовлетворяются в семье основные потребности ребенка, насколько правильно с точки зрения его развития и воспитания проявляются родительские позиции.

Негативные отношения между детьми и родителями при отсутствии правильной позиции родителей и положительных личностных качеств самих детей, могут закрепиться и сопровождать их всю жизнь, вызывая различные внутренние конфликты личности и влияя на отношение с другими людьми.

На характер взаимоотношений детей и взрослых влияют следующие факторы:

- супружеские отношения;
- позиция родителей, выражающаяся в стиле воспитания;
- возраст самих детей;
- личностные качества детей.

Проективные методики обладают значительными возможностями в исследовании индивидуальности личности; позволяют исследовать

личностные образования, выступающие прямо или в виде различных установок, такие как "значащие переживания", "смыслы личностные" и другие, в коих тоже проявляется пристрастность личностного отражения психического. Они бывают бланковыми, опросными и рисуночными.

Проективные методики используемые для исследованию рисунка:

1. Конститутивные. А именно - незавершенные рисунки. Техники незаконченного рисунка, такие как тест Вартегга или VAT`60, В отличие от Франка, который отводит здесь тесту Роршаха второстепенную роль, Зубин делает ссылку на него как на лучший пример конститутивного метода. Включение теста Роршаха в эту категорию зависит от того, как много «структур» готов увидеть человек в чернильных пятнах. А также лепка из пластилина или сходного вещества – род активности, который быстрее всего приходит в голову. В качестве другого примера Франк приводит технику рисования пальцами, тщательно разработанную Наполи и претендующую на статус методики, хотя на деле она не пользовалась популярностью.

2. Конструктивные. Примером, относящимся к данной категории, может служить тест «Рисунок человека» или другие формы рисуночных заданий, отличные от «свободного выражения» согласно собственным склонностям.

3. Интерпретационные методы - как ясно из определения, испытуемый должен истолковать некоторый стимул, исходя из собственных соображений - ТАТ– хорошая иллюстрация этого вида методик.

4. Экспрессивные. Осуществление испытуемым изобразительной деятельности, рисунок на свободную или заданную тему, например, методика «Дом-дерево-человек». По рисунку делаются выводы об аффективной сфере личности, уровне психосексуального развития и других особенностях.

5. Методики изучения продуктов творчества: тест рисунка фигуры человека (варианты Гаденау и Маховер), тест рисунка дерева Коха, тест рисунка дома, рисунок пальцем и пр.

Венгер выделял следующие рисуночные тесты: рисунок человека, несуществующее животное, рисунок семьи.

«Рисунок семьи» — одна из самых популярных методик, используемых в практической работе школьного психолога. Ее необыкновенная популярность, вероятно, объясняется удобством и быстротой в применении, доступностью для детей начиная с младшего дошкольного возраста, высокой информативностью и разнообразными возможностями проведения повторных испытаний, снятия напряжения у испытуемого в ситуации обследования, а также получения богатого материала для беседы с родителями.

Проективная методика "Рисунок семьи" (как и "Кинетический рисунок семьи") является полифункциональной. В зависимости от целей исследования, от методологической базы, на которой строится исследование, методику "Рисунок семьи" и ее модификации можно использовать с одной стороны для изучения структуры семьи, особенностей взаимоотношений

между членами семьи ("семья глазами ребенка"). С другой стороны, данную методику можно рассматривать как процедуру, отражающую в первую очередь переживания и восприятие ребенком своего места в семье, отношение ребенка к семье в целом и отдельным ее членам, особенности "Я-образа" ребенка, его половой идентификации. Оба этих аспекта – "семья глазами ребенка" и "развитие ребенка в семье", - так или иначе, являются объектом интереса семейных психологов и исследователей в области психологии семьи. Полифункциональность методики позволяет одновременно отнести ее также к группам методов, предназначенных для диагностики детско-родительских и sibлинговых отношений.

Ребёнку предлагается лист бумаги, карандаши. Ставится условие: необходимо нарисовать свою семью так, чтобы её члены были чем-либо заняты. Формативными особенностями считается качество изображения: тщательность прорисовки или небрежность в рисовании отдельных членов семьи, красочность изображения, положение объектов на листе, заштрихованность, размеры.

Содержательными характеристиками рисунка являются: изображение деятельности членов семьи, их взаимное расположение по отношению друг к другу и к ребёнку, присутствие или отсутствие членов семьи и самого ребёнка, а также соотношение людей и вещей на рисунке.

На основании этих показателей выявляют особенности влияния семейных отношений на различные стороны психической жизни ребёнка.

К высокому уровню детско-родительских отношений относим рисунки, где ребёнку комфортно в семье, на рисунке присутствуют все члены семьи, в центре рисунка – сам ребёнок в окружении родителей; изображает себя и родителей нарядными, тщательно прорисовывает каждую линию, на лицах взрослых и ребёнка – улыбка, прослеживается спокойствие в позах, движениях.

Средний уровень детско-родительских отношений: отсутствие кого-либо из членов семьи, наличие беспокойства, ребёнок рисует себя грустным, вдали от родителей, наличие враждебности по отношению к взрослым через штриховку деталей, отсутствие некоторых частей тела (рук, рта).

Низкий уровень детско-родительских отношений: наличие одного из родителей с предметом, угрожающим для ребёнка (ремень), запуганное выражение лица ребёнка, ощущение эмоционального напряжения через использование в рисунке тёмных красок.

Некоторые варианты исследования предусматривают беседу после рисования по определенным вопросам и по содержанию рисунка.

Наиболее продуктивно эта методика может применяться в тех случаях, когда необходимо только понять «образ окружающего мира» ребенка, построить гипотезу, которая затем будет проверяться и изменяться.

Особенно значимы результаты применения рисунка семьи при работе с дошкольниками и младшими школьниками, так как в этом возрасте, используя графические знаки, ребенок передает больше информации, чем через речь.

#### Литература:

1. Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие (сокр. пер. с англ. В.Н. Самохина, общ. ред. и вст. ст. В.П. Шестакова). — Москва, “Прогресс”, 1974.
2. Вартегг Э. Рисуночный тест Вартегга: Практическое руководство / Пер. с нем. Е.Ю.Петяевой; Ред. В.К.Калиненко. - М.: Смысл, 2006.
3. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с: ил.
4. Выготский Л. С. ПСИХОЛОГИЯ ИСКУССТВА , Издание третье Москва «Искусство» 1986.
5. Кершенштейнер Г. Развитие художественного творчества ребенка, М., 1914. Ловенфельд В. Базовые аспекты творческого мышления, 1961.
6. Рыбников Н. А. Детские рисунки и их изучение, 1926.
7. Роршах Г. Психодиагностика (Psychodiagnostik. Bern und Leipzig), 1921.

### ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Долгополов С. В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аддиктивное, или зависимое поведение (табакокурение, алкоголизм, наркомания, интернет-зависимость, пристрастие к азартным играм), является одним из наиболее распространенных типов девиантного поведения и выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций (Сирота Н. А. с соавт., 2001). В медицинском смысле, зависимость — навязчивая потребность в использовании привычных стимулов, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами. (Менделевич В. Д., 2004). Зависимость – это мотивационная составляющая нужды, характеризующаяся потребностью в использовании какого-либо вещества или предмета (Егоров А.Ю., 2007). Аддикции как поведения, характеризующееся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, с целью получения интенсивных эмоций (Б. Д.Карвасарский, Ц. П.Короленко). Процессу появления и развития аддиктивного поведения могут способствовать биологические, психологические и социальные влияния (Короленко Ц.П. Дмитриева Н.В., 2000 г.)

Под биологическими предпосылками подразумевается определенный,

своеобразный для каждого способ реагирования на различные воздействия, например, на алкоголь. К психологическим факторам относятся личностные особенности, отражение в психике психологических травм в различных (прежде всего в детском) периодах жизни. Социальные факторы включают как семейные, так и внесемейные взаимодействия. Существуют типы воспитания, которые создают более высокий риск возникновения аддиктивного поведения.(Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. 2000). Провоцирующими факторами отклоняющегося, аддиктивного поведения считаются нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера, поведенческие реакции группирования, реакции эмансипации и другие особенности подросткового возраста (Личко А. Е., 1986, Жмуров В. А., 1994, Шабанов Я. Д., Штакельберг О. Ю., 2000, Овчарова Р. В., 2000 и др.). К этим факторам необходимо отнести особенности, обусловленные характерными для этого периода реакциями: эмансипации, группирования, увлечения (хобби), и формирующимися сексуальным влечениям (Личко А. Е., 1986).

Из вышесказанного следует, что одним из факторов возникновения аддиктивного поведения является акцентуация характера. Акцентуации характера — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.(Личко, Александров. 1973).

Фрустрирующая ситуация прождает внутреннее произвольное напряжение. При низком уровне регуляторных процессов, психоактивные вещества позволяют создать иллюзию её преодоления. В зависимости от акцентуации характера, аддиктивное поведение может стать гиперкомпенсирующим фактором в отношении фрустрирующего компонента, в таком случае мы получим стойкую зависимость, в противном же случае, психологическая зависимость не будет сформирована.

Актуальность проблемы заключается в том, что возраст среднестатистического наркомана в нашей стране с каждым годом снижается, по неофициальным данным, в России, среди лиц принимающих наркотики 4 из 5 человек не достигли 30 лет. Возрастает угроза детского алкоголизма, игромании, увеличивается количество девушек-подростков больных анорексией (форма пищевой аддикции). Изучение взаимосвязи акцентуации характера и склонности к аддиктивному поведению, поможет более успешно бороться с разными формами аддикции у подростков, а так же проводить более успешную профилактику формирования этих форм. Исследованиями в этой области активно занимался Андрей Евгеньевич Личко.

Каждому типу акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте оказались присущи определенные отличия аддиктивного поведения (Личко А.Е., 1977; 1985; Битенский В.С. и др., 1989).

Гипертимные подростки отличаются слабой устойчивостью к влиянию компаний в отношении соблазна злоупотребления алкоголем, наркотиками и

другими дурманящими веществами. Главной отличительной чертой подростков гипертимного типа является возможность длительного злоупотребления без развития зависимости (Личко А.Е., 1977; Битенский В.С. и др., 1989).

Циклоидные подростки в гипертимной фазе ведут себя соответственно в отношении и алкогольной, и других интоксикаций. Но когда кончается подобная фаза, то обычно прекращается и злоупотребление. В субдепрессивной фазе транквилизаторы несколько улучшают настроение, вселяют в душу успокоение, позволяют отключиться от случившихся неурядиц.

Лабильный тип акцентуации характера и аффективно-лабильная психопатия сами по себе мало благоприятствуют аддиктивному поведению. Вовлечение в алкоголизацию или одурманивание другими средствами, вероятно, более всего связано с влиянием той компании сверстников, в которой такой подросток ищет эмоциональную поддержку. Чаще всего средством злоупотребления оказываются ингалянты.

Астеноневротический тип акцентуации характера у подростков в обычных условиях не предрасполагает к аддиктивному поведению. (Резник В.А., 1989).

Сенситивный и психастенический типы акцентуации характера и психопатии отличаются даже повышенной устойчивостью в отношении соблазна алкоголизации, наркотизации и употребления иных токсических средств. Аддиктивное поведение, как и делинквентность, в подростковом возрасте им не присущи.

Психастенический тип со свойственной ему тревожной мнительностью в отношении будущего («как бы чего не случилось») может способствовать употреблению транквилизаторов при надвигающихся стрессовых ситуациях.

Шизоидная акцентуация характера и психопатия являются фактором риска в отношении некоторых форм аддиктивного поведения. Шизоиды могут обнаружить склонность к препаратам опия и гашишу. Опиный «кайф» с его ленивым покоем, уединением, грезоподобными мечтами, видимо, может оказаться особенно созвучным шизоидному характеру. В младшем подростковом возрасте для стимуляции фантазий, которым шизоиды любят предаваться, могут использоваться ингалянты. (Личко А.Е., 1983).

Эпилептоидная акцентуация характера и психопатия того же типа несколько отличаются друг от друга по аддиктивному поведению. При акцентуациях может встречаться гиперсоциальность. В таких случаях ко всем дурманящим средствам может быть подчеркнуто-негативное отношение. Если же эпилептоидный подросток начинает чем-то злоупотреблять, то влечение к данному веществу, будь то алкоголь или наркотик, пробуждается быстро и отличается значительной силой.

Истероидные подростки обнаруживают особую склонность к стимуляторам. Вероятно, эти средства помогают им «казаться больше, чем они есть на самом деле» (Jaspers K., 1913). Стимуляторы не просто повышают

у них активность, но, видимо, дают те ощущения, которых истероиду подсознательно не хватает - вселяют уверенность в себе, в своих силах и способностях, облегчают вожделенное лидерство среди сверстников, пробуждают самоуверенность и бесстрашие. Достаточно привлекательными для истероидов могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы, и гашиш.

Неустойчивый тип акцентуации характера и психопатия, как указывалось, отличаются самым высоким риском аддиктивного поведения. Уличные компании (территориальные группы) с детства для них становятся излюбленным местом времяпрепровождения. Еще в младшем подростковом возрасте в этих компаниях они приобщаются к алкоголю и нередко к другим дурманящим средствам, не обнаруживая какой-либо особой предпочтительности. Физическую зависимость удается видеть лишь после нескольких лет регулярных пьянок. Зато социальная дезадаптация обычно начинается с самого начала аддиктивного поведения, а нередко ему предшествует.

Таким образом, можно сделать вывод, что связь между акцентуацией характера и возникновением аддиктивного поведения наиболее остро выражена у гипертимного, неустойчивого, истероидного, эпилептоидного и шизоидного типов. Наиболее быстро зависимость формируется у представителей шизоидного, истероидного и эпилептоидного типа. У представителей гипертимного, циклоидного и неустойчивого типов, период формирования зависимости более продолжительный. Если классифицировать типы акцентуации по склонности к определенным веществам, то ингалянты (растворители) более свойственны гипертимному, эпилептоидному, лабильному и шизоидному типу. Престрастие к транквилизаторам характерно для Циклоидного, астеноневратического, психастенического и истероидного типов, к стимуляторам для истероидного и гипертимного типа, а алкогольная зависимость чаще всего возникает у истероидного, гипертимного и шизоидного типов.

В данной работе нами были проведены исследования доказывающие взаимосвязь акцентуации характера и возникновения аддиктивного поведения у подростков.

#### Литература:

1. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. - Профилактика наркомании и алкоголизма. 2001.
2. Менделев В.Д. Психиатрическая пропедевтика / В.Д. Менделевич. — М.: Медицина, 2004.
3. Нехимические зависимости / А.Ю.Егоров, 2007.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Санкт-Петербург: Речь, 2010.
6. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: руководство



для врачей. — Л.: Медицина: Ленингр. отд., 1991.

7. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей, 1989.

## ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННАЯ ЦЕННОСТЬ ДЛЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

*Дрёмова Н.Б.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В конце XX-начале XXI века в исследованиях многих ученых-организаторов здравоохранения и демографов отмечаются негативные тенденции в общественном здоровье, что определяет необходимость всестороннего их изучения. Большое внимание в комплексных медико-демографических и социально-гигиенических исследованиях уделяется различным процессам в здравоохранении, в состоянии здоровья, профилактике болезней и др. [3]. Учитывая закономерность постоянного роста в структуре населения доли лиц пожилого возраста (мировая тенденция постарения), именно эта группа вызывает определенный интерес, т.к. имеет свои особенности в заболеваемости, лечении, профилактике, организации им медицинской помощи [7].

В этом направлении развиваются различные службы медицинского обслуживания, социальной адаптации и поддержания здоровья старшего поколения, в число которых входят и университеты пожилого человека [6]. В их составе открываются различные факультеты, но непременным успехом пользуются факультеты здоровья, в число слушателей которых записываются много желающих. Актуальность организации таких объединений и особенности их работы как нового направления просветительской деятельности является несомненной, т.к. опыт работы позволяет определить как формы и методы обучения, так и оптимальное содержание медицинской и фармацевтической информации для педагогического процесса.

Цель исследования: изучение отношения пожилых людей к различным аспектам своего здоровья с участием слушателей университета пожилого человека КГМУ.

Мотивацией данного исследования послужила разработка концепции содержания лекций автора в рамках данного университета по теме «Пожилой человек и лекарство». Согласно методических подходов, в медицинской педагогике рекомендуется перед общением с пациентом врачу изучить ряд таких характеристик, как социально-демографические, условия жизни и доход пациента, чтобы иметь представление о ценовой доступности предстоящей фармакотерапии. Нужно знать уровень медицинских и фармацевтических знаний, в т.ч. осведомленность о своем заболевании, медицинских технологиях его лечения и лекарственных средствах, применяемых в его терапии. Кроме того, важной характеристикой пациента является его приверженность к лечению, от уровня которой зависит эффективность предстоящего лечения [1,5].

Исходя из вышесказанного, в качестве метода исследования был выбран социологический метод опроса по специально подготовленной анкете. Следует отметить, что анкета разработана коллективом авторов [4] и апробирована в мониторинговых исследованиях по изучению медицинской и фармацевтической осведомленности населения. Для задач настоящего исследования принято решение использовать эту анкету, что позволит нам продолжить мониторинг проблемы. В этой публикации мы остановимся на отдельных фрагментах анкеты, позволяющих представить результаты социологического исследования целевого сегмента пациентов – пожилых людей, мотивированных на улучшение своего здоровья, т.к. ими сделан свободный выбор учиться в университете на факультете здоровья.

Наблюдение проводилось в декабре 2011 г., анкеты раздавались слушателям университета пожилого человека из расчета 2 анкеты на одного человека. Всего было роздано 80 анкет – 40 комплектов, однако возврат составил 56 анкет (70%). Определим это количество как достаточное для получения предварительных результатов согласно метода малых групп. В настоящее время сбор анкет от пожилых людей будет продолжен на занятиях факультета здоровья университета этого учебного года. Для статистической обработки использовались методы средних и относительных величин, сравнения, ранжирования, графический анализ.

#### Результаты исследования

- Среди 56 анкет оказалось 39 респондентов женщин и 17 мужчин, которые сформировали структуру данной малой группы по гендерному признаку как 69,6% и 30,4% соответственно полу. Следует отметить, что полученные результаты согласовываются с демографической структурой населения, в которой доля женщин преобладает. Данный факт объясняется, во-первых, средней продолжительностью жизни мужчин (до 58 лет) и женщин (до 70 лет); и, во-вторых, общеизвестным фактом большей заботы о своем здоровье женщин [2].
- В структуре наших респондентов по возрастному признаку доля лиц в возрасте 41 и более лет составила 96,9%. Несмотря на то, что в настоящее время Всемирная ассоциация здравоохранения изменила возрастные градации человека, указав начало пожилого возраста в 60 лет, нами принято решение применить в данном исследовании старую градацию, т.к. в России уровень здравоохранения и качества жизни не позволяет пока приблизиться нашему населению к этим изменениям [3].
- Среди респондентов оказалось 91,1% городских жителей и 75% имеющих высшее образование. Такие показатели свидетельствуют о некоторых тенденциях: во-первых, повысить свой уровень знаний по вопросам здоровья приняли решение пожилые с высшим образованием, понимая необходимость не только лечиться, но, главное, получать больше квалифицированной медицинской и фармацевтической информации, т.к. выпускающая в настоящее время просветительская и специальная литература не всегда бывает понятна. Во-вторых, отрадно, что около 10% среди слушателей жители сельской местности, интерес к здоровью у

которых настолько велик, что трудности с транспортом, чтобы добраться до университета, их не пугают.

- В группе слушателей оказалось по социальному статусу 75% служащих, в т.ч. пенсионеров 53,2%. Доход у 19,6% составляет в пределах одного прожиточного минимума (на момент исследования 5730 руб.), но у 69,6% свыше 1 до 3 ПМ. Характеризуя данные факты, можно утверждать, что именно служащим и пенсионерам присуща черта повышенной заботы о своем здоровье [5]. Ценовая доступность лекарственных средств позволяет тратить на их приобретение сумму от 500 до 1500 руб. в месяц.
- В группе респондентов оказалось 51,8% замужних и женатых; 14,3% бывших в браке, но сейчас вдовствуют; 28,6% проживают без пары (остальные 5,3% не указали ответ на этот вопрос). Во многих исследованиях доказывается факт положительного влияния брака на здоровье. Такой вопрос нашим респондентам мы не задавали, но наличие в числе слушателей почти половины лиц, живущих вне официального брака, конечно, усугубляет проблемы со здоровьем.
- Респонденты указали, что они страдают заболеваниями, в основном органов дыхания – 21,4%, органов пищеварения – 33,9%, сердечно-сосудистой системы – 33,9%, эндокринологической системы – 16,1%, мочеполовой системы – 23,2% и др. Почти во всех анкетах указано несколько патологий; полностью без заболеваний, т.е. здоровых, в выборке не было.
- Приобретают в аптеках ЛС в основном респонденты для лечения хронических болезней – 53,6%; других заболеваний – 57,1%. К сожалению, оказалось, что для оздоровления покупают ЛС только 16,1% респондентов, для профилактики сезонных болезней – 17,8%.
- Самооценка уровня медицинских знаний выявила следующие результаты: небольшой уровень указали 33,9%, средний 50%, высокий 12,5% (примечательно, что это были только мужчины), остальные 4,6% не ответили на этот вопрос.
- В табл. 1 представлены результаты оценки респондентов отдельных видов здоровья (оценки: отличное, хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное и затруднились с ответом). В анкете раскрывалось понятие видов здоровья, в частности: физическое (способность к движению, выполнению повседневных задач, наличие болей и др.); психическое нервное напряжение, раздражительность, депрессия, апатия и др. [6], социальное (взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружба, степень одиночества и др.).

В результате анализа оценок респондентов отдельных видов здоровья установлены следующие факты:

1) Преобладают удовлетворительные оценки всех видов здоровья; вариация долей составила от 48,2% - физическое до 57,1% - общее состояние (колонки 3 и 9), за исключением социального здоровья, где больше хороших оценок – 55,3%, а удовлетворительных – 37,5% (колонка 7).

2) Велики доли хороших оценок: вариации 30,4% - 33,9%.

3) Доли отличных оценок небольшие и варьируются от 3,6% общего состояния до 5,4% по всем остальным видам здоровья (т.е. примерно 5%).

4) Также невелики, но до 10%, доли неудовлетворительных оценок – от 1,8% до 10,7%.

5) По пятибалльной шкале в среднем оценки физического, психического и общего состояния примерно одинаковые 3,25-3,29 баллов, отличается средняя оценка социального здоровья – 3,64; но как и все в пределах удовлетворительной оценки.

Таблица 1

Оценка отдельных видов здоровья пожилыми людьми

| Вид здоровья<br>Оценки  | Физические |         | Психические |         | Социальные |         | Общее состояние |         |
|-------------------------|------------|---------|-------------|---------|------------|---------|-----------------|---------|
|                         | К-во       | Доля, % | К-во        | Доля, % | К-во       | Доля, % | К-во            | Доля, % |
| <i>I</i>                | 2          | 3       | 4           | 5       | 6          | 7       | 8               | 9       |
| 1. Отличное             | 3          | 5,4     | 3           | 5,4     | 3          | 5,4     | 2               | 3,6     |
| 2. Хорошее              | 19         | 33,9    | 18          | 32,1    | 31         | 55,3    | 17              | 30,4    |
| 3. Удовлетворительное   | 27         | 48,2    | 28          | 50,0    | 21         | 37,5    | 32              | 57,1    |
| 4. Неудовлетворительное | 5          | 8,9     | 6           | 10,7    | 1          | 1,8     | 5               | 8,9     |
| 5. Затрудняюсь ответить | 2          | 3,6     | 1           | 1,8     | -          | -       | -               | -       |
| 6. Итого                | 56         | 100,0   | 56          | 100,0   | 56         | 100,0   | 56              | 100,0   |
| 7. Средняя, баллы       | 3,25       |         | 3,27        |         | 3,64       |         | 3,29            |         |

В заключение данного блока вопросов респонденты проранжировали восемь общечеловеческих ценностей, результаты статистической обработки представлены в табл. 2. Использовано прямое ранжирование: первое место наиболее значимой ценности, второе – менее значимой и т.д.

Таблица 2

Результаты ранжирования общечеловеческих ценностей

| Общечеловеческие ценности        | Женщины       |                | Мужчины     |                | Общие     |                |
|----------------------------------|---------------|----------------|-------------|----------------|-----------|----------------|
|                                  | $\bar{x}_1$ * | R <sub>1</sub> | $\bar{x}_2$ | R <sub>2</sub> | $\bar{R}$ | R <sub>3</sub> |
| 1. Работа                        | 4,6           | 4              | 3,6         | 3              | 3,5       | 3              |
| 2. Общение с друзьями            | 4,9           | 5              | 4,2         | 5              | 5         | 4              |
| 3. Образование                   | 5,1           | 6              | 4,0         | 4              | 5         | 4              |
| 4. Семейные ценности             | 2,0           | 1              | 2,9         | 1              | 1         | 1              |
| 5. Здоровье                      | 2,1           | 2              | 3,0         | 2              | 2         | 2              |
| 6. Религиозные убеждения         | 6,2           | 8              | 6,6         | 8              | 8         | 8              |
| 7. Стабильность                  | 4,3           | 3              | 4,8         | 7              | 5         | 4              |
| 8. Деньги, материальные ценности | 5,4           | 7              | 4,3         | 6              | 6,5       | 7              |

Примечание:  $\bar{x}$  - среднее арифметическое мест в рейтинге;

R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub>,  $\bar{R}$ , R<sub>3</sub> - рейтинг по видам

После статистической обработки результатов ранжирования получены следующие факты:

1) Самыми важными ценностями для пожилых людей являются семейные ценности и здоровье, которые в рейтинге заняли 1-2 места: можно обратить внимание на то, что по абсолютной величине места для этих ценностей в группе мужчин оказались больше, чем у женщин (2,9 у мужчин против 2,0 по семейным ценностям и 3,0-2,1 по здоровью), что объясняется фактом первостепенной важности их для мужчин (больше было других мест в рейтингах респондентов).

2) Однозначное последнее (8) место в рейтинге занимают религиозные убеждения, что объясняется атеистической идеологией семидесятилетней истории России.

3) Значимой ценностью оказалась работа, причем для мужчин она более важна, но в итоге общее 3 место.

4) Для женщин, как хранительниц очага, важна стабильность – 3 место, в общем рейтинге – 4 место.

5) Такие ценности, как общение с друзьями, образование и стабильность по статистическим данным оказались на одном четвертом месте в общем рейтинге, но по гендерному признаку они занимают разные места.

6) Вызывает удивление низкие места в рейтинге такой ценности как деньги и материальные ценности (тем более, что как было показано выше, доходы у респондентов небольшие) – 6-7 места. Можно попробовать объяснить данный факт «философским» отношением к этим ценностям, которое постепенно формируется у пожилых людей, т.е. с возрастом и болезнями происходит переоценка ценностей, что подтверждают полученные результаты.

#### Выводы

1. В процессе социологического исследования пожилых людей по отношению к различным аспектам своего здоровья установлены удовлетворительные оценки различных видов здоровья, что явилось их мотивацией для посещения факультетов здоровья университета пожилого человека. В сумме удовлетворительные и неудовлетворительные оценки занимают большую долю в структуре: от 57,1% по физическому, 60,7% - психическому, 60,0% - общему состоянию; только у социального здоровья большая доля отличных и хороших оценок – 60,7%.

2. Детальный анализ полученных фактов в результате исследования позволяет сформировать концепцию содержания лекций для слушателей факультета здоровья Университета пожилого человека по теме «Пожилой человек и лекарство», в которую вошли данные по лекарствоведению, фармацевтическому рынку и лекарствоведению, необходимые респондентам для формирования у них приверженности к лечению, правильного применения и обращения с лекарственными средствами.

#### Литература:

1. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, А.С. Молчанов и др. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 304 с.
2. Дрёмова, Н.Б. Потребитель товаров фармацевтического рынка: женский потребительский профиль / Н.Б. Дрёмова // Аптечный бизнес. – 2006. – №4. – С. 54-59.
3. Медико-демографическая ситуация и здоровье населения на рубеже XX и XXI веков / К.Ш. Зыятдинов, Р.И. Аляветдинов, Н.Н. Шамсияров и др. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 4. – С. 5-9.
4. Мониторинг фармацевтической осведомленности посетителей аптек / Н.Б. Дрёмова, С.В. Соломка, О.В. Хорлякова, Н.П. Ярошенко // Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2011. – Т. 6. – № 1. – С. 108-113.
5. Педагогика в медицине: учебное пособие / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, Н.Б. Смирнова и др. – М.: Изд. Центр «Академия», 2006. – 320 с.
6. Психологическое здоровье лиц пожилого возраста / Т.Н. Резникова, Н.И. Артемюк, Н.А.Селиверстова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 4. – 45-46.
7. Щепин, В.О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России / В.О. Щепин, Е.А. Тищук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 3-11.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Дрёмова Н.Б., Хорлякова О.В.*

Курский государственный медицинский университет,  
г. Курск, Россия

В последние годы в социологических исследованиях различных групп населения убедительно прослеживается положительная тенденция изменения отношения российских граждан к своему здоровью. Такая закономерность была отмечена и за рубежом, но несколько ранее – примерно с 80-90-х годов XX столетия. В российских исследованиях такой период наступил с конца XX – начала XXI века. Рост популярности здорового образа жизни, противостояние быстрому старению и увеличение продолжительности жизни, желание многих членов общества хорошо выглядеть и зависимость карьерных успехов от здоровья привели к формированию новых стандартов жизни и ценностных установок важности хорошего здоровья.

Проведение социологических опросов населения по различным аспектам состояния жизни, социума, политики, в т.ч. и состояние здравоохранения и здоровья членов общества и их семей, основано на методе

наблюдения за выборочной совокупностью респондентов на определенный период времени.

В наших маркетинговых исследованиях потребителей лекарственных средств (ЛС) с использованием метода социологического опроса по специально подготовленной оригинальной анкете получены первичные данные по различным медицинским и фармацевтическим аспектам. Статистическому анализу подверглись 380 заполненных анкет в 2002 г. и 470 в 2011-2012гг.; исследование проводилось в городах Центрального федерального округа (Курск, Белгород, Орел, Воронеж, Москва, Тула) Выборка является репрезентативной для  $p = 0,95$  и ошибке  $\Delta = 0,05$ . Для темы настоящего исследования выбраны ответы на вопросы в блоке анкеты по самооценке потребителями своего здоровья.

Цель исследования - установить тенденции в оценке важности категории здоровья для населения и отдельных видов здоровья в процессе мониторинга 2002/2011-2012гг.

Объекты исследования - анкеты медико-социологического исследования потребителей ЛС, всего 850 анкет.

Методы исследования - структурный, сравнительный, статистический, графический анализы, ранжирование, социологический опрос.

На первом этапе опроса респондентам предлагалось проранжировать восемь из перечня жизненно-важных ценностей, в числе которых и «здоровье» (наиболее значимая ценность – 1 место, значимая – 2 место и т.д.). Категория «здоровье» прочно занимает второе место в рейтинге россиян общечеловеческих ценностей в первом десятилетии нового века. Она уступает только семейным ценностям (любовь, дети). Такой результат фиксируется и в других медико-социологических исследованиях (это касается только семейных ценностей и здоровья, по другим категориям результаты не равнозначны и зависят от выборки респондентов).

В процессе второго этапа исследования изучалось отношение потребителей ЛС к различным видам здоровья. Известно, что категория «здоровье» предусматривает полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Так, под физическим здоровьем понимается способность к движению, выполнению повседневных задач, наличие болей и т.д. Психическое здоровье подразумевает наличие нервного напряжения, раздражительности, депрессии, апатии и т.д. Социальное здоровье предусматривает коммуникабельность как взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д.

Для самооценки видов здоровья респонденту предлагались следующие оценки - «отлично» «хорошо» «удовлетворительно» «неудовлетворительно». Если респондент затруднялся в оценке, то можно было отметить в колонке «затрудняюсь ответить». Статистическая обработка анкет осуществлялась на ПЭВМ с использованием редактора Microsoft Excel.

Интерпретация результатов

- Выявлены следующие тенденции по оценке физического здоровья: рост хороших и отличных оценок - соответственно +7,9% и + 8,4%; снижение удовлетворительных и неудовлетворительных оценок: -5,6% и -1,1%; значительно уменьшилось количество респондентов, которые затруднялись оценить свое физическое здоровье: в 2011-2012гг. таких было всего 1,5%, снижение показателя составляет - 9,6%.

В целом общие доли лиц, считающих этот вид здоровья отличным и хорошим, варьируется в исследуемые периоды: 2002-44,7% и 2011-2012гг. - 61%, причем отмечается значительный рост этого показателя на +16,3%. Сократилась общая доля лиц, оценивших свое физическое здоровье оценками «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»: 37,5% против 44,2% разница составляет - 6,7%.

- Аналогичные тенденции (рост доли оценок «отлично» и «хорошо» и снижение доли оценок «удовлетворительно и неудовлетворительно») установлены и по показателям психического здоровья, социального здоровья и общей самооценке здоровья.

Таким образом, можно однозначно утверждать, что для современного потребителя (больного, посетителя аптеки) здоровье является важной категорией для его жизни, что мотивирует его интерес доступным к медицинским и фармацевтическим знаниям. Так, если в 2002 г. 45% респондентов оценивали свой уровень медицинских знаний как «небольшой» (критерии высокий, средний, небольшой, нет знаний), 36,3% как «средний», то в 2011г.-2012г. эти цифры уже были 54,1% как средний и 31,4% как небольшой. Оценки собственных знаний о ЛС примерно аналогичные: в 2002 г. сложилась следующая структура: хорошие – 15,5%, достаточные - 37,1%, недостаточные - 47,4%, никаких нет - 0%; в 2011г. - 2012г. хороших немного больше - 16,8%, достаточные возросли значительно на +12,5% и составили 49,6%; недостаточные уменьшились на 14,6% - их доля стала равна 32,8%; никаких нет - 0,9% в данной выборке.

Медико-социологические исследования в форме мониторинга являются важным инструментом в методологии научного познания социальных явлений не только в области медицины и здравоохранения, но и в целом в обществе. В настоящем исследовании мониторинг позволил выявить высокую значимость категории «здоровья» и тенденции в улучшении самооценок населения различных видов своего здоровья, что является фактом положительных изменений в отношении населения к своему здоровью.

#### Литература:

8. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, А.С. Молчанов и др. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 304 с.

9. Дрёмова, Н.Б. Потребитель товаров фармацевтического рынка: женский потребительский профиль / Н.Б. Дрёмова // Аптечный бизнес. – 2006. – №4. – С. 54-59.



10. Медико-демографическая ситуация и здоровье населения на рубеже XX и XXI веков / К.Ш. Зыятдинов, Р.И. Аляветдинов, Н.Н. Шамсияров и др. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 4. – С. 5-9.

11. Мониторинг фармацевтической осведомленности посетителей аптек / Н.Б. Дрёмова, С.В. Соломка, О.В. Хорлякова, Н.П. Ярошенко // Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2011. – Т. 6. – № 1. – С. 108-113.

12. Педагогика в медицине: учебное пособие / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, Н.Б. Смирнова и др. – М.: Изд. Центр «Академия», 2006. – 320 с.

13. Психологическое здоровье лиц пожилого возраста / Т.Н. Резникова, Н.И. Артемюк, Н.А.Селиверстова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 4. – 45-46.

14. Щепин, В.О. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России / В.О. Щепин, Е.А. Тищук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 3-11.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ (СООБЩЕНИЕ 1)

*Евдокимова Е.М., Рахлеев Ю.Л., Максимчук Н.А.*

Областная наркологическая больница, г. Курск, Россия

Современной медициной и клинической психологией активно разрабатываются теоретические и практические аспекты психосоматических заболеваний [15]. По определению А.Б. Смулевича (2000) к психосоматическим расстройствам относятся группа болезненных состояний, проявляющихся эскалацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов, симптомокомплексов - соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание [18, с.10]. В рамках Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) психосоматические расстройства могут классифицироваться в разделах "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Vonhoffer), "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53) [21, с.20-27; с.60-74; с.78-85].

Рубрика «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» включает обширный диапазон полиморфных по этиологии (как связанных, так и не обнаруживающих связи с психогенно-стрессовыми

факторами), клинической картине (фобические и тревожные, обсессивно-компульсивные, диссоциативные, соматоформные, неврастенические и другие расстройства) и уровню реагирования (психотические и непсихотические) состояний. Их лечение (невротических расстройств) носит комплексный характер, и, как правило, включает в себя медикаментозное, психотерапевтическое (индивидуальное и групповое), физиотерапевтическое воздействия, что позволяет повысить эффективность лечебных мероприятий и увеличить скорость наступления полноценных ремиссий [20, с.13]. Одним из базовых компонентов комплексного лечения невротических состояний является психофармакотерапия.

Г.Я. Авруцкий с соавт. (1981) утверждал, что «терапия реактивных состояний и неврозов представляет собой один из наиболее сложных разделов современной терапии, что тесно связано с клиническими проблемами отграничения, дефиниций, динамики, исходов этих чрезвычайно распространенных заболеваний» [1, с.357]. Это утверждение в отношении проблемы психофармакологической коррекции невротических расстройств актуально до настоящего времени. Сложность проблемы усугубляется вариабельностью, разнообразием и неоднородностью психопатологической структуры невротических расстройств, присоединением и/или сосуществованием с ними коморбидной патологии. Например, выраженных в той или иной степени депрессивных нарушений, которые сами по себе сложны в клинической интерпретации (выделяют шесть синдромальных типов простых депрессий (меланхолический, тревожный, анестетический, адинамический, апатический, дисфорический) и сложные депрессии с проявлениями сенесто-ипохондрического синдрома, включениями бреда, галлюцинаций и кататонических расстройств) [11, с.47]. Помимо этого, диагностические критерии МКБ-10 опираются на непривычные для отечественных психиатров нозологически малоспецифичные операциональные критерии (например, панического расстройства, дистимии, шизотипического расстройства, посттравматического стрессового расстройства, социальной фобии и др.), что требует применения особых фармакотерапевтических подходов [12, с.115], [22, с.299], [23, с.44].

Европейская и отечественная школы клинической фармакологии, придерживаясь принципа дифференцированного назначения психофармакотерапии, основанного на концепции индивидуального спектра психотропной активности, в соответствии с которой лекарственный препарат обладает специфическим спектром фармакологического действия и профилем неврологических и соматических побочных эффектов [3, с.5], [16, с.230], [1, с.248], [6, с.10], [7, с.317]. Поэтому при выборе препарата необходимо соотносить спектр его клинической активности и особенности психического и соматического состояния больного, которые могут варьировать в широком диапазоне. Кроме того, клиницист должен осознавать, что «полученные в контролируемых исследованиях результаты не всегда оправданы в реальных клинических ситуациях» [3, с.6]. Больные, участвующие в научных

исследованиях, составляют лишь часть, причем относительно «молодую», всех больных, нуждающихся в лечении. В соответствии со статистическими требованиями исследования они, как правило, не получают другой лекарственной терапии, не имеют серьезных заболеваний и согласны получать плацебо в течение нескольких недель. По данным Дж. Арана, Дж. Розенбаума (2006) коллективный опыт разработки Международных стандартов лечения психических расстройств показал, «что за исключением первого этапа алгоритма веских научных данных в пользу последующего выбора терапии нет», и соответственно он (выбор) должен быть достаточно индивидуализирован [3, с.5].

В отношении психофармакологической терапии психосоматических расстройств в настоящее время существуют два альтернативных подхода: монотерапия и комбинированная терапия [9, с.50]. Монотерапия – это лечение с помощью одного препарата [2, с.11], [14, с.333], [19, с.114]. Несмотря на целый ряд достоинств (возможность подбора индивидуальной эффективной дозы, минимизация побочных эффектов, экономическая выгодность), монотерапия эффективна для лечения, преимущественно, изолированных неосложненных психопатологических синдромов (типичные депрессии, «вариант синдромальной коморбидности навязчивостей с аффективными расстройствами»)[16, с.136],[4, с.45]. Комбинированное лечение (полипрагмазия) – одновременное использование 2-х или более препаратов одного или нескольких классов психотропных препаратов, которое, по мнению С.Н. Мосолова (2002), в последнее время, приобрело массовый характер[8, с.25]. По данным авторских исследований, до 80-90% больных, как в стационаре, так и амбулаторно получают два или более психотропных препарата[8, с.27], [10, с.80]. Распространенность комбинированной терапии можно объяснить стремлением практических врачей к достижению более быстрого и качественного лечебного результата, а так же наличием терапевтически резистентных форм психической патологии [5, с.43]. Основная опасность использования комбинированного лечения заключается в том, что вероятность развития побочных эффектов возрастает прямо пропорционально количеству назначенных препаратов. «Вследствие снижения уровня метаболизма психотропных средств, которые в большинстве своём метаболизируются системой цитохрома P450 в печени, период их полувыведения может увеличиваться в 4 и более раз, что приводит к развитию токсических эффектов» [8, с.36], [10, с.77]. Представления о возможностях, преимуществах и ограничениях комбинированной психофармакологической терапии неоднозначны и противоречивы до настоящего времени. В значительной мере это связывают с малым количеством и методической сложностью адекватных сравнительных клинико-фармакологических исследований [24, с.65], [25, с.643] при большом числе эмпирически ориентированных работ, констатирующих фактические данные о терапевтической эффективности и побочных эффектах сочетаний различных препаратов[13, с.37], [17, с.172]. Компромиссным вариантом в лечении невротических и аффективных расстройств следует

считать использование поэтапной системы психофармакотерапии (терапевтического алгоритма), предусматривающей постепенный и последовательный переход от монотерапии к комплексному лекарственному воздействию. Это позволяет не только повысить эффективность монотерапии, но и решает проблему терапевтической резистентности психопатологических состояний.

Таким образом, фармакотерапия психосоматических расстройств является актуальной проблемой современной психиатрии, Теоретические взгляды на ее различные аспекты сложны и неоднозначны и продолжают активно разрабатываться и обсуждаться в научной литературе.

#### Литература:

1. Авруцкий, Г.Я. Лечение психически больных (Руководство для врачей) / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. – М: Медицина, 1981.– 496 с.
2. Андрусенко, М.П. Комбинированное использование нейрелептиков и антидепрессантов при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения / М.П. Андрусенко, М.А. Морозова // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. – 2001, Т. 01. – №1. — С.8-13.
3. Арана, Дж. Фармакотерапия психических расстройств / Дж. Арана, Дж. Розенбаум. – М.: Изд-во: Бином. Лаборатория знаний, 2006. – 216с.
4. Колюцкая, Е.В.К проблеме психофармакотерапии обсессивно-компульсивных состояний / Е.В. Колюцкая, И.Е. Дороженко //В кн.: Материалы XII съезда психиатров России. - М; 1995.- С. 523.
5. Мазо, Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии / Г.Э. Мазо, М.В. Иванов // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. – 2007, Т.09. – №1. — С.42-47.
6. Мосолов, С. Н. Биологические основы современной антипсихотической терапии // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 6. — С. 7–12.
7. Мосолов, С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. – Медицинское информационное агенство. -СПб., 1995, - с. 568.
8. Мосолов, С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С.Н. Мосолов // В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2002. — С. 21–37.
9. Незнамов, Г.Г. Комбинированная психофармакотерапия: современная концепция / Г.Г. Незнамов // Нейропсихотропные препараты (сборник докладов симпозиума), Москва 22-23 ноября, 1994 г. /Под редакцией член-корр. РАМН С.Б. Середенина, д.м.н. С.А. Борисенко. – Арцнеймиттельверк Дрезден ГмБХ НИИ Фармакологии Российской Академии Медицинских Наук. – С.48-55.

10. Петрюк, П.Т. Принципы психофармакотерапии в психиатрии: основные особенности современного этапа развития психофармакотерапии. Сообщение 1 / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2008. — № 3–4. — С. 77–83.
11. Пилягина, Г.Я. Депрессивные нарушения / Г.Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. — 2003. — № 1. — С. 40–49.
12. Принципы и практика психофармакотерапии / Ф. Дж.Яничак, Дж. М.Дэвис, Ш. Х.Прескорн, Дж. мл.Айд / Пер. с англ. С. А. Малярова. — Киев: Ника-Центр, 1999. — 728с.
13. Сергеев, И.И. Психофармакотерапия невротических расстройств / И.И. Сергеев // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. — 2003, Т. 05. — №6. — С.35-42.
14. Серикова, О.И. Монотерапия кассаданом тревожно-депрессивных расстройств невротического генеза / И.О. Серикова // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ.ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 331–333.
15. Сидоров, П.И. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным / П.И.Сидоров, И.А.Новикова // [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. 2010. N 1. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 14.10.2012).
16. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 312 с.
17. Смулевич, А.Б. Малопрогредитная шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич / АМН СССР. — М., Медицина, 1987. — 240 с., ил.
18. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. — 2000, Т. 2. — №2. — С.10-16.
19. Смулевич, А.Б. Сравнительная эффективность нейрорептиков и транквилизаторов (пипортил и феназепам) при терапии обсессивно-фобических расстройств / А.Б.Смулевич, Е.В. Коллюцкая, Д.В.Дроздов, Н.И. Буренина // Журн. соц. и клин. психиатрии. — 1994. — №4. — С.109-114.
20. Фурсова, М.В. Комплексное лечение панического расстройства / М.В. Фурсова // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. — 2006. — №3. — С.12-15.
21. Чуркин, А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. — М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. — 232с.

22. Kuzland, A.A. The use of psychotropic drug combinations. — Comments and observations / A. A. Kuzland, T. E. Hanlon // *Pharmacopsych. Neuro — Psychopharmacol.* — 1971. — Vol. 4. — P. 297-302.
23. Linden, M. Low dosage antidepressant treatment in private psychiatric practice — A replication study / M. Linden, G. Schussler // *Pharmacopsychiatry.* — 1985. — Vol. 18, N 1. — P. 44 — 45.
24. Schatzberg, A. F. Textbook of psychopharmacology / A. F. Schatzberg, C. B. Nemeroff. — 2<sup>nd</sup> ed. — Washington: APP, 1998. — 1095 p.
25. Silver, J. M. Biological therapies for mental disorders / J. M. Silver, G. I. Hurowitz, S. C. Yudofsky // *Clinical Psychiatry for Medical Students* / Ed. A. Stoudemire. — 3<sup>rd</sup> ed. — Philadelphia—New York: Lippincott—Raven Publishers, 1998. — P. 638–688.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНЫЕ  
ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ  
(СООБЩЕНИЕ 2)**

*Евдокимова Е.М., Рахлеев Ю.Л., Максимчук Н.А.*

Областная наркологическая больница, г. Курск, Россия

Психофармакотерапия психосоматических заболеваний является актуальной проблемой современной психиатрии ввиду сложности и противоречивости теоретических взглядов на ее различные аспекты.

Наряду с традиционным индивидуальным подходом к выбору психотропного препарата на основе адекватной клинической диагностики [8, с.21], [15, с.172], практическим врачам предложено руководствоваться стандартизированными схемами, унифицирующими терапевтические вмешательства в психиатрии. Последние представлены в виде моделей диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (клиническое руководство), утвержденных приказом Минздрава РФ №311 от 6.08.1999 г [6]. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств разработаны на основе согласованного мнения экспертов, «вытекающего из постмаркетингового опыта применения лекарственных средств, совмещенном с результатами систематического мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований того же лекарственного средства» [4, с.82]. Например, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48) рассматриваются вышеуказанным клиническим руководством в рамках нарушений аффективного спектра. Поэтому основой их фармакотерапии рекомендуется считать «антидепрессанты, анксиолитики, а так же нормотимические и вегетостабилизирующие средства». Нейролептики назначаются в случае выраженного психомоторного возбуждения, признаков дезорганизации мышления, для получения и усиления снотворного эффекта, а так же в случае неэффективности используемых лекарственных препаратов [6]. Далее приводятся предпочтительные продолжительность курсов терапии, сроки

стационарного и амбулаторного лечения, ожидаемые результаты лечения. Приведенные рекомендации согласуются с взглядами отечественных исследователей. Так, А.Б. Смулевич (1987,2000) утверждает, что «в процессе лечения пограничных состояний..., как и при терапии манифестных психозов, могут использоваться, но в иных соотношениях почти все препараты шести основных классов психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, психостимуляторы, нормотимики)» [14, с. 174] [16, с.11]. Менее категоричное суждение в этом отношении выносит И.И. Сергеев (2003), считающий, что «в лечении невротических фактически в основном используются четыре из шести основных классов психофармакологических препаратов (кроме психостимуляторов и стабилизаторов аффекта, которые почти не применяются) [12, с. 37].

Возможной тактикой психофармакотерапии так же является использование разработанных в научной литературе терапевтических алгоритмов при различных патологических состояниях (депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство и т.д.), заключающихся в постепенном и последовательном переходе от монотерапии к комбинированной терапии [10, с.48], что позволяет минимизировать побочные эффекты и преодолевать формирование терапевтической резистентности. Алгоритм терапии определяется степенью активности патологического процесса и дифференцируется в зависимости от этапа развития заболевания (хроническое течение, активная фаза, фаза стабилизации). Подобный терапевтический алгоритм можно представить на примере психофармакотерапии депрессии по А.Б. Смулевичу (2003): этап 1 (современный антидепрессант 2-го и следующих поколений) → этап 1А (увеличение дозы антидепрессанта) → этап 1Б (усиление эффекта антидепрессанта присоединением солей лития, гормонов, ноотропов, стимуляторов) → этап 2 (замена антидепрессанта) → этап 3 (комбинированная терапия современными антидепрессантами) → этап 3А (комбинирование современных антидепрессантов и трициклических антидепрессантов) → этап 3Б (комбинирование антидепрессантов с нейролептиками и транквилизаторами) → этап 3В (переход на инъекционные формы введения психотропных препаратов – в/м, в/в) → этап 4 (электросудорожная терапия) [14, с.48]. Аналогичные схемы в более или менее развернутом или сокращенном вариантах приведены в специальной литературе и для других патологических состояний группы психосоматических расстройств [17, с.15], [7, с.248], [15, с.269], [5, с.45]. К сожалению, такие схемы предполагают достаточно длительные сроки лечения и наличие четкой преемственности амбулаторной и стационарной психиатрической помощи. В рамках стационара, куда поступают больные с тяжелыми или хроническими формами патологии, а так же больные после неэффективных (часто достаточно длительных) курсов амбулаторного лечения, первые этапы таких схем часто игнорируются и лечение начинается с этапа комбинированной терапии.

Возможности и эффективность комбинированной терапии в научной литературе оцениваются неоднозначно. Иногда, чтобы подчеркнуть нежелательность такого явления пользуются термином полипрагмазия (поли лат. *pragmaticus* – деловой, практический, прагматический) – одновременное (часто необоснованное) назначение двух и более лекарственных препаратов. По мнению В.А. Жмурова (2012) «технология такого лечения чрезвычайно сложна, а эффекты терапии являются трудно прогнозируемыми», что особенно касается психотропных лекарственных средств, которые влияют на активность различных недостаточно изученных нейромедиаторных структур [2, с.15]. Однако, несмотря на настоятельные рекомендации и многочисленные исследовательские работы, подтверждающие высокие результаты монотерапии, распространенность комбинированного применения психофармакологических средств составляет 55 — 90% от числа психически больных, получающих терапию в амбулаторных, стационарных условиях и в частной психиатрической практике [13, с.332], [10, с.49], [8, с.22], [11, с.80]. Высокая частота комбинированной психофармакотерапии косвенно подтверждает ее практическую значимость. Кроме того, сочетанное применение психотропных препаратов является теоретически обоснованным. В пользу комбинированного использования психотропных препаратов свидетельствуют феномен фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия лекарственных средств по типу синергизма [1, с.38], [9, с.256], данные о динамической организации патологических систем, являющихся основой нейропатологических синдромов [3], доказывающие необходимость комплексной специфической патогенетической терапии для достижения высокой эффективности терапевтического воздействия, представления о разнообразии этиологических факторов, патогенетических механизмов, сложности психопатологической структуры большинства психических заболеваний и т.д.

Таким образом, в повседневной практической деятельности, связанной с терапией психосоматических заболеваний врач-психиатр может руководствоваться различными, но не противоречащими друг другу подходами: традиционным (предполагающим строго индивидуализированный подбор психотропных препаратов с опорой на адекватную клиническую квалификацию патологических симптомов), стандартизированными моделями диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (содержащими унифицированные схемы лечения психосоматической патологии), а также специальными терапевтическими алгоритмами, разработанными для изолированных форм психосоматической патологии в случае формирования явлений терапевтической резистентности.

#### Литература:

1. Александровский, Ю.А. Клинико-фармакологическая характеристика терапии транквилизаторами и другими психотропными



средствами / Александровский Ю. А., Тарнавский Ю. Б., Незнамов Г. Г. и др. // Фармакол. и токсикол. — 1982.— № 3.—С. 36—41.

2. Жмуров, В.А. Большая энциклопедия по психиатрии / Под ред. В.А. Жмурова, 2-е изд., 2012 г. [электронный ресурс]- URL: <http://oim.ru/category/entsiklopediya/zhmurov-va-bolshaya-ntsiklopediya-ro-psikhiatrii-2-e-izd-2012-g>. Дата обращения: 14.10.2012

3. Крыжановский, Г. Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов / Г.Н. Крыжановский. — М.: Медицина, 1980. — 360 с.

4. Любов, Е.Б. Фармакоэпидемиологические исследования в психиатрии. Сообщение 1. Количественный фармакоэпидемиологический анализ/ Е.Б. Любов, Ю.Ф. Литвищенко // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000.- № 2.- С.81-92

5. Мазо, Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии / Г.Э. Мазо, М.В. Иванов // Журнал психиатрии и психотерапии. — 2007, Т.09. — №1. — С.42-47.

6. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (клиническое руководство, утв. приказом Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. № 311) / Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» Приказ Министерства здравоохранения РФ 6 августа 1999г №311/ (НЦПИ) / Приложение к приказу - URL: [http://www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow\\_DocumID\\_66938.html](http://www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_66938.html). Дата обращения: 14.10.2012

7. Мосолов, С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. — Медицинское информационное агентство. - СПб., 1995, - с. 568.

8. Мосолов, С.Н. Современный этап развития психотерапии / С.Н. Мосолов // В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2002. — С. 21—37.

9. Незнамов, Г.Г. Взаимодействие транквилизаторов и других психотропических препаратов / Г.Г. Незнамов, А.В. Вальдман, Ю.А. Александровский. Психотерапия невротических расстройств. — М.: Медицина, 1987, гл. 8.—С.252— 268.

10. Незнамов, Г.Г. Комбинированная психотерапия: современная концепция / Г.Г. Незнамов // Нейропсихотропные препараты (сборник докладов симпозиума), Москва 22-23 ноября, 1994 г. / Под редакцией член-корр. РАМН С.Б. Середина, д.м.н. С.А. Борисенко. — Арцнеймиттельверк Дрезден ГмБХ НИИ Фармакологии Российской Академии Медицинских Наук. — С.48-55.

11. Петрюк, П.Т. Принципы психотерапии в психиатрии: основные особенности современного этапа развития психотерапии. Сообщение 1 / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2008. — № 3—4. — С. 77—83.

12. Сергеев, И.И. Психофармакотерапия невротических расстройств / И.И. Сергеев // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. – 2003, Т. 05. – №6. — С.35-42.

13. Серикова, О.И. Монотерапия кассаданом тревожно-депрессивных расстройств невротического генеза / И.О. Серикова // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ.ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 331–333.

14. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 312 с.

15. Смулевич, А.Б. Малопрогредитная шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич / АМН СССР. – М., Медицина, 1987. – 240 с., ил.

16. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Журнал психиатрии и психофармакотерапии. – 2000, Т. 2. – №2.– С.10-16.

17. Фурсова, М.В. Комплексное лечение панического расстройства / М.В. Фурсова // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. – 2006.–№3.—С.12-15

## ПРОАКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

*Ерзин А.И.*

Оренбургский государственный университет

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург, Россия

Психическое здоровье как один из аспектов здоровья человека в целом всегда находится в центре внимания специалистов различного профиля: психиатров, наркологов, медицинских психологов, социальных работников. В психиатрии под психическим здоровьем понимается состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Это определение дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Оно достаточно широко и в то же время емко, так как оно охватывает и психобиологические основы личности человека, и аспекты межличностного, социального функционирования. Каждый человек является не только биологическим видом, реализующим свой генетический потенциал, но и включенным в социальное взаимодействие субъектом деятельности.

ВОЗ выделяет следующие *критерии психического здоровья*:

1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».

2. Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
3. Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
4. Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
5. Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.
6. Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
7. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

На указанных критериях основан вывод от том, что далеко не последнюю роль в формировании и поддержании психического (психологического) здоровья играет способность личности ставить значимые для нее цели, управлять своим поведением, организовывать и планировать свою деятельность, оценивать во временной перспективе последствия своих действий и принимать на себя ответственность за их реализацию. Эти способности играют важнейшую роль в формировании проактивности личности, под которой и понимается возможность свободного выбора человеком моделей поведения. В некоторой степени можно утверждать, что природа человека до сих пор объясняется с позиции реактивности. Внешние проявления активности человека, выражающиеся в его поведении, его манерах, его привычках, его образе жизни, рассматриваются как результат взаимодействия личности с ее окружением, как реакция на это окружение, на совокупность определенных обстоятельств. Однако человека, по мнению ряда авторов, [3] и отличает от животных наличие свободной воли, позволяющей ему выбирать тот или иной способ, стиль поведения и адекватно реагировать на меняющиеся условия существования.

Проактивное поведение всегда базируется на внутренних побуждениях личности, а не на внешних условиях. Поскольку сам феномен проактивности в современной психологической науке еще мало изучен, подобная ситуация требует разработки методологического аппарата. В особенности, возникает необходимость в создании критериев исследуемого явления. На данном этапе развития учения о проактивности можно лишь делать предположения об особенностях этого явления, выступающих критериальными признаками проактивного поведения личности. Эти особенности базируются преимущественно на работах В.Франкла и Г.Олпорта, в которых, собственно, и был начат теоретический анализ проактивности, хотя в последние годы в зарубежной психологии появляется все больше публикаций, посвященных данной теме [5-12]. Обозначим критерии проактивного поведения:

- 1) осознанность личностью своих поступков и действий;
- 2) осознание их последствий;
- 3) принятие ответственности за свою жизнь;
- 4) спонтанность;

- 5) наличие свободной воли, свободы принятия решений;
- 6) доминирование метапотребностей над дефицитарными потребностями [2];
- 7) ориентация при выборе моделей поведения не столько на внешние обстоятельства, сколько на собственные идеалы, интересы, установки, убеждения и ценности;
- 8) преобладание в поведении не механизмов психологических защит, а стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий).

Указанные особенности нецелесообразно определять как единственно характеризующие проактивность личности. Критерии проактивного поведения нуждаются в дальнейшем. В этой связи разработка новых критериев проактивности и их всестороннее изучение может наметить план будущих исследований в этой области.

В современной отечественной психологии только намечаются зачатки теоретического осмысления феномена проактивности. В частности, исследованию подвергаются психологические особенности проактивного как формы совладающего поведения [1, 4].

Необходимо еще добавить то, что на данный момент в отечественной психологии отсутствует единая классификация видов проактивного поведения с выделением ключевых характеристик каждого из них. Недостаток эмпирических данных о феномене проактивности требует подробного исследования этого явления в различных группах испытуемых, в том числе, и на материале людей, страдающих психическими заболеваниями.

Таким образом, проактивность выступает одним из ключевых компонентов психического здоровья личности. Феномен проактивности требует тщательного, всестороннего исследования, а также разработки концептуальных основ данного явления на основе результатов дальнейших исследований. Практическим выходом этой работы будет являться, прежде всего, разработка и создание психотерапевтической и психокоррекционной программы, направленной на развитие навыков проактивного поведения.

#### Литература:

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. - СПб.: Питер, 2009. - 336 с. (Серия «Практикум»). С. 274-282.
2. Маслоу А. Мотивация и личность. Перевод с англ. Т.Гутмана, Н.Мухиной. – СПб: Питер. (Серия «Мастера психологии»), 2011.
3. Олпорт Г. Становление личности. — М.: Смысл, 2002, Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990.
4. Старченкова Е.С., Подсадный С.А. К вопросу проактивного совладающего поведения. // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. – Кострома: КГУ им. Н.А.Некрасова, 2010.
5. Ashford, S. J., & Black, J. S. (1996). Proactivity during organizational entry: The role of desire for control. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 199-214.

6. Ashford, S. J., & Cummings, L. L. (1985). Proactive feedback seeking: The instrumental use of the information environment. *Journal of Occupational Psychology*, 58, 67-79.
7. Bateman, T. S., & Crant, J. M. (1993). The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates. *Journal of Organizational Behavior*, 14 (2), 103-118.
8. Crant, J. M. (1996). The proactive personality scale as a predictor of entrepreneurial intentions. *Journal of Small Business Management*, 34 (3), 42-49.
9. Crant, J. M. (2000). Proactive behavior in organizations. *Journal of Management*, 26 (3), 435-462.
10. Grant, A. M., & Ashford, S. J. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34.
11. Parker, S. K. (2000). From passive to proactive motivation: The importance of flexible role orientations and role breadth self-efficacy. *Applied Psychology: An International Review*, 49 (3), 447-469.
12. Thompson, J. A. (2005). Proactive personality and job performance: A social capital perspective. *Journal of Applied Psychology*, 95 (5), 1011-1017.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

*Жукова Л.А., Гуламов А.А., Андреева Н.С., Кузнецов Е.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Сахарный диабет (СД) представляет собой одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, имеющих большое общемедицинское, социальное и экономическое значение. В дополнение к известным соматическим осложнениям СД 2 типа также ассоциируется с повышенным риском развития аффективных нарушений. Расстройства в эмоционально-волевой сфере широко распространены среди пациентов СД 2 типа и напрямую влияют на качество их жизни.

Среди выявляемых у диабетиков аффективных расстройств наиболее частыми являются депрессии, распространенность которых значительно превышает популяционные показатели (до 10%) и составляет в среднем 30% (De Groot M., Jacobson A., Samson J., 1999). Депрессии при СД утяжеляют течение основного заболевания. Клинические исследования свидетельствуют о том, что наличие у больного СД депрессии является независимым неблагоприятным фактором прогрессирования микрососудистых осложнений (Reynaert C., 1995). По данным ряда авторов, данное психическое расстройство может играть важную роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных СД обоих типов (Reynaert C., 1995; Pouwer F., Snoek F., 2001). Наличие сопутствующей депрессии в значительной мере препятствует адаптации пациента, а также ухудшает выполнение лечебных рекомендаций (негативно влияет на комплаенс), в частности указаний относительно проведения самоконтроля, осуществления инсулинотерапии и/или приема сахароснижающих препаратов, соблюдения диеты и так далее

(Lustman P., 2000). Больные с СД 2 типа и депрессией чаще пропускают инъекции инсулина и приём неинсулиновых препаратов, реже проводят самоконтроль гликемии (Tilburg M., McCaskill C., Lane J., 2001). В исследованиях Lustman P.J. (1998), помимо классических проявлений депрессии, были описаны депрессивные эквиваленты, проявляющиеся, например (при диабетической нейропатии), в виде болевого синдрома.

Несмотря на понимание того, что наличие тревожно-депрессивных расстройств увеличивает риск развития и прогрессирования осложнений СД, проблема выявления подобных расстройств на ранних стадиях СД далека от своего разрешения.

Цель: оценить влияние СД 2 типа в сочетании с диабетической полинейропатией (ДПН) на формирование аффективных расстройств у пациентов, госпитализированных в эндокринологическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Проведено обследование 68 пациентов, страдающих СД 2 типа и ДПН различной степени тяжести, госпитализированных в эндокринологическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Курска в 2012 г. Из них лица женского пола составили 63,49% обследованных, мужского пола — 36,51%. Длительность заболевания — от 3 до 17 лет. Возраст больных варьировал от 44 до 65 лет. На момент проведения исследования пациенты находились в состоянии оптимального гликемического контроля СД. Критериями исключения являлись наличие декомпенсации углеводного обмена и тяжелых неврологических, психических или соматических заболеваний.

Всем пациентам проведены стандартный осмотр, офтальмологическое и неврологическое обследование; при опросе и клиническом обследовании использовали карту, в которую вносили сведения о пациенте, результаты исследования и данные о течении заболевания. При анализе учитывали длительность болезни, особенности терапии, наличие самоконтроля, регулярность соблюдения диеты, обучение в Школе диабета. Для диагностики ДПН оценивали тактильную, температурную, болевую, вибрационную чувствительность и моторно-рефлекторные функции. Для верификации аффективных нарушений была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, используемых при сравнении средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей. Различия считали достоверными при вероятности ошибки I рода менее 5% ( $p < 0,05$ ).

Частота аффективных нарушений оказалась достаточно велика - 64,7%, при этом над депрессивными преобладали тревожные расстройства. Сочетание же депрессии и тревоги было отмечено у большинства (54,2%) из обследованных пациентов. В зависимости от пола, возраста и степени компенсации углеводного обмена статистически значимых различий получено не было ( $p \geq 0,05$ ). Показатели характеризующие инсулинотерапию

и длительность СД имели высокую статистическую значимость. Средняя длительность СД 2 типа у пациентов с депрессией составила 9 лет. Больные, имевшие симптомы тревоги, по сравнению с пациентами без подобных расстройств, дольше получали лечение инсулином, что подтверждает данные ряда авторов (Hermanns N., Kulzer B., Krichbaum M. et al, 2005). Дебют СД 2 типа у пациентов с депрессией и тревожными расстройствами приходился на более молодой возраст -  $48,2 \pm 6,4$  года, по сравнению с пациентами без аффективных нарушений -  $52,3 \pm 7,1$  года. Средние оценки по шкале депрессии и тревоги у больных, находящихся на диетотерапии и лечении неинсулиновыми препаратами были статистически значимо ниже, чем у пациентов, находящихся на комбинированной терапии или лечении инсулином.

ДПН выявлена у 93% обследованных пациентов с СД 2 типа. Отмечено повышение средней оценки по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) при увеличении степени ДПН: 4,0 балла — по субтесту «депрессия» и 4,5 балла по субтесту «тревога» у пациентов в отсутствие ДПН; при наличии ДПН - 9,0 и 11,0 баллов соответственно. Более половины (54%) обследованных больных были отнесены в группы пациентов, имеющих синдром диабетической стопы или высокий риск его развития. Частота аффективных расстройств у них достоверно превышала таковую у больных, не отнесенных в перечисленные группы ( $p < 0,05$ ).

Выводы:

1. В целом в ходе исследования отмечена высокая частота аффективных расстройств среди больных СД 2 типа;
2. Выявлены частое сочетание выраженных депрессивных и тревожных расстройств, с преобладанием последних;
3. Статистически значимых различий по частоте депрессивных и тревожных расстройств в зависимости от возраста, пола и степени компенсации углеводного обмена не выявлено. Продолжительность инсулинотерапии и длительность заболевания были статистически значимы;
4. Выявлено влияние периферических неврологических нарушений на степень выраженности депрессивных и тревожных расстройств.

Литература:

1. De Groot M., Jacobson A.M., Samson J.A., Welch G. Glycemic control and major depression in patients with Type 1 and Type 2 diabetes mellitus // J. Psychosom. Res. – 1999.– № 46. – P.425–435.
2. Hermanns N., Kulzer B., Krichbaum M. et al. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. DiabetMed 2005; 22: 293-300.
3. Lustman P.J., Freedland K.E., Griffith L.S., et al. Predicting response to cognitive behavior therapy of depression in type 2 diabetes // Gen. Hospital Psychiatry. 1998. Vol. 20. P. 302–306.

4. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Clouse RE Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23(7):934–942, 2000.

5. Lustman, P. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / P. Lustman, R. Clouse, B. Nix, et al. // *Arch Gen Psychiatry*. - 2006. - May. - 63 (5): 521-529.

6. Pouwer F, Snoek FJ. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. *Diabet Med* 2001 Jul;18(7):595–8.

7. Reynaert C, Janne P, Donckier J, Buysschaert M, Zdanowicz N, Lejeune D, Cassiers L. Locus of control and metabolic control. *DiabeteMetab* 1995 Jun 21;3 180–7.

8. Tilburg MA., McCaskill CC., Lane JD., Edwards CL., Bethel A., Feinglos MN., Surwit RS. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *PsychosomMed* 2001; 63(4):551–5.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Завалишина О.В.*

КИНПО (ПК и ПП)СОО г. Курск, Россия

Современное образование сопровождается глобальными процессами использования информационных ресурсов. Эта идея находит отражение в последних государственных документах, регулирующих отношения в сфере образования – Федеральный Закон РФ «Об образовании», президентская программа «Наша Новая школа», ФГОС НОО, Стратегия инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года»[3]. Главным ориентиром отечественной школы является «воспитание и развитие качеств личности, отвечающих требованиям информационного общества». Вместе с тем одним из метапредметных результатов освоения основной образовательной программы начального общего образования заявлено «использование различных способов поиска (в справочных источниках и открытом учебном информационном пространстве сети Интернет), сбора, обработки, анализа, организации, передачи и интерпретации информации в соответствии с коммуникативными и познавательными задачами и технологиями учебного предмета...».

В условиях современной модернизации российского образования особое значение приобретает проблема медиабезопасности учащихся, то есть – состояние защищенности, при котором отсутствует риск, связанный с причинением информацией вреда их здоровью и (или) физическому, психическому, духовному и нравственному развитию (Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»)[4].

Целью нашего исследования являлось изучение распространения Интернет-зависимости среди учащихся младшего школьного возраста.



Опытно-экспериментальная работа проводилась в «Средней общеобразовательной школе с углубленным изучением отдельных предметов №29» г. Курска и в «Средней общеобразовательной школе №41» г. Курска. Общая выборка составила 150 учащихся 1–4-х классов общеобразовательных школ.

Нами было проведено изучение склонности младших школьников к Интернет-зависимости с помощью теста А.Ю. Егорова и Т.А. Никитиной, а также метода скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л. Н. Юрьевой, Т. Ю. Больбот.

В результате обработки полученных данных выявлено, что *Интернет-зависимость не выявлена у 73%* младших школьников, 19% - относятся к *группе риска*, число *Интернет-зависимых* учащихся младшего школьного возраста составляет – 8%.

Более дифференцированные данные мы получили с помощью скрининговой диагностики компьютерной зависимости Л.Н. Юрьевой, Т. Ю. Больбот, которая показала, что не *подвержены развитию Интернет-зависимости* 44% школьников от общего числа опрошенных; *стадия увлеченности* выявлена у 32% учащихся; *риску развития зависимости подвержены* 16,3 обучающихся; *наличие зависимости выявлено у 7.7%* младших школьников. Таким образом, младших школьников, склонных к Интернет-зависимости, и учащихся группы риска составило 27%. Полученные с помощью двух методик результаты имели незначительные расхождения. Более подробные результаты, полученные нами в ходе обследования.

В результате обработки полученных данных мы выявили, что:

1. Учащиеся, относящиеся к группе интернет-зависимых, или имеющих склонность к ней, используют интернет в своей повседневной жизни в среднем в течение двух лет, при этом главным мотивом включения в данный процесс является желание пообщаться со своими сверстниками, так как в реальной жизни они испытывают дефицит общения, вследствие неорганизованности их досуга.

2. В среднем время пребывания в Интернете у учащихся составляет 3–4 часа ежедневно, у некоторых доходит до 6–7 часов. При этом данное время, как правило, тратится не на посещение образовательных сайтов, а на различные онлайн игры и общение в социальных сетях.

3. При анализе ответов младших школьников на вопрос об отношении близких к их увлечению Интернетом, около 50% респондентов ответили, что родители относятся индифферентно или не видят ничего плохого в этом увлечении.

С целью изучения направленности интересов младших школьников на определенные сайты, мы провели специальное анкетирование учащихся. В результате обработки полученных данных выявили, что у 55% учащихся Интернет занимает важное место в жизни, потому что там они могут пообщаться со сверстниками и проявить себя; из всего многообразия сайтов подростки чаще предпочитают социальные сети (самым популярным

является «Контакт») – 50% и он-лайн-игры – 45%; 35% респондентов посещают Интернет с целью приобретения новых знакомых, друзей (коммуникативный мотив); 26% опрошенных любят поиграть в он-лайн игры (игровой мотив); 10-12% младших школьников используют Интернет только в образовательных целях, то есть для поиска необходимой информации (познавательный мотив).

Полученные результаты конкретизировали необходимость организации работы по профилактике Интернет-зависимости среди младших школьников.

Работа с учащимися по профилактике и педагогической поддержке школьников, склонных к Интернет-зависимости.

Работа с родителями с целью обогащения их знаний о феномене Интернет-зависимости, способах предупреждения и преодоления ее путем организации информационного пространства ребенка, структурирования времени его пребывания в Интернете и поиска информации.

Работа с педагогами, направленная на расширение знаний о природе Интернет-зависимости и ее причинах, формах проявления. Обучение педагогов адекватным и безопасным способам включения Интернет-технологий в образовательный процесс, способам защиты младшего школьника от негативного влияния Интернета на их когнитивную, мотивационную и поведенческую сферы.

#### Литература:

1. Игровая аддикция школьников: природа, формы проявления, способы преодоления: сб. научных статей / Под общей ред. Е.А. Репринцевой. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2008. – 159 с.

2. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года (одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.12.2001 № 1756-п) - [http://www.edu.ru/db/mo/Data/d\\_02/393.html](http://www.edu.ru/db/mo/Data/d_02/393.html).

3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (пункт 3.3 – развитие образования). – <http://www.smolin.ru/odv/reference-source/2008-03.htm>.

4. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».- [http://www.library.ru/1/act/doc.php?o\\_sec=127&o\\_doc=2391](http://www.library.ru/1/act/doc.php?o_sec=127&o_doc=2391)

## ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ СОСТОЯНИИ ЗАВИСИМОСТИ

*Занесоцкая И.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Состояние зависимости - стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций [5].

С позиции структурно–уровневого анализа (по Ганзену В.А., Юрченко В.Н., 1981), выявлены следующие взаимоотношения характеристик психических состояний: уровневость, совпадающая с уровневостью организации человека, субъективность – объективность и степень обобщенности (общие, особенные, индивидуальные) [2].

Базовым для состояния зависимости является пространство отношений личности. К возникновению состояния зависимости, которое строится в субъект–объектной системе координат приводит дефицитарность переживаний психических состояний в поле субъект–субъектных отношений, характеризующих систему отношений личности. Компенсация возникающих дефицитов происходит в системе субъект–объектных отношений, которые, в свою очередь, характеризуются бесконфликтностью, определенностью, последовательностью и стабильностью. Исходом чего является изменение социальной ситуации, сужение образа восприятия ситуации, что впоследствии приводит к изменению системы отношений и поведения личности в целом [6].

Понятие «трудная жизненная ситуация» выступает обобщающим для целого ряда ситуаций: критические, экстремальные, кризисные, состояния невозможности и т.д. Н.Г. Осухова (2006) определяет трудную жизненную ситуацию как ситуацию, в которой «в результате внешних воздействий или внутренних изменений происходит нарушение адаптации человека к жизни, в результате чего он не в состоянии удовлетворять свои основные жизненные потребности посредством моделей и способов поведения, выработанных в предыдущие периоды жизни» [7].

Человек, находящийся в трудной ситуации, получает информацию относительно разных ее элементов – о внешних условиях, о своих внутренних состояниях, о ходе и результатах собственных действий. Обработка этой информации осуществляется посредством познавательных, оценочных и эмоциональных процессов. Результаты обработки информации в этих трех аспектах влияют на дальнейшее поведение личности в данной ситуации. Осознание нарушения равновесия между отдельными элементами ситуации означает определенный уровень угрозы для личности. Сигналы угрозы приводят к возрастанию активности, которая приобретает форму отрицательных эмоций различного качества и силы. Роль эмоций в психологическом механизме поведения в трудных ситуациях может быть разной: 1) как детектор трудности; 2) как оценка значения ситуации для личности; 3) как фактор, приводящий к изменению действий в ситуации [4].

А.А. Бодалев (2002, с. 128) отмечает, что оценка значимости ситуации зависит не только от внешних характеристик ее, но и от установки, которая объективируется у человека при его действительном и субъективном вхождении в ситуацию от его эмоционального состояния и от активности и продуктивности его интеллекта. У каждого человека разная психологическая устойчивость, значит, различные по силе ситуации могут вызвать «состояние невозможности» [1].

При состоянии зависимости когнитивная оценка и восприятие ситуации, наделение ее адекватным смыслом, как было показано в предыдущих исследованиях (Запесоцкая И.В., 2011), разрушается. Значение доминирующего фактора приобретает эмоциональная регуляция [3].

Исследование особенностей преодоления трудных жизненных ситуаций при состоянии зависимости осуществлялось на базе наркологического отделения областной психиатрической больницы г. Курска, областного наркологического диспансера и психоневрологического диспансера г. Курска. Общий объем выборки составил: с алкогольной зависимостью – 48 человек в возрасте от 27 до 56 лет, все испытуемые мужчины, градация выборки осуществлялась по степени выраженности состояния – патологическое влечение (27 человек) и абстинентный синдром (21 человек); с наркотической зависимостью (опийная зависимость) – 21 человек в возрасте от 24 до 40 лет, все испытуемые состояли на учете в наркологическом диспансере; с игровой зависимостью – 19 человек в возрасте от 23 до 46 лет, все испытуемые мужчины, обращались в психоневрологический диспансер г. Курска. В исследовании также принимали участие 28 мужчин без проявлений зависимого состояния (формирование контрольной группы осуществлялось на базе БСМП г. Курска по медицинским картам, где были исключены состояния зависимости и по психологической оценке к склонности к зависимому поведению, а именно низкие значения по склонности к зависимости).

Изучение особенностей фрустрационной толерантности при состоянии зависимости осуществлялось с использованием методики Розенцвейга.

Экстрапунитивные реакции затрудняют продуктивную адаптацию (Ю.П. Сиволап, В.А. Савченкова (2003, с. 71). Показатели экстрапунитивных реакций (Е) имеют значимые различия при наркотической и игровой зависимости (Uэмп = 32, Uкр = 34), а также при наркотической зависимости и здоровыми (Uэмп = 42, Uкр = 42). Показатели интропунитивных реакций имеют значимые различия между игровой зависимостью и химическими зависимостями (Uэмп = 33, Uкр = 34; Uэмп = 35, Uкр = 51; Uэмп = 9, Uкр = 34), а также между алкогольной и наркотической зависимостью.

Различия по количеству данных реакции при алкогольной, наркотической, игровой зависимостях можно рассмотреть с точки зрения объекта аддикции. В химических зависимостях объект аддикции оказывает более сильное воздействие на организм, чем при игровой. И как следствие меньшее количество продуктивных реакций в группах с химическими зависимостями. При алкогольной зависимости с патологическим влечением количество интропунитивных реакций больше, чем алкогольная зависимость с абстинентным синдромом, что подтверждает тезис о подверженности регуляторных реакций при состоянии зависимости вирулентным свойствам объекта. Выявленная тенденция проявляется и при сравнении показателей интропунитивных реакций при алкогольной и наркотической зависимости, это обусловлено силой действия на ЦНС наркотика, довольно быстро проявляющимся в изменении личности.

Испытуемые с отсутствием зависимости имеют более высокий индекс социальной адаптации, чем при алкогольной зависимости с абстинентным синдромом и наркотической зависимостью. Данные показатели соотносятся с тем, что при алкогольной и наркотической зависимости, доминируют непродуктивные реакции. Обращает на себя внимание тот факт, что показатели социальной адаптации при алкогольной зависимости с патологическим влечением и игровой зависимостью значимо не отличаются от показателей испытуемых с отсутствием зависимости. То есть на каком-то этапе и при определенных свойствах объекта его влияние не продуцируется на сферу социальной адаптации.

Литература:

1. Бодалев А.А. О человеке в экстремальной ситуации (эмоциональная и интеллектуальная составляющая отношения в выборе поведения) // Мир психологии, 2002. № 4 (32).
2. Ганзен В.А. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека / В.А. Ганзен, В.Н. Юрченко // Психические состояния ; под ред. Крылова А.А. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1981. – с. 5 – 16.
3. Запесоцкая И.В. Критерии деформации субъектности в состоянии алкогольной зависимости // Вестник Вятского государственного университета. 2011. – Т3(3). С. 149 – 153.
4. Тышкова М. Исследование устойчивости личности детей и подростков в трудных ситуациях // Вопросы психологии. - 1987.-№ 1.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. 6-е изд. / В.Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-Информ, 2008. – 432 с.
6. Никишина В.Б. Запесоцкая И.В. Построение психологического тезаруса состояния зависимости. // Вестник Костромского государственного университета им Н.А. Некрасова. – 2010. – №4. – Т.16. – С. 217 – 222.
7. Осухова Н.Г. Человек в экстремальной ситуации: теоретические интерпретации и модели психологической помощи // Развитие личности, 2006. № 3.

## ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

*Зеленова И.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Основными нормативными документами, определяющими деятельность психолога в системе образования являются международные акты, Конституция РФ, Трудовой кодекс РФ, Федеральный закон РФ «Об образовании», другие нормативные правовые акты, а также ведомственные документы.

Современная психология, и ее методы являются эффективным инструментом, направленным на помощь гражданину в реализации его личностного потенциала, в том числе в период обучения.

Психолог осуществляет свою деятельность в сфере образования на разных ее ступенях: общее, профессиональное, послевузовское образование.

В целях развития и совершенствования психологической помощи участникам образовательного процесса создаются службы практической психологии.

В соответствии с ведомственными нормативными правовыми актами, служба практической психологии — это организационная структура, в состав которой входят педагоги-психологи образовательных учреждений всех типов, образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (ППМС-центры), психолого-педагогические и медико-педагогические комиссии (ПМПК), научные учреждения, подразделения высших учебных заведений, учебно-методические кабинеты и центры органов управления образованием и другие учреждения, оказывающие психологическую помощь участникам образовательного процесса.

Служба оказывает содействие формированию развивающего образа жизни обучающихся, воспитанников, их индивидуальности на всех этапах непрерывного образования, развитию у обучающихся, воспитанников творческих способностей, созданию у них позитивной мотивации к обучению, а также определению психологических причин нарушения личностного и социального развития и профилактики условий возникновения подобных нарушений.

К основным направлениям деятельности службы практической психологии относятся: психологическое просвещение, профилактика, диагностика, коррекция и консультативная деятельность.

Деятельность службы обеспечивается органами управления образованием, в ведении которых находятся образовательные учреждения. Координация деятельности службы осуществляется соответствующим структурным подразделением Министерства образования России. Служба работает в тесном контакте с учреждениями и организациями Российской академии образования, здравоохранения, органами опеки и попечительства, органами внутренних дел и прокуратуры, общественными организациями, оказывающими образовательным учреждениям помощь в воспитании и развитии обучающихся, воспитанников.

Для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии создаются специальные (коррекционные) образовательные учреждения: специальная (коррекционная) начальная школа-детский сад, общеобразовательная школа, общеобразовательная школа-интернат.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения создаются для глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и поздноослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой

психического развития, для умственно отсталых и других детей с отклонениями в развитии.

Содержание и обучение детей-сирот и детей, оставшиеся без попечения родителей осуществляются на основе полного государственного обеспечения. Им оказывается психолого-педагогическая и медико-социальная помощь в соответствующих учреждениях: детский дом, дом-школа, школа-интернат; специальный (коррекционный) детский дом, школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья.

Основные задачи учреждений являются: создание благоприятных условий, приближенных к домашним, способствующих умственному, эмоциональному и физическому развитию личности; обеспечение социальной защиты, медико-психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации воспитанников; освоение образовательных программ, обучение и воспитание в интересах личности, общества и государства; обеспечение охраны и укрепление здоровья воспитанников; охрана прав и интересов воспитанников.

Для детей, имеющих проблемы в развитии, обучении, социальной адаптации и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи создаются центры: диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; социально-трудовой адаптации и профориентации; лечебной педагогики и дифференцированного обучения и других.

Образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, создаются для детей и подростков от 3 до 18 лет и реализуют программы общеобразовательные (основные и дополнительные) и начального профессионального образования.

Все образовательные учреждения несут в установленном законодательством Российской Федерации порядке ответственность перед органами государственной власти, органами местного самоуправления за соответствие применяемых форм, методов и средств организации образовательного процесса, коррекционно-реабилитационной и оздоровительной работы возрастным психофизиологическим особенностям, способностям, интересам, требованиям охраны жизни и здоровья детей.

Психологи, работающие в системе образования имеют право повышать квалификацию в образовательных учреждениях высшего профессионального образования, а также в учреждениях повышения квалификации, проходить медицинское обследование за счет средств работодателя, пользоваться правами и льготами в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также дополнительными льготами, предоставляемыми в регионе.

Работодатели образовательных учреждений также определяют виды и размеры надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера в пределах средств учреждения, направляемых на оплату труда.

Конституция России предусматривает право каждого на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени. Данная норма имеет непосредственное отношение к профессиональной деятельности психолога в системе образования.

При осуществлении своей профессиональной деятельности психолог должен основываться на нормах профессиональной этики.

В соответствии с Этическим кодексом психолога, этика психолога основывается на общечеловеческих, моральных и нравственных ценностях. Этические принципы и правила работы психолога формулируют условия, при которых сохраняются и упрочиваются его профессионализм, гуманность его действий, уважение людей, с которыми он работает, и при которых усилия психолога приносят реальную пользу.

Сведения о результатах психологического обследования, об особенностях личности, о наличии психического и иных расстройствах организма, а также иные сведения личного характера, ставшие известными психологам при оказании психологической помощи, являются профессиональной тайной, охраняемой законом.

Психологи, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие профессиональную тайну, с учетом причиненного ущерба, несут за разглашение профессиональной тайны дисциплинарную, уголовную или гражданско-правовую ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Знакомство с нормативной базой сферы профессиональной деятельности формирует у психолога особый стиль мышления, позволяющий обнаруживать за сложившейся системой понятий, принципов и фактов множество альтернативных вариантов. Знание нормативно-правовых основ обогащает человека личностно, является неотъемлемым компонентом его профессионального мастерства, показателем культуры мышления.

Психологам необходимо представлять структуру Российского законодательства, сформировать представление о международных правовых документах, а также осознать, что нарушение основных положений, изложенных в них, ведет к юридической ответственности. При этом важно сформировать представление психолога о себе как о специалисте с одной стороны, и как гражданине России, с другой.

#### Литература:

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года.
2. Федеральный закон «Об образовании» в редакции Федерального закона от 13 января 1996 года N 12-ФЗ с изменениями на 10 июля 2012 года.
3. Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 22 августа 1996 г.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 марта 1997 г. № 288 «Об утверждении типового положения о специальном



(коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии» с изменениями от 10 марта 2000 г., 23 декабря 2002 г.

5. Постановление Правительства РФ от 1 июля 1995 г. N 676 "Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей".

6. Постановление Правительства РФ от 31 июля 1998 N 867 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи».

7. Приказ Министерства образования Российской Федерации «Об утверждении положения о службе практической психологии в системе министерства образования Российской Федерации» от 22 октября 1999 г. № 636.

8. Этический кодекс психолога принятый 14 февраля 2012 года на V съезде Российского психологического общества.

## ЭКСПЕРТИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТЧИКОВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ<sup>2</sup>

*Зеленова М.Е.*

Институт психологии РАН, г. Москва, Россия

Научные разработки в области диагностики и прогнозирования профессиональной пригодности, успешности и надежности летного состава в современных условиях становятся все более актуальными. Обеспечение безопасности полета все чаще связывают не только с характеристиками авиационной техники, уровнем квалификации, теоретической и практической готовности авиационного специалиста, но и особенностями его психического и личностного статуса, ролью индивидуально-психологических характеристик летного состава в совершении ошибочных действий, приводящих к трагическим последствиям. В качестве причины авиационных инцидентов все чаще называется «человеческий фактор», который по оценкам экспертов составляет до 80% в общей статистике происшествий.

Профессиональная деятельность летчика характеризуется сложностью, большой степенью опасности, а кроме того, высокими требованиями к состоянию психического и физического здоровья летного специалиста. Характер деятельности летчиков предъявляет столь высокие требования к состоянию здоровья, что по имеющимся данным, критериям профессиональной пригодности соответствуют только 3-5% мужского населения соответствующего возраста. Однако эксперты отмечают, что за последние годы, несмотря на определенные успехи в деле обеспечения

---

<sup>2</sup> Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (Грант 11-06-00-234а)

здоровья летчиков, просматриваются некоторые негативные явления, такие как наличие устойчивой тенденции к снижению летного долголетия, расширение нозологии болезней, послуживших причиной дисквалификации, «омоложение» различных форм заболеваний, увеличение числа несчастных случаев, вызванных симптомами сниженной работоспособности экипажей, выполняющих полет. Статистика заболеваемости летного состава обнаружила, что у летчиков в 3 раза чаще развиваются признаки дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, в 4 раза чаще встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы и слухового нерва, в 6 раз чаще, чем наземный состав, летчики болеют мочекаменной болезнью. Характерно, что развитие нервно-психических отклонений приводит к дисквалификации на 2-2,5 года раньше, чем наличие соматических заболеваний, а 80% летного состава, несмотря на имеющиеся нарушения в состоянии здоровья продолжают свою профессиональную деятельность. Кроме того, нарушения профессионального здоровья летчиков проявляются в формировании негативных психических состояний, возникновении признаков психического дистресса и развитии доклинических форм функциональных расстройств [2, 3]. Выявлено, что между результатами профессиональной деятельности, состоянием здоровья и дисквалификацией летного состава имеется тесная причинно-следственная связь, а характеристики функционального состояния и здоровья служат непосредственными критериями уровня профессиональной пригодности летных специалистов. Установлено, что летчики, имеющие диагнозы, допускает больше ошибочных действий, особенно при переучивании и освоении новой техники, у них выше показатели летных происшествий, они гораздо чаще испытывают затруднения при выполнении профессиональных заданий [1, 4].

Нарушения профессионального здоровья летчиков проявляются также в формировании негативных психических состояний, возникновении признаков психического дистресса и развитии доклинических форм функциональных расстройств.

В качестве причины снижения надежности и профессиональной пригодности летчиков очень часто выступает утомление. Отмечается, что в 10% летных происшествий утомление является либо основной, либо сопутствующей причиной. При хроническом утомлении и переутомлении происходит снижение точности и увеличение временных показателей выполнения полетного задания. В ряде случаев, особенно при переутомлении, могут возникнуть грубые ошибки при выполнении ранее освоенных действий и даже отказы в работе [1, 8]. Другим негативным психическим состоянием, развивающимся под влиянием чрезвычайных условий и ситуаций профессиональной деятельности, является стресс. При ранжировании сфер трудовой деятельности по степени выраженности сопутствующих им стрессоров и определении уровня стрессогенности разных профессий было получено, что профессия «летчик» находится на пятом месте в представленном исследователями списке выделенных

рангов. Показано также, что проблема профессионального стресса в летной деятельности имеет свою специфику, которая состоит в своеобразии факторов внешней среды и комплексе реакций на их воздействие. В «трудных» ситуациях у летчиков часто наблюдается дезорганизация деятельности, утрата ранее приобретенных навыков, появление стереотипии в действиях, страдают качество восприятия, сложные формы целенаправленной деятельности, ее планирование и оценка. Следует отметить, что нарушения поведения в стрессовой ситуации многие исследователи считают более информативным показателем, чем выраженность отдельных физиологических и биохимических параметров [1, 5, 7].

Большое значение для безопасности полетов имеют переменные, определяемые как «внеорганизационные факторы» (значимые события и обстоятельства, происходящие в жизни человека и его окружения), действие которых может оказать сильное влияние на психофизиологическое равновесие специалиста, его эффективность и надежность. Было показано, что у пилотов, в анамнезе которых имели место летные происшествя, часто присутствовали психотравмирующие обстоятельства, связанные с конфликтами в семье или на работе. Влияние бытового стресса в ряде случаев сказывалось на уровне работоспособности летчиков и сопровождалось снижением их профессиональной надежности. Однако исследователи обращают внимание на то, что прямая связь между бытовым стрессом и надежностью наблюдается не всегда, характер этой зависимости не является линейным и определяется, в большей степени, индивидуально-психологическими особенностями пилотов [6, 9].

Анализ литературы показал, что все большее распространение получает признание того факта, что профессиональное здоровье в такой же мере является психологической проблемой, как и медицинской. В последние годы социально-психологические и личностные переменные активно изучаются в связи с ростом психосоматических заболеваний, успешностью выполнения трудовых задач, исследованием профессиональной пригодности и функциональной надежности представителей летных специальностей.

С целью совершенствования методов врачебно-летной экспертизы, направленной на диагностику профессионального здоровья летчиков, под руководством В.А. Бодрова было проведено эмпирическое изучение взаимосвязи неблагоприятных психических состояний и индивидуально-личностных свойств различных категорий летного состава. Исследование проходило в 2011 году на базе Филиала №3 ФГУ «ЦВКГ им. А.А. Вишневского МО РФ». Участниками исследования выступили летчики, проходившие плановое медицинское обследование. В специально разработанный психодиагностический комплекс были включены методики, которые можно разделить на три группы. В первую группу вошли беседа и анализ документов, позволяющие получить основные социально-демографические и профессиональные характеристики, особенности медицинского статуса, а также зафиксировать важные моменты биографии

летчиков. Вторую группу составили методики, направленные на диагностику симптомов негативных психических состояний (утомления, сниженной работоспособности и стресса). К третьей группе относятся опросники, направленные на выявление различных аспектов удовлетворенности работой и особенностей профессиональной мотивации, а также опросники, позволяющие выявить некоторые индивидуально-личностные характеристики обследованных летчиков (уровень субъективного контроля, уровень жизнестойкости, способы преодоления трудных ситуаций, структуру ценностей и т.д.). Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ PASWStatistics 17 для Windows.

Анализ материалов эмпирического исследования позволил получить следующие результаты:

1. Установлено, что медицинский статус обследованных летчиков находится в обратной связи с возрастом, стажем работы, количеством детей и таким показателем общей и годовой загруженности пилотов как «налет часов». Чем выше перечисленные характеристики, тем ниже уровень здоровья летных специалистов. Кроме того, обнаружено, что чем ниже показатели соматического здоровья, тем выше «невротичность», «эмоциональная нестабильность», «личностная тревожность», а также «импульсивность» поведения в стрессовых ситуациях. Сравнение групп в зависимости от числа имеющихся диагнозов выявило, что уровень соматического здоровья выше у летчиков, имеющих более высокие значения «жизнестойкости» по шкале теста С. Мадди «контроль» и шкале теста Дж. Роттера «интернальность в области неудач». Получено также, что в группе более благополучных по медицинским показателям летных специалистов значимо выше основные составляющие профессиональной самооценки и профессиональной востребованности.

2. Выявлено, что риск развития соматических заболеваний выше у летных специалистов с высоким уровнем «невротичности», подверженных астенизации и психосоматическим нарушениям при стрессе, менее общительных, закрытых и не склонных обращаться за социальной поддержкой и помощью. Установлено, что чем больше стрессонаполненность жизни, тем меньше удовлетворенность работой и ниже уровень профессиональной мотивации. Получено также, что вероятность заболеть выше у летчиков с высоким показателем рабочей нагрузки «налет часов» и не имеющих семьи.

3. Выявлены многочисленные связи показателей негативных психических состояний с индивидуально-личностными особенностями летчиков. Обнаружено, что в наибольшей степени уровень функциональной напряженности, утомления и стресса коррелирует с личностными характеристиками, имеющими первостепенное значение для процесса социального взаимодействия и регуляции поведения человека. К ним относятся такие свойства личности как «уравновешенность», «общительность», «застенчивость», «открытость», «невротичность» и

«эмоциональная лабильность», измеряемые по шкалам Многофакторного личностного опросника FPI, а также индекс личностной тревожности, полученный по шкале Спилбергера-Ханина. Кроме того, уровень проявления негативной симптоматики утомления и стресса тесно связан с таким системообразующим свойством личности, как «жизнестойкость», и базисными убеждениями индивида («убеждение о контролируемости мира», «убеждение о доброжелательности-враждебности окружающего мира» и «убеждение о ценности и значимости собственного Я»). Было показано, что характер представлений индивида о своей профессии, возможностях карьерного и личностного роста, а также оценки профессионального окружения, профессиональных ситуаций и отношение к работе тесно связаны с уровнем проявления негативной симптоматики. В наименьшей степени симптомы неблагоприятных психических состояний оказались связаны со структурой ценностно-мотивационных ориентаций, определяемой с помощью опросника Ш. Шварца для изучения ценностей личности.

Полученные результаты хорошо согласуются и во многом развивают некоторые положения и выводы, сделанные отечественными и зарубежными исследователями, изучающими проблему психологического тестирования с целью прогнозирования профессионально-релевантного поведения. Анализ полученных данных позволяет говорить об определенной степени диагностической и прогностической ценности методик, вошедших в психодиагностический комплекс и целесообразности их применения в целях врачебно-лётной экспертизы.

#### Литература:

1. Бодров В.А. Профессиональное утомление: фундаментальные и прикладные проблемы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.
2. Иоселиани К.К. Клинико-психологические исследования в практике врачебно-лётной экспертизы. Автореферат дисс. ... доктора мед.наук. М.: ИМБП, 1975.
3. Пономаренко В.А. Страна Авиация - белое и черное. М.: Наука, 1995.
4. Пономаренко В.А., Завалова Н.Д. Авиационная психология. М.: ГосНИИИАиКМ, 1992.
5. Стрелков Ю.К. Инженерная и профессиональная психология. М.: Academia, 2003.
6. Alkov R.A., Borowsky M.S. A questionnaire study of psychological background factor in us Naval aircraft accidents // Aviat., Space and Environ. Med. 1980. Vol. 51, № 3. PP 860-869.
7. Beaty G. The human factor in aircraft accident. London, 1996. P. 152-160.
8. Green R.F. Stress and accidents // Aviat.,Space and Environ. Med. 1985. Vol.56. № 7. P. 638-641.

9. McCarron P.M., Haakoson N.H. Recent life change measurement in Canadian Forces pilots // *Aviat., Space and Environ. Med.* 1982. Vol.53, № 1. P. 6-13.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОСОБОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

*Земзюлина И.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Как показывает анализ материнства в традиционных культурах, для успешной адаптации женщины к роли матери общество поддерживает этот процесс сложившейся системой ритуалов и традиций, способствующих обретению женщиной совокупности поведенческих паттернов и личностного смысла материнства.

За последние десятилетия произошла деформация ценностей и норм, общественных и личностных стереотипов и установок, характерных для российских матерей, изменились функции, которые мать выполняет по отношению к ребенку. Влияние западных ценностных установок, смешивание их с традиционными для отечественного менталитета этическими нормами и ценностями вызвали появление социокультурных и психологических противоречий, изменивших устоявшиеся представления российской женщины-матери о себе. Вот почему вопрос о материнской идентичности в последние годы становится весьма острым, инициируя исследования представлений об идентичности будущих матерей и поиска новой идентичности женщины-матери [2, с.134 – 142;3, с. 20 – 33].

В нашем исследовании интерес представляет изучение трансформации социальных ролей, уменьшение уровня значимости привычных ролей и увеличение ценности роли матери, так же изучение и сравнение сформировавшихся за период беременности систем социальных ролей беременных женщин имеющих опыт незавершенной беременности и без негативного опыта, ожидающих первого ребенка.

Целью нашего исследования является изучение системы социальных ролей беременных женщин, с опытом незавершенной беременности (аборт).

Проблема нашего исследования заключается в изучении изменения системы социальных ролей беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт).

Объект исследования – система социальных ролей беременных женщин.

Предмет исследования – особенности системы социальных ролей беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт).

Центральной гипотезой исследования выступает предположение о том, что система социальных ролей беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт), отличается от системы социальных ролей беременных женщин без опыта незавершенной беременности.

Беременность является особым событием жизненного пути женщины. Понятие жизненного пути введено С.Л.Рубинштейном, и означает индивидуальную историю личности.

Сущность человеческой личности, по С.Л.Рубинштейну, находит своё завершающее выражение в том, что она не только развивается как всякий организм, но и имеет свою историю. Конструирование жизненного пути личности можно представить как совокупность средств, форм и методов достижения человеком своих жизненных целей, при помощи, которой человек может оптимально сформировать и эффективно реализовать личную жизненную стратегию. Механизм формирования жизненного пути личности представляется как процесс, в основе которого лежат социальные потребности индивида, служащие формированию системы ценностных ориентации, выполняющей роль регулятора социального поведения в краткосрочной и долгосрочной перспективах, что соответствует тактике и стратегии жизни индивидов. Ценностные приоритеты и жизненные стратегии, в конечном итоге, будут определять последовательность событий жизненного пути личности [5, с. 103 – 135, 245 – 367].

Составляющими жизненного пути личности являются внешние факторы действующие на личность, это те ситуации которые происходили с человеком в жизни (ситуация замужества, ситуация аборта и т.д.), и внутренние факторы это значимые события жизненного пути. Для того чтобы происходящие ситуации стали значимыми, необходимо их переживание, осмысление.

Беременность можно рассматривать как событие жизни личности, которое является эмоционально окрашенным состоянием. Жизненный путь женщины оказывает влияние на формирование готовности к принятию роли матери. В зависимости от насыщенности жизненного пути событиями устанавливается различное отношение женщины к жизни в целом.

Беременность рассматривается как критический период жизни женщины, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация для адаптации. В период беременности актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии со своей матерью, в переживаниях беременности играют роль особенности моделей материнства своей матери, адаптация к супружеству и т.п. В динамике личностных изменений отмечается инфантилизация, обострение внутриличностных конфликтов, повышение зависимости, уровня тревожности. В работах, посвященных этой проблеме, беременность понимается как острый переходный период, который нередко сопровождается кризисными переживаниями. В ходе беременности существенно изменяются сознание женщины и ее взаимоотношения с миром [6, с. 19 – 29; 8, с. 13 – 127, 130 – 147].

Однако невозможно выделять отдельно личностные процессы без учета из взаимосвязи с психофизиологическим обеспечением жизнедеятельности человека. Если рассматривать личность как способ организации, инструмент, орудие присвоения человеческой сущности, то следующим шагом в этом

направлении должно стать понимание развитых внутренних психологических орудий как особого рода «психологических органов», в функции которых входит относительно самостоятельное продуцирование самих задач, обеспечение и закрепление определенных, достаточно единообразных их решений, взаимодействие с другими подобными «психологическими органами» и т.п. [1, с.46 – 56].

Во время беременности становится необходимой перемена образа жизни, вживание в роль «матери». Для многих женщин исход беременности и родов может быть громадным сдвигом к подлинной зрелости и возрастания самоуважения, для других — наоборот, это может быть патологическим разрешением потенциально нагруженных чувством вины ранних материнско-детских отношений [7, с.22 – 37; 8, с. 13 – 127, 130 – 147].

Зачатие ставит женщину перед задачей интеграции растущего ребенка в своем теле с последующим отпусканием его. Для лабильной личности это может оказаться непосильной нагрузкой и чревато серьезной опасностью дезинтеграции личности [4, с. 45 – 59].

Особенно стрессовой является первая беременность, так как она означает окончание независимого первично целостного существования и начало «безвозвратных» материнско-детских отношений, и отныне потребности матери становится связанным с запросами ребенка.

Проходя стадии беременности, у женщины происходят изменения в смысловой сфере, в развитии женской идентичности. Принятие своего нового образа, статуса, роли проникнуто основным чувством: «у меня будет ребенок», смешанным с опасением будущего материнства. Переживая беременность, женщина готовится стать матерью, принять социальную роль. На принятие роли матери влияет множество факторов: наличие опыта незавершенной беременности (аборта), индивидуально-личностные особенности женщины, возраст женщины, отношение с супругом, тот контекст жизни, в котором она развивается.

В результате проведённого исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Опыт незавершенной беременности (аборт), формируя специфическую социальную ситуацию в жизни женщины, влияет на изменение общего уровня осмысленности собственной жизни. Беременность начинает осмысливаться как более значимое событие жизни, расширяются смысловые связи, женщина начинает внимательнее прислушиваться к своему внутреннему состоянию.

2. Опыт незавершенной беременности (аборт), формируя специфическую социальную ситуацию в жизни женщины, влияет на изменение уровня рефлексии, при последующей беременности. Женщины, имеющие в прошлом опыте аборт, более склонны к самоанализу, переосмыслению, оценке предпосылок, условий и течения собственной деятельности, внутренней жизни, что обеспечивается высоким уровнем рефлексии.



3. Система социальных ролей беременных женщин с опытом незавершенной беременности (аборт) отличается от системы ролей беременных без негативного опыта. Освоение новой роли влечет за собой, изменение роли жены, дочери, а, следовательно, перестройку межличностных взаимоотношений женщины с ближайшим окружением. Роль матери беременных женщин имеющих опыт аборта, занимает первое место в иерархии системы социальных ролей, отодвинув на второй план супружеские и детско-родительские, в системе социальных ролей женщин без негативного опыта более значимое место занимает – роль супруги. Роль матери, для беременных женщин, имеющих в прошлом аборт, становится смыслом жизни. Ребенок, при последующей беременности приобретает ценностью, значимость и важность.

4. Опыт незавершенной беременности (аборт), формируя специфическую социальную ситуацию в жизни женщины, влияет на тип готовности к материнству и соответственно на принятие роли матери при последующей беременности. Тип готовности к материнству является критерием принятия роли матери.

5. Создана программа психологического развития личности, направленная на формирование принятия роли матери. Программа развития личности и коррекции системы социальных ролей беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт) включает в себя цикл из семи занятий. Ориентиром для проведения данной программы является несформированная готовность к принятию социальной роли матери (игнорирующий и тревожный типы) и высокий уровень тревожности.

Литература:

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

2. Васильева, Е.В. Особенности социальной идентичности беременных женщин с различным материнским отношением к детям [Текст] / Е.В. Васильева // Известия Самарского Научного Центра РАН: «Педагогика и психология», «филология искусствознание», 2008. - № 1, с.134 – 142.

3. Иванов, Н.Л. Психологические границы социальной идентичности [Текст] / Н.Л. Иванов, Г.Б. Мазилев – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2004. - №8. с. 20 – 33.

4. Любан-Плоцца, Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике [Текст] / Б.Любан-Плоцца, В.Пельфингер. – Спб., 2000. – с. 45 – 59.

5. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн – Спб.: Изд-во «Питер», 1999. – с. 103 – 135, 245 – 367.

6. Филиппова, Г.Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности [Текст] / Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова // Журнал практического психолога. 2003. - №4-5. с. 19 – 29.

7. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии[Текст] / Г.Г. Филиппова //Вопросы психологии. 2001. - №2. с.22 – 37.

8. Филиппова, Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие [Текст]/ Г.Г. Филиппова –М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – с. 13 – 127, 130 – 147.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИЕЙ

*Землянских Л.Г., Рухленко Н.В., Лазарева С.В., Самбурова М.Н.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
ООО «Имидж Оптика», Курск, Россия

В последнее время вопросу применения контактных линз у детей уделяется повышенное внимание как в нашей стране, так и за рубежом. Родители и врачи являются довольно консервативными в этом вопросе, но новые технологии изготовления мягких контактных линз, появление силиконгидрогелевых линз ежедневной замены меняют отношение к вопросу ношения контактных линз детьми. К тому же, многочисленные исследования, начиная с 1961 года, сформировали теорию ретинального дефокуса и доказали, что создание чёткого изображения на сетчатке глаза предупреждает прогрессирование близорукости[1]. Поскольку только контактная коррекция улучшает качество изображения на сетчатке, хорошо компенсирует оптическую разницу между глазами, нормализует аккомодацию, устраняет мышечный дисбаланс, формирует качественное бинокулярное зрение, следовательно она является основным механизмом в стабилизации миопии[2].

В кабинете контактной коррекции зрения ООО «Имидж Оптика» наблюдается 34 ребёнка от 8 до 15 лет, пользующихся мягкими силиконгидрогелевыми линзами ежедневной замены. Ношение контактных линз частой плановой (ежемесячной) замены у 2 подростков через 3 месяца вызвали обострение аллергического конъюнктивита. Контактные линзы обрабатывались и хранились в многофункциональном растворе, в котором консервантом являлся тимирозол. Именно многофункциональный раствор в 90% случаев усугубляет аллергическую реакцию. Эти дети были переведены на мягкие контактные линзы ежедневной замены с использованием увлажняющих капель в монодозах (препараты монодоза не содержат консервантов и являются препаратами выбора для детей с аллергией). Линзы ежедневной замены существенно снижают риск серьёзных инфекционных осложнений, юные пациенты могут носить их не полный день и не каждый день, в этом случае нет необходимости очищать линзы, промывать контейнер, покупать средства по уходу за контактными линзами[3]. Силиконгидрогелевые контактные линзы имеют высокий процент пропускания кислорода (более 98%), что снижает риск развития гипоксических осложнений. Эти линзы имеют ультрафиолетовый фильтр,

обеспечивающий защиту детских глаз от негативного воздействия ультрафиолетового излучения. По данным американского офтальмолога Д.Вэллин (1996), двухлетнее использование мягких контактных линз школьниками от 8 до 11 лет даёт стабилизацию миопии в 35% случаев, а в 60-65% случаев прогрессия составляет не более 0,5 дптр в год[4]. По данным кабинета контактной коррекции зрения ООО «Имидж Оптика», дети в возрасте от 8 до 15 лет с миопией слабой степени (средняя величина рефракции 2,5 дптр) с длительностью ношения мягких линз 18 месяцев имели коэффициент прогрессии миопии 0,75 дптр в год, с миопией средней степени (средняя величина рефракции 4,75 дптр) – коэффициент прогрессии 0,5 дптр в год, с миопией высокой степени (средняя величина рефракции 6,5 дптр) – прогрессирования миопии за время наблюдения не отмечено. Дети в возрасте от 8 до 15 лет с миопией слабой степени (средняя величина рефракции 2,5 дптр) с очковой коррекцией 18 месяцев имели коэффициент прогрессии миопии 1,25 дптр в год, с миопией средней степени (средняя величина рефракции 4,75 дптр в год) – коэффициент прогрессии 0,75 дптр в год, с миопией высокой степени (средняя величина рефракции 6,5 дптр) – коэффициент прогрессии 0,5 дптр в год. Таким образом, использование мягких контактных линз у детей с близорукостью разной степени достоверно уменьшает величину коэффициента прогрессии в сравнении с очковой коррекцией ( $p < 0,05$ ).

Наш опыт работы показал, что подбор контактных линз подросткам и детям имеет ряд особенностей, обусловленных не только психологическими характеристиками данных возрастов, но и тем, что прогрессирующая миопия оказывает негативное влияние на психологическое здоровье детей. Мы совместно с педагогом-психологом провели исследование психологического здоровья школьников с нарушением зрения. Обследованы 150 школьников с прогрессирующей миопией слабой и средней степени и 150 школьников без патологии органов зрения. Исследование проводилось с помощью анкетирования и проективных рисуночных тестов («Несуществующие животные: несчастное и счастливое», «Звёзды и волны», «Рисунок человека») (У. Аве-Лаллемант, 2002; А.Л. Венгер, 2005; О.Ф. Потёмкина, Е.В. Потёмкина, 2005).

У детей с миопией гораздо чаще выявлялись следующие психологические особенности ( $p < 0,05$ ):

- Состояние общей энергии: экономия энергии, астеничность организма, быстрое истощение (72%);
- Интровертность: трудность в общении (61%);
- Высокий уровень личной тревожности (62%);
- Эмоциональная неустойчивость, страхи, боязнь быть покинутым (58%);
- Низкая самооценка, недовольство собой, неуверенность в себе, нерешительность, боязнь осуждения (54%);
- Защита от окружающих – против ограничений, запретов, насмешек, непризнания, отсутствия авторитета (65%);

- Негативные эмоциональные реакции: негативизм, протестное поведение, агрессивность (35%).

Наши пациенты и их родители заполняют анкеты до и после ношения линз. Преимущества контактной коррекции по сравнению с очковой проанализированы посредством специального теста PREP (сравнение качества жизни детей, имеющих нарушение зрения). По 100-бальной шкале от 0 (плохо) до 100 (отлично) оценивались острота зрения, астенопические жалобы, внешний вид, удовлетворённость самого ребёнка, образ жизни, результаты учёбы, взаимоотношение со сверстниками и так далее (всего 26 параметров). Все участники опроса показали прекрасно понимание необходимости правил ухода за контактными линзами. У пациентов отмечено значительное улучшение качества жизни. Это проявлялось удовлетворением собственным видом и повышением активности участия в различных школьных мероприятиях. 6 участников, носивших мягкие контактные линзы, отметили успехи в спорте. Практически 99% детей указали на высокую удовлетворённость собой при ношении контактных линз.

Таким образом, контактная коррекция зрения при прогрессирующей миопии самым положительным образом влияет на качество жизни детей и подростков, укрепляя в них уверенность в своих силах, предоставляя возможность участия в подвижных играх и во многих развлекательных и обучающих мероприятиях. Контактные линзы часто становятся самым удобным способом коррекции зрения для маленьких пациентов. Подбирая детям контактные линзы, врач испытывает чувство глубокого удовлетворения, видя, как они улыбаются и становятся увереннее в себе по мере того, как открывают для себя новые возможности, которые предоставляет это средство коррекции зрения.

Литература:

1. Walline J., Long S., Zadnik K. Daily disposable contact lens wear in myopic children//Optom Vis Sci. – 2004.-№81(4). – P.255-259.
2. Walline J., Gaume A., Jones L. Benefits of Contact Lens Wear for children and teens//Eye and Contact lens. – 2007. - №33(6). – P.317-321.
3. Anderson D. Managing children and teens as a contact lens patients//Refractive Eye Care. – 2009. – Oct. – P.22-24.
4. Walline J., Jones L., Rah M. et. Contact lenses in Pediatrics (CLIP) Study: chair time and ocular health//Optom Vis Sci. – 2007.-№84(9). – P.896-902.

## СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПАРАМЕТРЫ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

*Золотухина Ю. В.*

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

Интерес к проблеме межличностного взаимодействия проявляется во всех сферах культуры в широких диапазонах от обыденного и политического до глубоко научного, всестороннего анализа этого феномена, который является важнейшим средством формирования мировоззрения и профессиональной компетентности.

Целью исследования явилось выявление преобладающего профиля межличностных взаимоотношений у сотрудников правоохранительных органов с учётом профиля деятельности и звания.

Исследование проводилось на базе Центра психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по Курской области с февраля по апрель 2012 года. В исследовании принимало участие 80 оперуполномоченных УМВД России по Курску и Курской области с длительностью профессиональной деятельности от 2 до 33 лет.

Градация выборки осуществлялась по критериям профиля деятельности (уголовный розыск, экономическая безопасность и противодействие коррупции), и по званию (старший лейтенант, капитан, майор, подполковник). Выборки уравнивались по полу (в исследовании принимали участие только мужчины), образовательному уровню (все испытуемые имели высшее образование), а так же по возрасту (сотрудники Управления уголовного розыска (УУР) - 25-46 лет, сотрудники управления экономической безопасности и противодействия коррупции (УЭБ и ПК) - 23-43 лет). ( см. таблицу. №1)

Таблица 1.

Качественная и количественная характеристика выборки

|         | Подразделения |          | звание            |         |       |              |
|---------|---------------|----------|-------------------|---------|-------|--------------|
|         | УУР           | УЭБ и ПК | старший лейтенант | капитан | майор | подполковник |
| n       | 40            | 40       | 20                | 20      | 20    | 20           |
| возраст | 25-46         | 23-43    | 23-40             | 26-42   | 29-46 | 34-46        |

Исследование проводилось в дневное время суток, в отдельном кабинете, с постоянным составом участников.

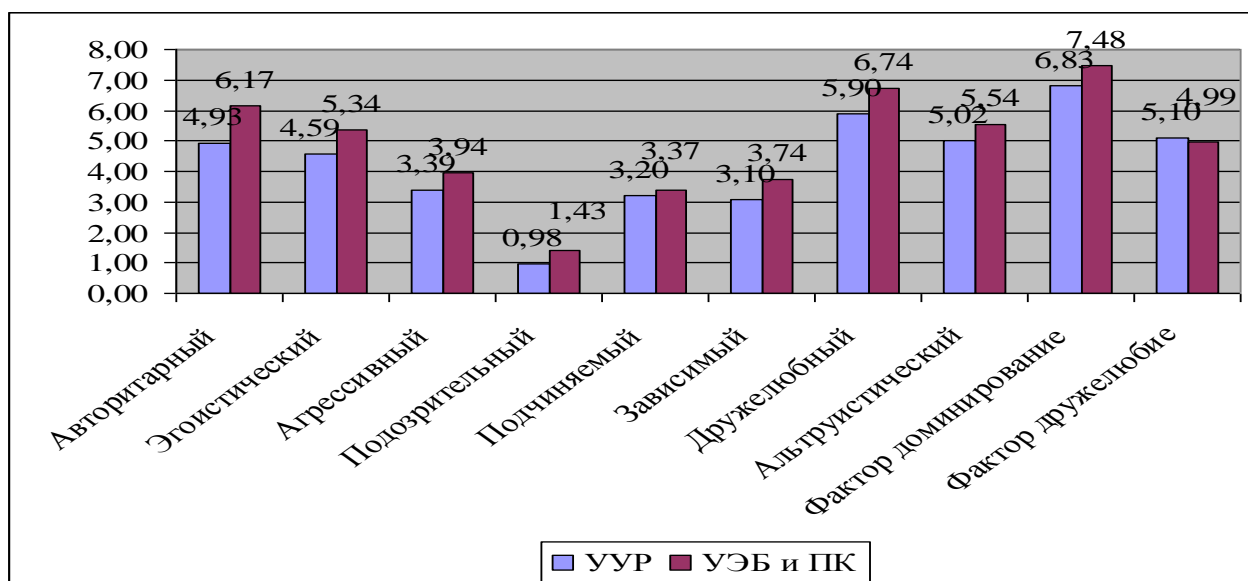
Исследовательский алгоритм включал в себя методы наблюдения и клинической беседы, а так же методику диагностики межличностных отношений Лири в модификации Л.Н. Собчик, модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири.

В соответствии с полученными результатами, у сотрудников правоохранительных органов преобладает типичный профиль типов отношения к окружающим. Согласно данному профилю, наиболее выраженными показателями являются: «дружелюбный» ( $x_{cp.} = 6,06$ ), «авторитарный» ( $x_{cp.} = 5,36$ ), «альтруистический» ( $x_{cp.} = 5,07$ ) «эгоистический» ( $x_{cp.} = 4,85$ ),. Наиболее низко выражен показатель «подозрительный» ( $x_{cp.} = 1,12$ ). Показатели «подчиняемый» ( $x_{cp.} = 3,24$ ), «зависимый» ( $x_{cp.} = 3,32$ ) и «агрессивный» ( $x_{cp.} = 3,51$ ) характеризуются низкой степенью выраженности.

Показатели по всем шкалам принадлежат интервалу от 0 до 8, что характеризует поведение испытуемых на уровне адаптивного. При этом, в системе выраженности факторов «доминирование» и «дружелюбие» преобладает выраженность фактора «доминирование» (показатель 6,892 над  $x_{cp.} = 4,052$ ).

При изучении средних показателей особенностей межличностных взаимоотношений сотрудников правоохранительных органов с учётом дифференциации на подразделения, нами были получены типичные профили типов отношения к окружающим представителей подразделений управления уголовного розыска (УУР), управления экономической безопасности и противодействия коррупции (УЭБ и ПК). Данные закономерности представлены на рис.1.

У сотрудников управления уголовного розыска профиль типов отношения к окружающим характеризуется низкой степенью выраженности показателей «агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарность», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно. Показатели по всем шкалам принадлежат интервалу от 0 до 8, что характеризует поведение испытуемых на уровне адаптивного. Факторы «доминирование» и «дружелюбие» выражены умеренно. При этом, в системе выраженности факторов «доминирование» и «дружелюбие» преобладает выраженность фактора «доминирование» (показатель  $x_{cp.} = 6,031$  над  $x_{cp.} = 5,104$ ).

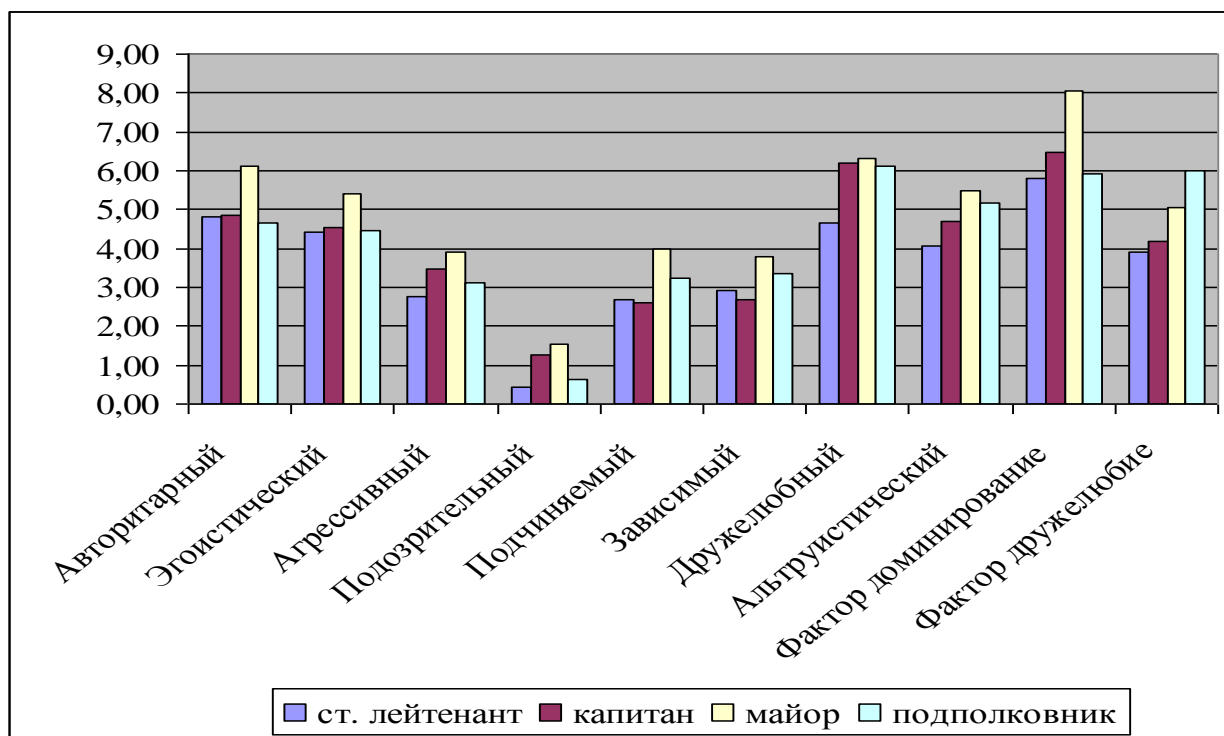


\*-обнаружены статистически значимые (достоверные) различия ( $p < 0,05$ )

Рис. 1. Гистограмма средних значение показателей структурных компонентов системы межличностных отношений представителей правоохранительных органов с учётом профиля деятельности.

У сотрудников управления экономической безопасности и противодействия коррупции профиль типов отношения к окружающим характеризуется низкой степенью выраженности показателей «агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарный», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно. При этом, в системе выраженности факторов «доминирование» и «дружелюбие» преобладает выраженность фактора «доминирование» (показатель  $x_{cp.} = 7,480$  над  $x_{cp.} = 4,989$ ). Статистически достоверные различия в показателях структурных компонентов системы межличностных отношений представителей УУР и УЭБ и ПК не обнаружены.

При изучении средних показателей особенностей межличностных взаимоотношений представителей правоохранительных органов с учётом должностной иерархии, нами были получены типичные профили типов отношения к окружающим представителей МВД по Курской области, имеющим следующие звания: старший лейтенант, капитан, майор, подполковник. Данные закономерности представлены на рис.2.



\*-обнаружены статистически значимые (достоверные) различия ( $p < 0,05$ )

Рис. 2. Гистограмма средних значений показателей структурных компонентов системы межличностных отношений представителей правоохранительных органов с учётом звания

Особенности отношений в процессе взаимодействия для испытуемых группы испытуемых, имеющих звание «старший лейтенант», характеризуется низкой степенью выраженности следующих показателей:

агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарный», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно.

Особенности отношений в процессе взаимодействия для испытуемых группы испытуемых, имеющих звание «капитан», характеризуется низкой степенью выраженности следующих показателей: агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарный», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно. Показатели по всем шкалам принадлежат интервалу от 0 до 8, что характеризует поведение испытуемых на уровне адаптивного. Фактор «доминирование» выражен умеренно, фактор «дружелюбие» выражен в низкой степени.

Особенности отношений в процессе взаимодействия для испытуемых группы испытуемых, имеющих звание «майор», характеризуется низкой степенью выраженности показателей агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарный», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно.

Особенности отношений в процессе взаимодействия для испытуемых группы испытуемых, имеющих звание «подполковник», характеризуется низкой степенью выраженности показателей «агрессивный», «подозрительный», «подчиняемый» и «зависимый». Показатели «авторитарный», «эгоистический», «дружелюбный», «альтруистический» выражены умеренно. При изучении особенностей межличностных взаимоотношений сотрудников правоохранительных органов с учётом звания статистически достоверные различия не обнаружены.

Таким образом, можно сделать общий вывод, о том, что типичный представитель правоохранительных органов характеризуется следующими особенностями:

- уверенный в себе человек, но не обязательно лидер, упорный и настойчивый.
- эгоистические черты, ориентация на себя, склонность к соперничеству упрямый, упорный, настойчивый и энергичный
- критичный по отношению ко всем социальным явлениям и окружающим людям.
- скромный, робкий, уступчивый, эмоционально сдержанный, способный подчиняться, не имеет собственного мнения, послушно и честно выполняет свои обязанности.
- конформный, мягкий, ожидает помощи и советов, доверчивый, склонный к восхищению окружающими, вежливый.
- склонный к сотрудничеству, кооперации, гибкий и компромиссный при решении проблем и в конфликтных ситуациях, стремится быть в согласии с мнением окружающих, сознательно конформный, следует условностям, правилам и принципам "хорошего тона" в отношениях с людьми, инициативный энтузиаст в достижении целей



группы, стремится помогать, чувствовать себя в центре внимания, заслужить признание и любовь, общительный, проявляет теплоту и дружелюбие в отношениях.

- ответственный по отношению к людям, деликатный, мягкий, добрый, эмоциональное отношение к людям проявляет в сострадании, симпатии, заботе, ласке, умеет подбодрить и успокоить окружающих, бескорыстный и отзывчивый.

Литература:

1. Андреева И.А., Корчмарюк В.А. Методика организации социально-психологических исследований в органах внутренних дел: Методическое пособие / Под общ. ред. В.Л. Кубышко – М.: ЦОКР МВД России, 2008.;
2. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Социальная психология. Психологические законы поведения в социуме. СПб., 2002.;
3. Бобкова И.Е. К проблеме психологического сопровождения профессионального развития руководителей подразделений территориальных органов внутренних дел на начальном этапе управленческой карьеры.
4. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики.- СПб.: Издательство «Речь», 2008.-624с.
5. Ядов В. А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методологические проблемы социальной психологии.- М: Наука, 2007

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИК

*Исаева Е.Р., Гуреева И.Л., Давыденко В.В., Урусова М.А.*

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

В настоящее время всё большее внимание уделяется изучению психологических показателей больных, находящихся в условиях хирургической клиники. Особого внимания заслуживает изучение психологического статуса пациентов кардиохирургических отделений в предоперационном периоде, поскольку операции на сердце являются наиболее тяжелыми и инвалидизирующими, отличаются высоким уровнем витальной угрозы. Сердечные заболевания и связанные с ними операции всегда воспринимаются людьми как серьезные и угрожающие. И как показывают исследования, именно для пациентов кардиологических отделений и клиник характерны депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, что может самым неблагоприятным образом повлиять на течение и исход болезни. Для пациентов в предоперационном периоде свойственно чувство неопределенности, неуверенности, беспомощности, страха перед

наркозом, операцией и её последствиями. Ситуация неопределенности, в которой находится пациент перед операцией, может спровоцировать развитие различных невротических или фобических расстройств – в частности, кардиофобии или кардионевроза. При этом симптомы этих расстройств способствуют расширению клинических проявлений сердечной патологии, усиливая признаки существующих нарушений, а также болевые ощущения [1].

Приобретенные пороки сердца — органические изменения клапанов или дефекты перегородок сердца, возникающие вследствие заболеваний или травм. Связанные с пороками сердца, нарушения внутрисердечной гемодинамики, формируют патологические состояния, характеризующиеся участием в поддержании насосной функции сердца и общей гемодинамики компенсаторных механизмов, при неэффективности которых развивается недостаточность кровообращения, инвалидизирующая больного и нередко являющаяся причиной смерти [2].

Целью нашего исследования явилось изучение психоэмоционального состояния больных перед операцией протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения для выявления мишеней психотерапевтического воздействия. В соответствии с целью исследования, были поставлены следующие задачи:

1. Выявить уровень тревоги и депрессии у обследуемых пациентов.
2. Определить степень выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых пациентов.
3. Изучить формы защитного поведения пациентов в тяжелой стрессовой ситуации, вызванной ожиданием операции.
4. Исследовать личностные факторы и ценностно-смысловые факторы пациентов.
5. Конкретизировать направления психологической коррекции.

Данное исследование было проведено в кардиохирургическом отделении клиники госпитальной хирургии №2 СПбГМУ им. ак. И.П.Павлова. Было обследовано 22 пациента с приобретенным пороком клапана сердца. В исследуемой группе пациентов было 10 мужчин и 12 женщин, средний возраст больных составил 58 лет.

В исследовании использовались следующие методики: SCL-90-R, интегративный тест тревожности (ИТТ), смысложизненные ориентации (СЖО), личностная методика (BIG-5), индекс жизненного стиля (ИЖС), методика диагностики депрессивных состояний В. Зунга.

В процессе проведения исследования было выявлено, что больные имеют определённые изменения психоэмоционального статуса в период ожидания операции. По показателям методики ИТТ выявлены повышенные значения общей тревожности и эмоционального дискомфорта. У пациентов обнаруживаются эмоциональные нарушения, расстройства сна, быстрая утомляемость, вялость и пассивность. Данные пациенты часто испытывают чувство собственной беспомощности и бесполезности, ощущение

надвигающейся катастрофы. По показателям шкалы депрессии В. Зунга, у пациентов была выявлена депрессия легкой степени выраженности.

Проанализировав данные методики SCL-90, мы увидели, что у пациентов выражены нарушения, называемые соматизацией, являющиеся эквивалентами тревоги. Жалобы больных фиксированы на телесном дискомфорте, который связан с кардиологической, гастроэнтерологической, неврологической и другими системами. Пациенты оценивают свое соматическое здоровье очень низко, что может существенно ухудшать состояние эмоциональной сферы, формируя депрессивный фон. Они часто испытывают слабость, тошноту и головокружение, боли в сердце и в желудке. Также у пациентов были выражены такие симптомы, как обсессивно-компульсивные, депрессивные, тревожные, фобические. В данном случае у больных четко прослеживается тревожно-депрессивный настрой с навязчивыми негативными мыслями относительно своей личности, своего состояния и своего будущего. Находясь в стационаре в ожидании операции, они часто испытывают чувство одиночества и подавленное настроение. У пациентов определяются стойкие тревожно-фобические симптомы, такие как нервозность, беспричинный страх, напряжение и дрожь, а также приступы паники, ощущение опасности и иррациональных страхов.

Уровень осмысленности жизни у больных существенно снижен – по методике СЖО выявлены снижения показателей по всем шкалам. Полученные данные позволяют говорить о том, что обследованные пациенты плохо представляют себе свое будущее, имеют довольно расплывчатые цели, не могут четко увидеть те ориентиры, к которым нужно стремиться. Они недостаточно удовлетворены своим настоящим, не видят в своей жизни яркого интереса, смысла и эмоциональной насыщенности. Также нужно отметить, что данные пациенты ощущают чувство неудовлетворенности пройденным отрезком своей жизни. Жизнь, лишённая четкой установки, может представляться человеку бессмысленной и пустой. Низкий уровень осмысленности жизни и неверие в свои силы и возможности могут приводить к различным невротическим нарушениям, а также к тревожным состояниям.

По показателям методики ВIG-5 выявлена низкая выраженность таких личностных качеств как:

- организованность (низкая осознанность своих чувств, мыслей и действий);
- эмоциональная стабильность (повышенная раздражительность, тревожность, обидчивость);
- личностные ресурсы (заниженная оценка своих интеллектуальных и личностных качеств).

Показано, что в период ожидания операции пациенты чаще используют защитные механизмы «отрицание», «регрессия», «реактивное образование» (методика ИЖС).

Материалы проведенного исследования были обработаны с помощью корреляционного анализа. Выявлены следующие взаимосвязанные изменения полученных параметров:

- Отрицательная взаимосвязь между личностными характеристиками и психопатологической симптоматикой. В вышеназванной связи обращает на себя внимание тот факт, что чем ниже самосознание личности и эмоциональная стабильность ( $p < 0,01$ ), тем сильнее проявляются тревожность, навязчивости и враждебность.
- Между тревожными проявлениями и механизмами психологической защиты. Данная корреляционная связь указывает, что чем ниже тревожность, тем слабее проявляются такие защиты как «регрессия» ( $p < 0,01$ ) и «реактивные образования» ( $p < 0,05$ ). Другими словами, чем ниже у пациента обеспокоенность и напряжение, тем реже личность стремится избежать тревожных проявлений путем перехода на более ранние стадии развития либидо или путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

Таким образом, результаты исследования выявили у пациентов повышенный уровень тревожности, депрессии и другой психопатологической симптоматики, проявляющиеся в наличии обеспокоенности, страхов, повышенной раздражительности и напряжения.

Обращает на себя внимание, наличие у пациентов экзистенциальных, духовных проблем, проявляющихся в низком осмыслении своей жизни и заниженной оценке своей личности.

Из вышесказанного можно заключить, что больные, находящиеся в стационаре, несомненно, нуждаются в квалифицированной психологической поддержке и коррекции эмоционального состояния, вызванного реакцией личности на факт предстоящей серьезной операции. Таким образом, проведенное исследование позволило нам конкретизировать направления психологического сопровождения и коррекции психологического состояния пациентов перед операцией протезирования клапанов сердца в условиях ИК.

Литература:

1. Погосова И.А. Клинические особенности психических заболеваний с паническими расстройствами // Человек и его здоровье : Курск. науч.-практ. вестн. – 2002. – № 5. – С. 45-52.
2. Кроуфорд М., Шриватсон К. Кардиология. Справочник. – СПб. 2006 – С.105-108, 120-122.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

*Каськова Д.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Общество находится на новом этапе своего развития, при котором каждый индивид имеет возможность формировать собственное поведение,

стиль жизни и имидж. Проектный подход зачастую является доминирующим для определения отношения к себе. Здоровье при этом является не самостоятельной ценностью, а стратегическим ресурсом, который необходим для активного достижения жизненных целей.

Инструктивный подход для формирования здорового поведения становится все более ограниченным. Даже для субъектов, имеющих тяжелые соматические или психические заболевания, современные реабилитационные программы направленные не столько на компенсацию функциональной недостаточности, сколько на поиск позитивных взаимодействий со средой, позволяющих добиться максимальных индивидуальных достижений.

Вопросы сохранения здоровья индивидов, попавших в трудную жизненную ситуацию, перенесших тяжелое соматическое или психическое заболевание, являющихся носителями социально значимых инфекций (ВИЧ, гепатит, туберкулез) становится залогом сохранения здоровья населения в целом.

Двигательная активность позволяет человеку решать проблемы, которые никакие другие формы активности решить не могут. Снижение физической активности во всех группах населения сопровождается избыточным весом и многочисленными сопутствующими заболеваниями. Тем не менее, психологическое сопровождение физической активности имеет недостаточное методическое и технологическое обеспечение.

«Здоровье-это нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое, социальное благополучие и обеспечивающее выполнение трудовых и биологических функций». Следует подчеркнуть чрезвычайно важное обстоятельство, что физический потенциал человека, его энергетический запас, отпущенный на всю жизнь, формируется в первые два десятилетия от рождения посредством воспитания основ физических качеств человека и многих предпосылок моральных принципов. *Физическое воспитание* – одно из основных слагаемых общего воспитательного процесса, без которого невозможно разностороннее развитие человека. Это воспитание моральных, волевых, эстетических качеств, интеллектуальное развитие физически здоровой личности: «здоровое тело – продукт здорового рассудка». Практика показывает, что там, где всерьез поставлено преподавание физической культуры, количество пропущенных по болезни занятий резко сокращается. Регулярные занятия спортом в семье позволяют вырастить здоровыми даже физически ослабленных от рождения детей. «Умеренно и своевременно занимающийся физическими упражнениями человек не нуждается ни в каком лечении, направленном на устранении болезни», - писал Авиценна (Ибн Сина, 1994). Человеческому организму требуется постоянная тренировка. Если человек не совершает энергозатрат, не становится сильным и крепким, то имеет тенденцию к размягчению и дряблости.

В эпоху автоматизации и компьютеризации мы вступили в резкий антагонизм с природой и лишь недавно начали осознавать возможность смертоносного исхода этого противостояния. В этой связи роль физической

культуры как важнейшего регулятора отношений человека с природой и прежде всего со своей внутренней природой оказывается едва ли ни на одной из самых главных в обеспечении разумного баланса процессов использования и воспроизводства «природных ресурсов» индивида.

Физическая культура – первый, самый естественный мостик, соединяющий в единое целое социальное и биологическое в человеке, особенно молодом. Освоение, охрана и приумножение природного преломляется через сознательную и стимулирующую физическую активность, выступая, таким образом, как решение экономических задач формирования и сохранения человеком своего физического потенциала. Физическая культура объединяет многие компоненты: общую культуру, культуру двигательной активности, закаливания, дыхания, питания, массажа, использования факторов природы.

В процессе перестройки народного хозяйства страны и связанных с ней постоянных изменений условий и характера труда человека от каждого специалиста требуется не только хорошее психофизическое здоровье и всестороннее физическое развитие, но и владение профессиональными знаниями, умениями и навыками, особенно в трудных, сложных или опасных условиях. Слабое здоровье, физическая немощь, психическая неустойчивость, недостаточный уровень развития волевых и нравственных качеств существенно снижают дееспособность человека. Люди с низким уровнем дееспособности не могут, даже если очень хотят, успешно накапливать, совершенствовать и применять свои познания и опыт, особенно при решении новых творческих задач.

Наряду с положительными факторами изменения жизни нашего общества и изменения жизни каждого человека в нем привели к увеличению нервно-психического напряжения в повседневной жизни, уменьшению двигательной активности и физических нагрузок. Такой неблагоприятный дисбаланс отрицательно сказывается как на физическом и психическом состоянии человека, так и на его дееспособности, возможности реализовать свой жизненный потенциал.

Все субъективные восприятия разнообразных жизненных ситуаций, явлений, их оценка (желательность, полезность) связаны с эмоциями. Они помогают мобилизовать силы организма для экстренного преодоления каких-либо трудностей. Предотвращение срывов при стрессах обеспечивает регулярная, но не чрезмерная физическая нагрузка, обладающая антистрессовым действием, снижающая тревогу и подавленность. Важно только, чтобы физические упражнения доставляли наслаждение, а не были горьким лекарством. Доказано, что стресс лучше снимать физическими нагрузками, а утомление быстрее проходит не во время пассивного отдыха, а под влиянием физических упражнений.

В связи с этим, большое значение имеют меры оптимизации образа жизни благодаря правильному физическому восприятию, должному сочетанию труда и отдыха, развитию устойчивости к психоэмоциональным перегрузкам, преодолению трудностей.

Сам процесс регулярных целенаправленных занятий физической культурой или спортивной тренировкой предполагает воспитание не только определенных умений и навыков, физических качеств, но и психических качеств, черт и свойств личности человека.

Одним из основоположников теории физического воспитания профессор А.Д. Новиков сформулировал важное методологическое положение о том, что любое качество человека может быть воспитано лишь через деятельность и в процессе деятельности: «Нельзя сделать человека смелым, мужественным, коллективистом одними разговорами об этом. Его надо ставить в условия, требующие проявления указанного качества».

Воспитание сильной личности зависит от уровня морально-волевой подготовленности. Причем здесь имеет место сложное диалектическое взаимовлияние, обусловленное единством педагогического процесса. Так, полное проявление двигательных способностей человека связано с преодолением боязни, неуверенности в своих силах, усталости, что требует достаточно высокого уровня развития морально-волевых качеств. Многократное же преодоление таких психологических барьеров во время тренировочных занятий и спортивных выступлений в свою очередь влияет на воспитание этих качеств. «Я могу говорить Вам, как делать упражнения, но без вашего желания мои слова не принесут успеха. Даже если мое оборудование было бы из золота, вы никогда не будете ходить, если у вас нет уверенности. Вы должны работать с той же самой преданностью, дисциплиной и силой каждый день много лет, если необходимо. Только тогда Вы скажите: «Я СДЕЛАЛ ЭТО, Я МОГУ ИДТИ!» - утверждал Дикуль, опираясь на собственный опыт.

Воля человека понимается, как умение преодолевать трудности во имя поставленной цели, а для этого нужно воспитывать чувство воли в более ранний период становления характера. В.А. Сухомлинский отмечал: «Воля-это, образно говоря, глубина, на которой держится ладья человеческого достоинства». И в процессе физического воспитания формирование психических свойств личности происходит путем моделирования жизненных ситуаций, «проиграть» которые можно посредством физических упражнений, спортивных и особенно игровых моментов!

Естественно, что различные физические упражнения и виды спорта в разной степени воспитывают и формируют целый ряд необходимых человеку в жизни психических качеств, черт и свойств личности. Личность - это характеристика человека в целом, она является во всех видах его деятельности. Это значит, включенность в его общественные отношения, его направленность, которая определяется ведущими мотивами деятельности, поведения.

Исходя из этого, можно говорить о положительном и отрицательном развитии личности: она может быть как слабой, неустойчивой, так и сильной, устойчивой. А уровень положительного развития личности определяется мерой ответственности человека перед другими людьми, перед окружающей средой, перед деятельностью, перед собой.

Как же воспитать положительную, сильную личность?

Отметим, что физическая культура – органическая часть общечеловеческой культуры, ее особая самостоятельная область, которая включает в себя педагогические представления, взгляды, идеи, наиболее полно проявляющаяся в обычаях, трудовой деятельности, традициях, а также активного, положительного усвоения младшим поколением. Вместе с тем это специфический процесс и результат человеческой деятельности, средство и способ физического совершенствования личности. Физическая культура воздействует на жизненно важные стороны индивида, полученные в виде задатков, которые передаются генетически и развиваются в процессе жизни под влиянием воспитания, деятельности и окружающей среды. Физическая культура удовлетворяет социальные потребности в общении, игре, развлечении, в некоторых формах самовыражения личности через социально активную полезную деятельность. Физическая культура представлена совокупностью материальных и духовных ценностей.

Итак, физическую культуру следует рассматривать как особый род культурной деятельности, результаты которой полезны для общества и личности. В социальной жизни в системе образования, воспитания, в сфере организации труда, повседневного быта, здорового отдыха физическая культура проявляет свое воспитательное, образовательное, оздоровительное, экономическое и общекультурное значение.

Литература:

1. Андронов О.П. Физическая культура как средство влияния на формирование личности. – М.; Мир, – 1992. – 220 с.
2. Бабаян К.Л. Факторная структура волевых качеств спортсменов // Теория и практика физической культуры. – 1977. - №10.
3. Виноградов Д.А. Физическая культура и здоровый образ жизни. М, 1990г.
4. Ильин Е.П. Психология физического воспитания. М.: Просвещение, 1987; СПб., 2000.
5. Ach N. Analyse des Willenes// Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Teil E. Abt. VI. Berlin, 1935.
6. Assgioli R. The act of will. – London, 1974.
7. Atkinson J. M. An introduction to motivation. Princeton, NJ.: van Nostrand, 1964.

## ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ – ОСНОВА ЗДОРОВОЙ НАЦИИ

*Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Степченко М.А.,  
Борисова Н.А., Лукашов А.А., Ивакин В.Е., Безгин А.В., Мальцева Г.И.,  
Мещерина Н.С., Феофанова Е.С., Масалова Е.А.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия



Здоровье во все времена считалось высшей ценностью, являющейся важной основой активной творческой жизнедеятельности, счастья, радости и благополучия человека. При этом здоровье студенческой молодежи - важнейший показатель благополучия общества и государства, который отражает не только настоящую ситуацию, но и дает точный прогноз на будущее, так как здоровье - это совокупность полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни [1].

Следует отметить, что на здоровье и развитие заболеваний влияют множество факторов: окружающая среда, диета, привычки (курение, потребление алкоголя), доступность медицинской помощи, а также общекультурные факторы и отношения в семье [2]. Поэтому еще в Древнем Китае и Древней Греции считалось, что здоровье - это не только отсутствие негативных эмоций, но и присутствие позитивного начала [1, 3].

В современной психологии для обозначения такого положительного состояния используется понятие выносливость, которая формируется при соблюдении здорового образа жизни. При этом, под термином «здоровый образ жизни» следует понимать типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально – психологических ситуаций [1]. Образ жизни – это своего рода система взглядов, которая складывается у человека в процессе жизни под влиянием различных факторов на проблему здоровья не как на некую абстракцию, а как на конкретное выражение возможностей человека в достижении любой поставленной цели. При несоблюдении этого образа жизни формируются различные психосоматические состояния, которые в последующем приводят к болезни. Что же такое болезнь? Болезнь – это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, которое обусловлено функциональными или морфологическими (структурными) изменениями (возможно, теми и другими одновременно), наступающими в результате воздействия эндогенных, т.е. находящихся в организме человека, или экзогенных, т.е. находящихся во внешней среде, факторов [1,3]. При этом определенная роль отводится семейным отношениям, воспитанию в семье [3].

Семья - это организованная социокультурная группа, члены которой могут быть связаны взаимной моральной ответственностью и социальной необходимостью. Семья принадлежит к важнейшим общественным ценностям. Для молодого человека семья — это среда, в которой складываются условия его физического, психического, эмоционального и интеллектуального развития. Для взрослого человека она является источником удовлетворения ряда его потребностей и малым коллективом, предъявляющим к нему разнообразные и достаточно сложные требования. На стадиях жизненного цикла человека последовательно меняются его функции и статус в семье. С течением времени происходят изменения в

функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями [2,3].

При этом семейные отношения имеют большое значение для здоровья людей. Благоприятный морально-психологический климат семьи положительно сказывается на здоровье ее членов. В таких семьях люди меньше болеют и дольше живут. По некоторым источникам, у членов таких семей в несколько раз ниже заболеваемость туберкулезом, циррозом печени и диабетом, чем в неблагополучных семьях и среди одиноких [4].

Следует отметить, что в семье, где кто-то из ее членов подвержен наркомании и алкоголизму, создаются тяжелые условия жизни, особенно для молодого поколения. Обстановка в семье тяжело ранит их психику и часто вызывает различные расстройства.

Следует отметить, что хороший психологический климат в семье определяет устойчивость внутрисемейных отношений, оказывает решительное влияние на развитие ряда психосоматической патологии. При этом психологический климат не является чем-то неизменным, данным раз и навсегда. Его создают члены каждой семьи и от их усилий зависит, каким он будет, благоприятным или неблагоприятным [3].

К важным показателям благоприятного психологического климата в семье относятся: сплочённость, возможность всестороннего развития личности каждого её члена, высокая доброжелательная требовательность членов семьи друг к другу, чувство защищённости и эмоциональной удовлетворённости, гордость за принадлежность к своей семье, ответственность. В семье с благоприятным психологическим климатом каждый её член относится к остальным с любовью, уважением и доверием, к родителям — ещё и с почитанием, к более слабому — с готовностью помочь в любую минуту.

Неоспоримым является тот факт, что молодежь, активно занимающаяся физической культурой и спортом, отрицающая вредные привычки, обладает более высоким уровнем здоровья, более устойчивой психикой, дисциплиной и волей, более серьезно относятся к учебе и работе [4]. И средствами воспитания, в данном случае, выступают личный пример и авторитет старшего поколения. Воспитательный процесс здорового образа жизни студенческой молодежи осуществляется не только в семье, но и подкрепляется силами университетских структур. Оздоровительное направление включает участие студентов в различных спортивных мероприятиях, проводимых в вузе, межвузовских соревнований и т.д. На кафедре внутренних болезней №1 также уделяется большое внимание пропаганде здорового образа жизни. В план мероприятий по воспитательной работе ежегодно включаются студенческие конференции, отражающие пагубное влияние вредных привычек (алкоголь, табакокурение, наркомания) на организм человека.

Студенты, обучающиеся на нашей кафедре, самостоятельно готовят конференции «О вреде курения», «Пагубное воздействие алкоголя на

организм человека», «СТОП! Наркотики и токсические вещества – ОПАСНО для жизни!»).

Неотъемлемой частью воспитания здорового молодого поколения является формирование социокультурной потребности постоянного восприятия и понимания произведений искусства, проявления интереса ко всему кругу проблем, которые решаются средствами художественного творчества. В рамках эстетического воспитания на кафедре запланированы и проводятся конференции, посвященные творчеству Курских писателей, поэтов, художников, музыкантов. В текущем учебном году особое место занимает творчество Н.Н.Асеева, Н.Н.Носова, Н.В.Плевицкой, Г.В.Свиридова и др.

Таким образом, эмоциональная атмосфера семьи, вуза, кафедры, соблюдение устоев и традиций, культура взаимоотношений являются важными факторами для формирования, укрепления физического и психологического состояния здоровья молодого поколения, что способствует формированию здоровой нации.

Литература:

1. Гуров, В.А. Здоровый образ жизни: научные представления и реальная ситуация/ В.А.Гуров//Валеология. – 2006. - № 1. – С. 3-8.

2. Марков В.В. Основа здорового образа жизни профилактика болезней: учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2005. – 318 с.

3. Чумаков Б.Н. Валеология: учеб.пособие. -3-е изд., испр. и доп. – М.: Пед. общество России, 2006. – 407 с.

4. Янковская, Л.Н. Социально-педагогические аспекты формирования мотиваций у студентов к здоровому образу жизни/ Л.Н.Янковская, А.А.Петухова, Н.А.Мартыросова//Материалы Всерос. научно-практ.конф. «Оптимизация учебно-воспитательного и учебного процессов в учебном заведении высшего профессионального образования» -Красноярск:СибЮИ МВД РФ. – 2011 – С. 257-259.

## К ОСОБЕННОСТЯМ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Коваль-Зайцев А.А.*

Московский городской психолого-педагогический университет,  
Научный центр психического здоровья РАМН, г. Москва, Россия

Проблема оценки графической деятельности подростков с эндогенными психическими расстройствами (прежде всего больных шизофренией) всегда привлекала внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, психологов). Акцент на своеобразии графической деятельности, диссоциации моторики и интеллекта у подростков с эндогенной психической патологией делали и психиатры, и

психологи (Г.Е.Сухарева, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалев, В.М.Башина, И.А.Козлова, В.В.Лебединский и др.) [14, 5, 7, 1, 10, 11]. При этом предыдущие патопсихологические исследования графической деятельности больных фокусировались в основном на проективном анализе рисунков (А.Л. Венгер, 2005; К. Маховер 2000; С.А. Болдырева, 1974)[4, 12, 3]; анализу графической составляющей посвящены всего несколько исследований (А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, 2009, 2010)[8, 9].

Качественный анализ и количественная оценка графической деятельности у подростков, больных шизофренией могут служить опорой для разработки своевременных диагностических методов для данного заболевания, а также оценки эффективности лечения, прогноза, наблюдения динамики течения болезни, организации подходящей психологической коррекции и обучения. Исследования графической деятельности могут внести существенный вклад в получение более полного представления о болезни в целом, и в частности помочь в квалификации особенностей нарушений развития у детей и подростков, больных шизофренией.

Цель исследования: оценка различий в графической деятельности подростков, больных шизофренией в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома у больного.

В исследовании принимали участие 59 подростков 11-14 лет, больных шизофренией, проходящих стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН. Всем больным были выставлены диагнозы: шизотипическое расстройство неврозоподобный и психопатоподобный синдромы (F21.3, F21.4), шизотипическое расстройство личности (F21.8), шизофрения детский тип (F20.8). На основании ретроспективного анализа историй болезни был установлен возраст начала заболевания, который варьировался от 18 месяцев до 14 лет.

В исследовании использовались методики «Рисунок человека», «Рисунок семьи» (А.Л. Венгер, 2005)[4]; «Пиктограмма» (В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков, 2002)[2] и «Срисовывание человека» (А.В. Семенович, 2008) [13].

При интерпретации методик анализировались следующие параметры: положение рисунка на листе относительно вертикальной оси (сдвиг вправо, сдвиг влево и центральное положение). Качество линии — нажим (слабый, нормальный, сильный). Размер рисунка (маленький, средний, большой). Искажение форм фигуры (такие как квадратная голова, голова в форме «огурца», тело в форме шара). Особенности в изображении верхних конечностей (отсутствие рук, кистей, пальцев, руки-лопаты, руки-грабли и т.п.). Способ изображения — схематичный, пластичный или смешанный. Искажение пропорций фигур — непропорциональная фигура, туловище, голова, руки, ноги (например - большая голова и очень маленькое туловище, короткое туловище и очень длинные конечности). При анализе методики «срисовывание человека» анализировались качество линии (нажим), искажение пропорций, схемы тела и особенности изображения верхних конечностей. Для объективизации анализа рисунков был использован метод

экспертных оценок. Независимые эксперты оценивали рисунки по параметрам, описанным выше, не зная, к какой группе принадлежит испытуемый. Математическая обработка данных проводилась с помощью точного критерия Фишера и критерия Манна-Уитни с использованием программы статистической обработки данных SPSS 17.

Задачи исследования. 1. Провести оценку размеров рисунков, нажима карандаша, положения рисунков на листе в рисунках подростков, больных шизофренией. 2. Провести оценку способов изображения, возможных искажений форм фигур и пропорций фигур, особенностей изображения верхних конечностей в рисунках подростков больных шизофренией. 3. Сравнить различия графической деятельности по данным параметрам в зависимости от поставленного диагноза, ведущего синдрома, возраста начала заболевания.

Результаты исследования: анализ рисунков испытуемых по выделенным параметрам проводился в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома. Оказалось, что подросткам с более ранней манифестацией заболевания характерно большее количество искажений формы фигуры и схемы тела образца для копирования, чем подросткам заболевшим позже (при  $p < 0,05$ ). Более сильный нажим характерен для больных с меньшим возрастом начала заболевания (при  $p < 0,01$ ). У подростков с более ранним началом болезни наблюдается тенденция к нестабильности размера, более частому искажению пропорций фигур и нарушению в изображении верхних конечностей. Таким образом, можно говорить о значительном влиянии возраста начала заболевания на выраженность особенностей графической деятельности – чем раньше началось заболевание, тем более явные отклонения наблюдаются в графической деятельности. Полученные данные согласуются с имеющимися теориями о влиянии возраста начала заболевания на тяжесть шизофренического дефекта (В.В. Ковалев, 1985; М.Ш. Вроно, 1971; И.А. Козлова, 1987; J.R.Asarnow et al., 1999; Н. Е. Remschmidtetal., 1994)[7, 5, 10, 15, 16]. В связи с этим, есть потенциальная возможность использовать рисуночные методики в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания.

При сравнении рисунков подростков, больных шизофренией в зависимости от выставленного диагноза оказалось, что сильный нажим более характерен для подростков с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4 тогда как подросткам с диагнозом F21.8 сильный нажим не характерен (при  $p = 0,05$ ). У подростков с диагнозами F20.8 и F21.3 уровень графической деятельности по способу изображения ниже, чем у подростков с диагнозом F21.4. Подросткам с диагнозом F21.8 искажения пропорций и форм фигуры характерны в значительно меньшей мере, чем подросткам с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4. У подростков с диагнозом F20.8 нарушения в изображении верхних конечностей наблюдаются в подавляющем большинстве случаев (при  $p < 0,01$ ). Для подростков с другими диагнозами нарушения в изображении верхних конечностей также характерны, но в меньшей степени. В этой связи можно

отметить различную степень влияния диагноза на графическую деятельность (от значительного влияния к более слабому): «шизофрения детский тип», «шизотипическое расстройство, психопатоподобный синдром», «шизотипическое расстройство, неврозоподобный синдром» и «шизотипическое расстройство личности». Таким образом, можно говорить о том, что наиболее выраженные особенности в графической деятельности наблюдаются у подростков с диагнозом «шизофрения детский тип» (F20.8). Полученные данные согласуются с основными теориями о том, что болезненный процесс при шизотипическом расстройстве в целом менее прогрессивный и имеет более благоприятный прогноз (Г.Е. Сухарева, 1998; М.Ш. Вроно, 1986; И.А. Козлова, 1987; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова, 2006)[14, 5, 10, 6]. В связи с этим, возможно использование рисуночных методик в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания, который зачастую устанавливается посредством ретроспективного анализа анамнеза больного, часто со слов родителей.

Сравнение уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показало, что больным с неврозоподобным синдромом более характерен сильный нажим, нежели больным с другими ведущими синдромами в рамках шизофрении. У подростков с психопатоподобным ведущим синдромом сильный нажим незначительно преобладает над нормальным. У подростков с аффективным ведущим синдромом нормальный нажим преобладает над сильным и в ряде случаев наблюдается слабый нажим. Таким образом, можно говорить о достаточно высоком уровне тревожности больных с неврозоподобным синдромом в рамках шизофрении, который имеет значительное влияние на качество линий в рисунках. Эти данные могут быть использованы в качестве оценки текущего состояния больного, динамики болезни, для организации соответствующей терапии.

#### Выводы

1. Анализ рисунков больных шизофренией показал, что подросткам с более ранним началом заболевания присуще большее количество искажений, более сильный нажим и, возможно, нестабильность размера, большее количество искажений пропорций и изображения верхних конечностей.

2. Выявлено влияние диагноза на степени выраженности особенностей графической деятельности.

3. Анализ уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показал, что подросткам с неврозоподобным синдромом сильный нажим значительно более характерен, чем подросткам с другими ведущими синдромами.

#### Литература:

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) — АМН СССР. — М.: Медицина. 1980.

2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов — М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2002.- 512 с.

3. Болдырева С.А. Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией М., 1974.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты, Владос-пресс, 2005.
5. Вроно М.Ш. (под ред.) Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста; М. 1986.
6. Иовчук Н. М., Морозова Н. Б., Северный А. А. “Детская социальная психиатрия для непсихиатров”, Питер, 2006.
7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1985.
8. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В. Мелкая моторика у детей с эндогенными психическими расстройствами. // Приложна психология, Plovdiv, Bulgaira, 2009, №1 – 128с. (с. 33-74).
9. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В. Уровень выполнения рисунков и состояние моторики у детей, больных шизофренией // Культурно-историческая психология, 2010; №3.
10. Козлова И.А., Вроно М.Ш., Шизофрения в детском и подростковом возрасте. В кн.: Эндогенные психические заболевания / под ред. Тиганова А.С., М., 1987.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. – М.: Издательство Московского университета, 1985.
12. Маховер К. Проективный рисунок человека; М., Смысл, 2000.
13. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста; Генезис, 2008.
14. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. Издание 2-е. М., 1998
15. Asarnow J.R., Tompson M.C., Goldstein M.J. Childhood-Onset Schizophrenia: A Followup Study // Schizophrenia Bulletin 1994, Vol. 20, №4.
16. Remschmidt H.E., Schulz E., Martin M., Warnke A., Trott G-E. Childhood-Onset Schizophrenia: History of the Concept and Recent Studies // Schizophrenia Bulletin, Vol. 20, №4, 1994.

#### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Коломиец В.М., Ермолаева В.В., Сухонос Г.В., Шульгина Т.А.,*  
Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Наличие психосоматических взаимосвязей при патологии человека в настоящее время не вызывают сомнений. При их изучении развиваются такие новые направления, как психоиммунология и психогенетика.

При лечении туберкулеза легких вовлечение в терапию личности больного, интенсивное индивидуальное врачебное ведение, применение психотропных средств и рациональная психотерапия вызывает улучшение общего состояния, сокращение сроков лечения, иногда даже наступает спонтанное закрытие полостей распада, требующих хирургического

вмешательства. Учитывая введение стандартных режимов химиотерапии, влияние резервных противотуберкулезных препаратов на эмоциональное состояние пациентов и их нервную систему, исследование преморбидных особенностей личности, социальной фрустрированности, психических реакций и состояний у больных различными формами туберкулеза легких с целью последующей психокоррекции для повышения эффективности лечения имеет особое значение [1,3,4,5]. Нельзя не согласиться с И.Т.Викторовым [2], отмечавшим, что «вряд ли можно найти еще такое заболевание, в котором бы психический фактор играл столь большую роль и значение, как в туберкулезе легких, и, с другой стороны, пожалуй, ни одно из соматических заболеваний не влияет столь многосторонне на психическое состояние больного, как туберкулез легких».

В тоже время, даже сейчас проблема психокоррекции в системе реабилитации туберкулезных больных находится на одном из последних мест. К примеру, в последнем учебном пособии для последипломного образования [6] раскрыты этиология, особенности современного туберкулеза, его взаимосвязь с наиболее распространенными заболеваниями др. органов и систем, очень полно изложено лечение туберкулеза: химиотерапия, патогенетическая, иммунокорректирующая, фитотерапия и др. Но ни слова о терапии психопатологических состояний у больных туберкулезом легких в их комплексном лечении и реабилитации.

Изучены клинико-психопатологические и психологические особенности у 150 больных различными формами туберкулеза легких (сплошная выборка) в возрасте от 18 до 72 лет. Применялось комплексное исследование, включавшее структурированное интервью и различные тесты: самопросник депрессии Зунге, тест личностной и ситуативной тревожности Спилбергера, личностный опросник Леонгарда-Шмиттека, тест ЛОБИ, диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И.Вассермана.

Из них – 103 мужчины (средний возраст-48 лет) и 47 женщин (средний возраст-29 лет). Из 109 впервые выявленных больных туберкулезом легких очаговый туберкулез диагностирован у 10 (10%) человек, инфильтративный – у 72 (72%), диссеминированный – у 12 (12%), туберкулемы легких – у 4 (4%), казеозная пневмония – у 2 (2%). МБТ выделяли 80 (80%) больных, в том числе – 12 (12%) с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулеза (МЛУ). Наличие деструкции в легких определялось у 72 (72%). Из 24 больных с рецидивом инфильтративный туберкулез легких выявлен у 14 (58,3%) человек, диссеминированный у 8 (33,3%), цирротический у 2 (8,3%). Бацилловыделение имело место в 22 (91,7%) случаях (6(25%) – с МЛУ), фаза распада - в 18(75%). Из 12 хронических больных фиброзно-кавернозный туберкулез легких диагностирован у 10(83,3%) человек, цирротический – у 2(16,7%). При бактериовыделении МЛУ МБТ выявлена у 83,3% больных.

При всем многообразии личностных особенностей у больных туберкулезом легких можно выделить 3 основных типа: гипертимы (39,7%), циклотимы (36,8%) и застревающие, ригидные (23,5%) с такими общими



чертами как эмоциональная лабильность, тревожность, демонстративность, экзальтированность, неуравновешенность, раздражительность.

У впервые диагностированных больных туберкулезом легких и с рецидивом туберкулезного процесса, включая формы заболевания с первичной МЛУ без проявления побочных действий противотуберкулезных химиопрепаратов, особых различий в реакции респондентов на болезнь не выявлено. На фоне относительно невысокой социальной фрустрированности (у 9,7% - отсутствует, у 74,2% - очень низкая, у 14,5% - пониженная, у 1,6% - высокая) им присущи следующие типы отношения к болезни, окружающим и своим витальным функциям: неврастенический с чертами мнительной тревожности (27,4%), эйфорический с чертами анозогнозичности и эргопатичности (25,8%), сенсетивный с тревожными и эргопатическими с чертами (33,9%) и паранойальный (12,9%). Легкая депрессивная реакция невротического или ситуационного характера и субдепрессивное состояние диагностировались редко (16,1% и 5,7%), а истинная депрессия - лишь в единичном случае (1,6%). Общим же стабильным признаком, присущим всем больным туберкулезом легких, является высокий уровень личной тревожности как черты характера (74,2% - средний, 14,5% - высокий, 11,3% - низкий) и ситуационной тревожности, максимально выраженной особенно в начале заболевания (37% - высокий, 58% - средний, 5% - низкий).

У хронических больных туберкулезом легких на фоне общей астенизации, повышенной социальной фрустрированности, инвалидизации чаще наблюдалось депрессивное состояние (50% - легкая и 16,7% - маскированная депрессии), меланхолический, эгоцентрический и ипохондрический клинико-психопатологические и психологические типы реакции на болезнь (83,3%).

С целью коррекции состояния больного с учетом их клинико-психопатологических и психологических особенностей среди обследованных выделено три группы. В 1-й наблюдали 109 впервые выявленных больных, во 2 группе - 21 больного с рецидивом и в 3 группе 20 больных с хроническим течением процесса. В каждой из групп выделялись больные, которым проводилась психофармакокоррекция на стационарном этапе лечения не нуждающиеся в психокоррекции по результатам соответствующего психологического тестирования. В контрольной наблюдали больных с наличием показаний, но без психокоррекции.

В 87,7% случаев наблюдаемым больным необходима была психокоррекция из-за разнообразных психологических отклонений (нуждались в коррекции психиатра и зачастую, нарколога, а ещё чаще в принудительной изоляции от общества), в том числе в 85,4 % - у впервые выявленных, 95,2 % - у больных с рецидивом и в 100% случаев хронических больных.

В психофармакокоррекции использовались различные препараты, но наиболее эффективно и без выраженных побочных явлений зарекомендовали себя: грандаксин, хлорпротексен, глицин. Возможно использовать и разнообразные селективные анксиолитики нового поколения (типа афабазола

и др.), но учитывая их недоступность для преимущественно необеспеченного контингента туб. б-х в свободной аптечной сети, не всегда высокую эффективность, отсутствие в стационарах, вышеназванные препараты (хлорпротексен, глицин, грандаксин, а также др.противотревожные малые транквилизаторы) можно считать препаратами выбора у в/в и б-х с рецидивом; т.к. в этих контингентах больных отмечается выраженная личностная и ситуационная тревожность и очень низкий уровень депрессивных состояний.

Выводы. При оказании специализированной медицинской помощи больным туберкулезом целесообразно при первичном общем обследовании применять психологический тест Спилбергера для определения уровня ситуационной и личностной тревожности с целью раннего назначения противотревожных препаратов в системе комплексной терапии и ранней реабилитации туберкулёзных больных. С целью предотвращения психической декомпенсации и повышения эффективности лечения целесообразно проведение курсов психотропной терапии с учетом выявленных клинико-психопатологических и психологических особенностей.

#### Литература:

1. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни: Автореф. дис. канд. мед.наук. – М., 1989.
2. Викторов И.Т. Туберкулез и психика. Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине: Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева. Л., 1963; 29: 345–57.
3. Кириченко Ю.Н., Коломиец В.М., Чухраев А.М. Здоровье населения и здравоохранение Курской области на рубеже двух веков и эпох. Курск, 2007. 403 с.
4. Панкратова Л.Э. Клиника и лечение туберкулеза легких у впервые выявленных больных с пограничными нервно-психическими расстройствами: Автореф. дис. канд. мед.наук. – Саратов, 1988.
5. Сергеев И.И. Пограничные нервно-психические расстройства при некоторых формах туберкулеза легких: Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1969.
6. Туберкулез и внутренние болезни /А.С. Свистунова, Н.Е.Чернеховская, В.И.Чуканов и др.; Под ред. А.С.Свистуновой, Н.Е.Чернеховской. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

## ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Комарова А.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Объектом нашего исследования выступает гендерная идентичность подростков и юношей, а предметом являются различия гендерной идентичности подростков в ранний период и в период кризиса, а так же различия гендерных стереотипов у подростков и юношей.

Нами было поставлено две гипотезы. Первая заключается в том, в раннем подростковом периоде гендерная идентичность выражена более ярко, чем в период подросткового кризиса. И вторая гипотеза говорит о том, что характеристики маскулинности и феменинности, которые рассматриваются современными подростками отличаются от характеристик маскулинности и феменинности, рассматриваемых юношами в качестве гендерного стереотипа.

Перед нами стояла задача определить выраженность гендерной идентичности в младший школьный период и период подросткового кризиса, а так же исследовать характеристики феменинности и маскулинности у подростков и юношей, с целью их сравнения.

Прежде чем приступить к описанию проведенных нами методов исследования, необходимо определить их в рамках системного подхода.

Согласно Ананьеву Б. Г. проблема применения эмпирических методов в психологии нужно начать с определения их места в системе психологических методов. Можно выделить, по крайней мере, пять уровней:

1. Уровень методики.
2. Уровень методического приема.
3. Уровень метода (эксперимент, наблюдение и пр.).
4. Уровень организации исследования.
5. Уровень методологического подхода. [4]

В данном случае наши методы относятся к третьему уровню, т. е. к уровню метода, включающего в себя эксперимент, наблюдение, самонаблюдение, психодиагностический метод, анализ процессов и продуктов деятельности, моделирование, библиографический метод, согласно классификации методов Ананьева.

Тесты и опросы, которые были проведены среди подростков и юношей относятся к категории психодиагностического метода.

Методический инструментарий:

1. тест – опросник «Кто я?» Куна – Маркпартленда в нашей модификации с добавочными вопросами «Кто Мама?» и «Кто Папа?». [3]
2. Исследование самооценки Дембо – Рубинштейна в нашей модификации с добавочной шкалой «Пол». [1]
3. Стимульный материал к тесту «Ценностные ориентации» Рокича в нашей модификации с ранжированием материальных и терминальных ценностей отдельно по двум шкалам «Для мужчин» и «Для женщин». [5]

В исследовании приняли участие 66 человек, которых 32 девочки и 37 мальчиков в трех возрастных категориях:

1. Младший школьный возраст (9-10 лет, 3 класс),
2. Подростковый возраст (13-14 лет, 7 класс),
3. Юноши (19-21 год, 1-2 курс ВУЗа).

Исследование проводилось среди учащихся 3х и 7х классов МОУ «Лицей №21» города Курска и среди учащихся 7х классов МОУ СОШ №27 им. А. Дейнеки, а так же среди студентов 1 и 2 курсов факультета «Менеджмент организаций» НВУЗ АНО РФЭИ.

Решая задачу исследования особенностей социальной идентичности было проведено исследование при участии учащихся 3х и 7х классов МОУ «Лицей № 21», из которых в 3 классе 8 девочек и 12 мальчиков, а в 7 классе – 9 девочек и 7 мальчиков, возраст испытуемых 8-9 лет и 12-13 лет соответственно и получены следующие результаты.

Отвечая на вопрос «Кто Я?» дети имеют вполне сформировавшуюся гендерную идентичность среди третьеклассников, но семиклассники в ответе на данный вопрос показали, что гендерная идентичность плохо сформирована, что, по сути, говорит о наличии подросткового кризиса среди детей подросткового периода.

Говоря о различиях при ответе на данный вопрос, у мальчиков и у девочек отмечается тенденция в третьем классе, ориентированная на то, что у девочек в младшем школьном возрасте гендерная идентичность выражена лучше, что связано с опережением развития девочек, а в подростковом возрасте идентичность выражена одинаково, что, как указывалось выше, связано с кризисом подросткового возраста.

Касаемо дополнительных вопросов: «Кто Мама?», «Кто Папа?», можно заметить, что подростки в 7 классе чаще идентифицировали себя через родителя противоположного пола, а так же чаще использовались прилагательные с окончаниями, указывающими на половую принадлежность. Относительно детей 3 класса, можно сказать, что идентификация себя происходит через образ родителя того же пола, что является, по сути правильным путем развития. Исключения в обоих случаях составляют дети из неполных семей. Данная ситуация говорит о том, что у детей старшего подросткового периода присутствует кризис.

Для решения задачи исследования особенностей самооценки как фактора, влияющего на становление гендерной идентичности, была использована наша модификация методики, направленная на исследование самооценки Дембо – Рубинштейна при участии учащихся 7х классов МОУ СОШ №27 им. А. Дейнеки города Курска в соотношении 10 мальчиков и 10 девочек подросткового возраста и получены следующие результаты.

Мальчики – подростки идентифицируют себя в гендерном отношении на порядок выше, чем девочки. Среднее значение выбранных самооенок у мальчиков по шкале 100 % составляет 95,4 %, а у девочек 74 %. Подобные результаты могут свидетельствовать о том, что девочки опережают мальчиков в развитии, и на данном этапе у них имеет место быть кризис подросткового возраста, а у мальчиков он или только начинается или они находятся на кризиса.

Решая задачу выявления гендерных стереотипов в ценностных ориентациях подростка было проведено миниисследование при участии восьми человек, 4 из которых подросткового возраста (учащихся 7х классов

МОУ СОШ №27 им. А. Дейнеки города Курска) и 4 юношеского (студенты 1 и 2 курсов факультета «Менеджмент организаций» НВУЗ АНО РФЭИ) посредством клинической беседы и использования стимульного материала к тесту «Ценностные ориентации» Рокича и были получены следующие результаты.

Подростки-девочки в качестве ведущих ценностей рассматривают:

1. Семью, родственников,
2. Дружбу,
3. Любовь,
4. Образование,
5. Здоровье в соответственном порядке.

Подростки-мальчики ставят в приоритетное положение:

1. Независимость,
2. Дружбу,
3. Любовь,
4. Здоровье,
5. Карьеру.

Для сравнения так же было проведено интервьюирование среди представителей юношеского возраста, где сложилась иная картина. Юноши и девушки ставят во главу списка своих ценностей независимо от пола:

1. Образование,
2. Карьеру,
3. Высокий социальный статус.

Но далее приоритеты расходятся – у девушек это: Любовь, Дружба, Собственная семья; а у юношей: Здоровье, Семья и родители, Любовь.

На основе полученных данных, можно судить о том, что в подростковом возрасте ценностным является решение задач взросления, когда как для сравнения в юношеском возрасте становление системы ценностей оказывает влияние образовательный профиль и этап самоопределения. [2]

Подводя итог, необходимо подчеркнуть, что социальная, в том числе и гендерная идентичность играют важнейшую роль в жизни подростка. Несмотря на различия в представлениях разных авторов и в результатах исследований, можно выделить следующие общие черты периода взросления и идентичности: пересмотр ценностных представлений, либерализация ценностных представлений, перенос функции образца с родителей на референтную группу, ассимиляция ценностных представлений соответствующей культурной традиции, принцип взаимности моральных обязательств, отказ от эгоцентризма.

Таким образом, благодаря развитию, саморазвитию и рефлексии личность подростка становится на ступень более развитую – личность взрослого.

Подростковый возраст является кризисным периодом становления личности. Поэтому процесс ее гендерного становления, присвоение и освоение человеком различных социальных и половых ролей необходимо

исследовать подробно, так как данная проблема приобретает статус наиболее общественно-значимой в связи с происходящей перестройкой общественного самосознания и сменой гендерных стереотипов поведения, носят нормативный характер и, следовательно, принимают участие в создании системы социальных отношений, а точнее в конструировании гендерного порядка. В структуре гендера как системы отношений, могут быть выделены такие взаимосвязанные и взаимозависимые подсистемы, как "гендерный контракт"; гендерные представления; гендерная идентичность. Гендерные представления обнаруживают себя в доктринах различного рода: религиозных, правовых, политических, философских. В обыденном же сознании гендерные представления проявляются как гендерные стереотипы. Таким образом, через гендерную идентичность и социальные институты гендерные стереотипы оказывают влияние на продуцирование иерархических отношений в обществе.

В данном исследовании было установлено, что:

- ✓ в период подросткового кризиса уменьшается количество элементов в структуре гендерной идентичности
- ✓ у девочек и мальчиков это происходит в разном возрасте (в связи с онтогенетическими закономерностями развития)
- ✓ выявлены различия в гендерных стереотипах ценностей.
- ✓ у мальчиков неадекватно завышенная самооценка, принадлежащая к гендерному аспекту, у девочек более адекватна.

Литература:

1. Гендерная психология общения / Д. В. Воронцов. – Ростов н/Д: Изд-во ЮФУ, 2008. – 208 с
2. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство отрочество: Учебник для ВУЗов. – 9-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 456 с.
3. Социальная психология. Хрестоматия.- М.: Аспект пресс, 1999.- 474с
4. Экспериментальная психология: Учебник для вузов / В. Н. Дружинин. – 2-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2003. – 319 с: ил.
5. <http://slovari.yandex.ru/~%D0%BA%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B8/%D0%90%D0%B7%D0%B1%D1%83%D0%BA%D0%B0%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B0/%D0%98%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/>

ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

*Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Мансимова О.В., Прокофьева Ю.В.,  
Серикова Л.Н., Зозуля А.Ю.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аффективные нарушения являются одними из наиболее распространенных патологических изменений психической сферы человека. По данным ВОЗ от 2 до 5% населения планеты в разные периоды своей жизни страдают депрессиями и 20-30% среди контингента, наблюдаемого в общей медицинской практике. Каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина хотя бы раз своей жизни заболевает депрессией. Ею страдает 10 % населения в возраст старше 40 лет, из них две трети— женщины. Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще. Еще больше распространены аффективные расстройства в выборочных группах населения, например, среди соматических больных депрессии встречаются в 19-49%. По данным ВОЗ: депрессии к 2015 году выйдут на первое место среди всех болезней человечества, опередив сердечно-сосудистые нарушения и онкологию.

Рост депрессий в современной цивилизации связывают с высоким темпом жизни, повышенным уровнем ее стрессогенности: высокой конкурентностью современного общества, социальной нестабильностью - высоким уровнем миграции, трудными экономическими условиями, неуверенностью в завтрашнем дне. Это заставляет людей тяжело переживать и скрывать свои проблемы и неудачи, лишает их эмоциональной поддержки и обрекает на одиночество.

Итак, каково же определение понятию «депрессия»? Депрессия – это психическое расстройство, главными признаками которого являются стойкое длительное снижение настроения, чувство тоски, ощущение полной бесперспективности. Это состояние может сопровождаться двигательной заторможенностью, иногда возбужденностью, замедлением мышления, тревогой, идеями самообвинения, расстройством сна, нарушением аппетита, снижением либидо.

Причинами депрессии могут являться как биологические, так и социальные факторы. Имеют значение наследственная предрасположенность, особенности воспитания в родительской семье, психотравмирующие стрессовые ситуации, тяжелые соматические болезни, прием наркотиков и алкоголя.

Депрессия может быть результатом побочного действия некоторых лекарств (гормональных препаратов, анальгетиков, химиопрепаратов, гипотензивных, кардиоваскулярных, антимикробных препаратов).

Также депрессия может проявляться как симптом соматических заболеваний (например, болезни Альцгеймера, атеросклероза артерий головного мозга, черепно-мозговой травмы или даже обычного гриппа) — соматогенная депрессия, которые возникают при тяжелых, хронически протекающих соматических заболеваниях. В основе соматогенных депрессий могут лежать неврологические заболевания (инсульт, деменция, эпилепсия, инфекции ЦНС и т.д.), эндокринные заболевания (заболевания надпочечников, гиперальдостеронизм, гипер- или гипопаратиреозидизм), другие соматические заболевания (новообразования, сердечно-легочные заболевания, уремии, авитаминозы).

Выявить депрессию у пациента можно на основе эмоциональных (тоска, отчаяние, раздражительность, чувство вины, снижение интереса к окружающему), физиологических (нарушение сна, изменение аппетита, нарушение функции кишечника), поведенческих (пассивность, избегание контактов, отказ от развлечений, алкоголизация) и мыслительных проявлений (трудности сосредоточения, мрачное видение будущего, мысли о самоубийстве, замедленность мышления).

В 2011 году на базе терапевтического отделения МУЗ ГБ №6 г.Курска было проведено тестирование больных по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии. По данному опроснику было протестировано 75 человек в возрасте от 30 до 85 лет при поступлении и перед выпиской (преобладали больные старше 50 лет). Соматические патологии были представлены больными кардиологического профиля, среди них пациенты с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью - 46,7% и гастроэнтерологического профиля (сахарный диабет, цирроз печени, хронический панкреатит) - 53,3%.

Все больные, согласно назначениям, были разделены на группы:

1 группа (контрольная группа): больные, которые получали традиционное лечение в соответствии с клиническим диагнозом;

2 группа: пациенты, которые получали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина («Золофт», «Стимулотон», «Ципралекс», «Сертралин», «Пароксетин» и другие);

3 группа: пациенты, которые получали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина совместно с антидепрессантами. В качестве антидепрессантов использовали «Ипрониазид», «Имипрамин», «Амитриптилин», «Пиразидол».

Тестирование больных проводилось при поступлении их в стационар, через неделю после поступления и при выписке.

Оценивая полученные результаты, стало известно, что у 21,3% опрошенных больных обнаружена клинически выраженная депрессия, у 25,4% клинически выраженная тревога. Субклинически выраженная тревога выявлена у 18,2% больных, а субклинически выраженная депрессия у 22,1% протестированных больных, причем женщины гораздо чаще страдают депрессиями, чем мужчины.

На фоне проводимой терапии в группе больных, которые получали традиционное лечение, уровень тревоги снизился на 2%, уровень депрессии на 0,7%. Пациенты отмечали незначительное улучшение состояния.

У больных, получавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, уже на 5-6 день терапии значительно улучшилось состояние. Пациенты отмечали повышение настроения, нормализацию сна. Значительно уменьшилась раздражительность, слезливость. Больные отмечали, что они меньше стали волноваться по пустякам, уменьшились симптомы соматической тревоги: исчезло чувство тяжести, давления в грудной клетке, нарушения ритма сердца. Уровень депрессии снизился на 2,5%, тревога на 5,3%.



У больных, получавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина совместно с антидепрессантами, уровень клинически выраженной депрессии снизился на 4,1%, тревога на 7,6%. Наблюдалось значительное улучшение состояния.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1) традиционная фармакотерапия основного заболевания лишь в незначительной степени снижает выраженность тревоги и депрессии

2) совместное применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и антидепрессантов более эффективно, чем раздельное использование препаратов;

3) снижение уровня тревоги происходило через 7 дней вполнину, а уровень депрессии снизился лишь незначительно, что, видимо, связано с краткосрочностью исследования (из-за кратковременности пребывания больных в стационаре) и длительности накопления эффекта от селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (через 3-4 недели).

Лучше поддавались лечению пациенты, которые не лечились ранее, строго выполнявшие рекомендации врача и раскрывавшие свои переживания психотерапевту.

Литература:

1. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М., 2003.
2. Тиганов А.С. Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. С. 12-26.
3. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журнал неврология и психиатрия, – 1999, №1 – С. 8 – 10.
4. Фридман А.М. Психотерапия депрессий // Журн. невропатологии и психиатр. – 1990, №12, С.85-87.
5. Холл Д. Ландшафт депрессии. – М.: Алетейя, 1999 – 280 с.

## ГЕНОТИП-СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ СКЛОННОСТИ К АДДИКЦИИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Коростелёва О.Е.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Распространение различных видов зависимого поведения (наркомания, алкоголизм, токсикомания, игромания, интернет зависимость и др.) представляет собой серьезную угрозу для современного общества и требует объединения усилий специалистов различного профиля. Глубокое понимание причин, механизмов и факторов возникновения зависимости подразумевает обращение внимания как на личностные особенности аддиктов, так и на внешние, в частности на социально- психологические условия развития склонности к аддиктивному поведению. Последний аспект подразумевает серьезное исследование ближайшего окружения зависимых лиц, при этом в первую очередь речь идет о семье. Большинство отклонений в поведении

зависимых лиц имеет единую основу — неправильную систему семейного воспитания, что обуславливает личностную незрелость, социальную дезадаптированность ребенка, большое количество внутриличностных проблем и ограниченный набор способов их разрешения. Для такой личности аддиктивная активность выступает одним из наиболее легких и притягательных путей развития.[3]

Более того, именно наркотическая зависимость (в сравнении с алкогольной, токсикоманической и т. д.) рассматривается учеными как семейный аддиктивный паттерн, т. е. феномен, развивающийся именно в семье и являющийся типичным для всей семейной ситуации. [5] Иными словами, сама семейная атмосфера потенциального и реального наркома на является аддиктогенной, в такой семье и другие ее члены обнаруживают личностные изменения, связанные со склонностью к зависимости. Так, исследования семей, в которых у одного из членов выявлялась наркозависимость, показали, что аддиктивные формы поведения присущи не только наркоману, но и одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у родственника наркомана проявлялось в виде: трудоголизма (38,7 % случаев), сверхценных увлечений, в частности, «паранойи здоровья» (22,6 % случаев), алкогольной зависимости (16,1 % случаев), гемблинга (зависимости от азартных игр) (12,9 % случаев), религиозного фанатизма (9,7 % случаев) [4].

Семья — один из важнейших элементов социальной среды, в которой формируется и развивается личность. Каждый из членов семьи, система отношений между ними, общая семейная атмосфера непосредственно и косвенно оказывают влияние на процесс становления личности, участвуют в трансформации ее отношений к себе, к людям, к окружающему миру. Нарушения внутрисемейных отношений создают неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, что может стать источником возникновения личностных нарушений и поведенческих расстройств (в том числе, разных видов зависимого поведения)[3].

Аддитивное поведение — это вид отклоняющего поведения, характеризующийся формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего сознания посредством приема психоактивных веществ или повышенным вниманием к какой либо деятельности. (Ц.П. Короленко)[2].

Существует психическая и физиологическая зависимость.

*Психическая зависимость* — патологическое стремление к опьянению, преследующее цель устранить чувство дискомфорта (достичь реакции, устранить тревогу, неуверенность, повысить активность, обострить воображение, общение).

Чаще всего психическая зависимость проявляется:

- у незрелой личности (склонность искать защиту, поддержку, не способный принимать самостоятельно обдуманые и рациональные решения, имеющего повышенную внушаемость).

- при наличии конституциональных, органических особенностей личности (черепно-родовая травма, акцентуация характера)
- при специфическом характере выполняемой деятельности (нервные перегрузки, неудовлетворенность личной жизнью).

*Физиологическая зависимость* – это, когда вещество необходимо для поддержания субъективного функционирования организма.

Виды аддиктивного поведения:

1. химическая аддикция (алкоголизм, наркомания, токсикомания, табакокурение);
2. физическая аддикция (геймбллинг, компьютерная зависимость, трудоголизм).[4]

Таким образом, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску эмоциональных запредельных переживаний даже ценой серьезного риска для жизни и неспособность быть ответственным за свои поступки.[2]

Генотип-средовые факторы – влияние среды и наследственности на формирование личности [1].

Различают:

1. пассивное, которое не предполагает целенаправленных действий со стороны индивида (ребенок эмоционально нестабильных родителей получает и гены, и семейную среду, способствующие развитию у него нейротизма).
2. реактивное – имеющая место в том случае, когда среда «подстраивается» под генотип (часто плачущий ребенок получает положительное подкрепление игрушками, сладостями - то такая форма поведения закрепляется).
3. активное – которое выражается в целенаправленных действиях индивида, связанных с поиском или созданием среды, способствующей реализации генотипа в фенотип.

Средовые факторы проявляются на:

- макросоциальном уровне – культурные, религиозные особенности;
- мезосоциальном уровне – принятые нормы в том или ином социальном слое, место работы;
- микросоциальном уровне – семья и межличностные отношения.

Генотипические факторы влияют на нейробиологическую организацию (гормональный фон), физиологическую (уровень обмена веществ), конституциональный, геном, предрасположенность реагировать на стрессовые ситуации, акцентуации характера.

Л.С.Выготский поддерживал единство наследственных и социальных моментов в процессе развития. Наследственность присутствует в развитии всех психических функций ребенка, но имеет как бы разный удельный вес. Элементарные функции больше обусловлены наследственно, чем высшие (произвольные) – они являются продуктом культурно-исторического

развития человека и наследственные задатки играют роль предпосылок. Чем сложнее функции, тем длиннее путь ее онтогенетического развития. Каждый признак, развиваясь, приобретает что-то новое, чего не было в наследственных задатках, поэтому удельный вес наследственных влияний то усиливается, то ослабляется. Не просто механическое сложение двух факторов.

А.В. Петровский. Среда и наследственность не должны рассматриваться как две силы, действующие на личность независимо друг от друга. Наследственно обусловленные задатки человека непрерывно изменяются и преобразуются в процессе социального развития. Но и приобретенные качества строятся на известной биологической основе, без которой немислимо было бы развитие. Биологическое в его первоначальном чистом виде перестает существовать, оно подчинено социальному и выделить его в чистом виде не представляет возможности. Точно так же влияние среды не является простыми, механическими напластованиями. Среда направляет развитие, но одна и та же среда влияет по разному, в зависимости от того, как ребенок ее воспринимает, осознает, как он научился действовать в этой среде[6].

Было проведено много исследований, предполагающих разрешить вопрос – что больше влияет – наследственность или среда. В отношении алкоголизма встречается довольно большое разнообразие мнений. В одних работах сообщается о высоких значениях коэффициента наследуемости, в других же утверждается обратное.

Исследования на приемных сыновьях все-таки чаще показывают значительную корреляцию с биологическими родителями в развитии алкоголизма у воспитателей частота заболевания приемных детей, чьи биологические родители больны алкоголизмом, остается постоянной. Значения для этих двух групп составили 12,5 и 13,5%. Таким образом, получается, что в данном исследовании семейные влияния не играли значимой роли! Если алкоголизмом болен один из биологических родителей, то заболеваемость среди приемных детей варьируется в пределах 18-25% для сыновей и 2-10% для дочерей. Другой пример приводится в работе, где было замечено, что наследуемость потребления алкоголя у замужних женщин значительно ниже, чем у незамужних (характерно для всех возрастов). Аналогичным образом влияет на женщин и религиозное воспитание. В этих примерах средовые влияния не дают проявиться генетически обусловленным факторам риска[1].

Можно сделать вывод, что на аддиктивное поведение влияют средовые факторы, такие как семейная система, межличностные отношения, религиозное вероисповедание, семейный и социальный статус, и генотипические – предрасположенность к аддиктивному поведению.

Литература:

1. Александров А.А. Психогенетика: учебное пособие. – СПб.: Питер, 2004. – 192 с.

2. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.; Екатеринбург, 2000.
3. Макушина О.П. Склонность к различным аддикциям в современной семье // Психологический журнал. – №4. – 2011.
4. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. – СПб., 2005.
5. Менделевич В. Д., Макушина О. П. Специфика взаимосвязей наркотической и алкогольной зависимостей подростков с характером их отношений с родителями // Наркомания и общество: пути решения проблемы: Материалы научно-практической конференции. – Казань, 2003.
6. Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. – М., 1982.

ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ  
ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ С УЧЕТОМ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНО - ДОЛЖНОСТНОГО СТАТУСА

*Кузнецова А.А.*

Юго- западного государственного университета, г. Курск, Россия

Переход современной школы на личностно-ориентированные модели образования обуславливает повышение требований со стороны общества к личности учителя, его роли в учебном процессе. В практике образовательных учреждений возникает проблема профессиональной деформации как отражения личностных противоречий между требуемой от преподавателя мобилизацией и наличием внутренних энергоресурсов, вызывающих достаточно устойчивые отрицательные психические и психологические состояния, проявляющиеся в перенапряжении и переутомлении, что приводит к формированию состояния выгорания в профессиональной деятельности, возникновению невротических расстройств, психосоматических заболеваний.

В настоящее время исследование феномена выгорания приобрело широкомасштабный характер, круг проблем можно дифференцировать по сферам профессиональной деятельности: педагогическая (А.Н. Густелева (2009), А.А. Рукавишников(2003), М.А. Воробьева (2008), М.В. Борисова (2003), А.Н. Коновальчук (2009)); социальная (С.В. Умняшкина (2001), О.В. Полунина (2009), О.Н. Доценко (2008)); медицинская (Е.А. Сосульникова (2011), Л.В. Золотухина (2011)); управленческая (Р.М. Айсина (2007), Н.С. Савина (2009), Ю.И. Виданова (2008)); спортивная (Е.И. Гринь (2008), А.В. Мищенко (2011)); деятельность правоохранительных и пенитенциарных органов (О.В. Крапивина (2011), О.В. Ильиных (2010)); воинская служб (А.В. Сечко (2006)); по методам и формам профилактики и преодоления (М.А. Воробьева (2008), О.И. Бабич (2007), О.А. Папанова (2008), О.И. Гнездилова (2005), В.Н. Волобаев (2009), Е.Г. Таткина (2010), А.Ю. Василенко (2008), Т.И. Солодкова (2011)) [1; 3; 6; 7; 8].

Целью работы является изучение параметров саморегуляции (планирование целей; моделирование; программирование; контроль,

оценивание и коррекция своей активности) и рефлексивных механизмов регуляции состояния выгорания у преподавателей высшей школы.

Эмпирическое исследование проводилось на базах ВУЗов г. Курска в 2010–2012 г.г. В выборку вошло 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).

Исследование осуществлялось с использованием следующих групп методов: организационные (метод поперечных срезов); эмпирические методы (беседа, наблюдение, психодиагностические методы (психодиагностические методики: методика диагностики эмоционального выгорания А.А. Рукавишникова; методика исследования стиля саморегуляции поведения Моросановой; тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева); методы количественной и качественной обработки данных. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA 6.0.

Саморегуляция функционального состояния в условиях профессиональной деятельности представляет собой вид активности субъекта деятельности, которая включает в себя такие блоки психологической системы деятельности, как мотивы, цели, процессы принятия решения, функционирование которой определяют установленные в исследовании факторы: психологические особенности условий и организации деятельности, индивидуальные способы и стратегии регуляции измененных состояний. Психологическая система деятельности по саморегуляции функциональных состояний характеризуется специфичностью ее предмета (собственное состояние субъекта), целей (сохранение наличного состояния или преобразование его в потребное) и психофизиологическим содержанием средств саморегуляции (переживания, психические образы, самовнушение, мышечные и дыхательные самовоздействия, волевые усилия и эмоциональные средства саморегуляции и т. д.) [2].

В соответствии с целью проводимого исследования был осуществлен анализ параметров системы саморегуляции (планирование целей; моделирование; программирование; контроль, оценивание и коррекция своей активности) состояния выгорания у преподавателей высшей школы.

Системы психической саморегуляции имеют универсальную структуру для разных видов активности человека (в том числе профессиональной деятельности), и в этой структуре можно выделить основные компоненты, реализующие различные функции в осознанном произвольном управлении (В.И. Моросанова, 2004) [5].

Система саморегуляции поведения личности включает в себя следующие компоненты: планирование целей; моделирование; программирование; контроль, оценивание и коррекция своей активности.

Целеполагание является для саморегуляции системообразующим компонентом и характеризует индивидуальные особенности выдвижения и

удержания целей, сформированность у человека осознанного планирования деятельности. Моделирование представляет собой процесс анализа внешних и внутренних условий деятельности и выделения комплекса условий, значимых для достижения цели. В функции программирования входит антиципация компонентного состава предстоящих действий, способов, которыми они будут осуществляться, и собственно последовательности осуществления планируемых действий. Устойчивые индивидуальные особенности программирования во многом будут определяться мерой детализации исполнительских действий, степенью соотнесенности программы с объективными и субъективными предпосылками и условиями успешного осуществления деятельности. Регуляторные процессы контроля, оценивания и коррекции своей активности пронизывают весь процесс саморегуляции, так как на каждой стадии достижения цели происходит контроль актуального состояния системы и результатов действий путем их сличения с прогнозируемыми параметрами, оценка рассогласования и принятие решения о коррекции исполнительских (управляющих) действий или о переходе к следующей стадии реализации деятельности.

В результате исследования системы саморегуляции поведения у преподавателей высшей школы выявлен низкий общий уровень саморегуляции ( $X=19,53\pm 5,15$ ).

Система саморегуляции поведения личности преподавателей высшей школы характеризуется средним уровнем выраженности планирования, программирования, гибкости, оценивания результатов достижения цели и самостоятельности при низких показателях уровня выраженности моделирования условий достижения цели.

На основании полученных общестатистических данных был построен усредненный профиль, характеризующий систему саморегуляции личности у преподавателей высшей школы. Описание полученных усредненных профилей осуществлялось по следующим критериям: общий уровень саморегуляции (низкий, средний, высокий); гармоничность или акцентуированность профиля; идентификация с одним из типичных профилей. Полученный усредненный профиль является сглаженным, соответствунт Типичному профилю № 7, выделенных В.И. Моросановой (2004) [5]. У преподавателей высшей школы выявленный профиль характеризуется средним развитием программирования действий и средним уровнем планирования целей при относительно низком уровне моделирования условий достижения цели и среднем уровне по шкале оценивания результатов; при низких показателях общего уровня саморегуляции характеризуются упорством в достижении целей. Им свойственна чрезмерная детализация программы действий, повышенная аккуратность, хотя не все значимые условия ситуации попадают в сферу внимания, что в некоторой степени может нарушать адекватность действий. Средний уровень гибкости проявляется в затруднении при усвоении новых идей.

В качестве компенсаторных механизмов повышения общего уровня саморегуляции поведения у преподавателей высшей школы следует рассматривать развитие звеньев планирования и программирования.

При исследовании значимости различий уровня выраженности параметров саморегуляции поведения преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностной дифференциации выявлен по шкале моделирования: уровень моделирования условий достижения цели у преподавателей и доцентов значимо выше по сравнению со старшими преподавателями и профессорами (Рис. 1).

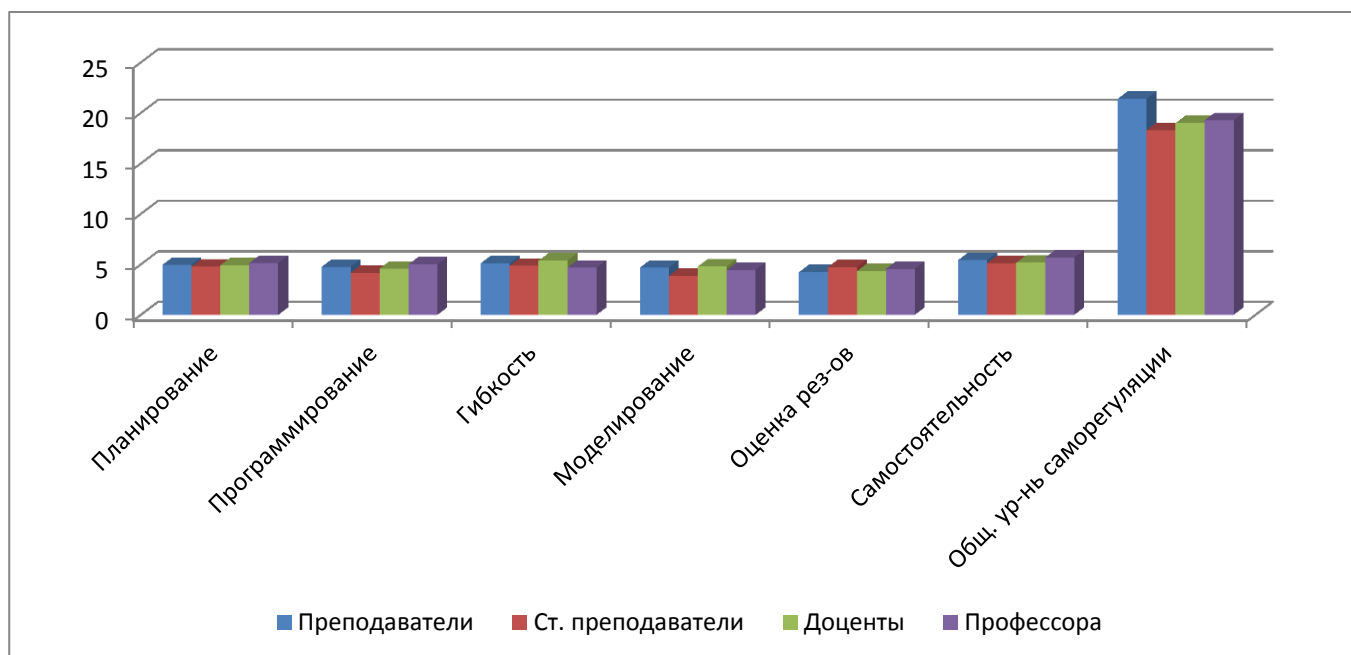


Рис. 1. Гистограмма средних значений параметров системы саморегуляции поведения преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса

Общий уровень саморегуляции поведения преподавателей высшей школы в должности преподавателей значимо выше по сравнению со старшими преподавателями, доцентами и профессорами.

Таким образом, саморегуляция является базовым регулятором профессиональной деятельности со стороны ее организации и проектирования.

В результате исследования системы взаимосвязей структурных компонентов состояния выгорания [4] с параметрами саморегуляции у преподавателей, старших преподавателей, доцентов и профессоров статистически значимые взаимосвязи не выявлены.

Таким образом, состояние психического выгорания при высокой степени выраженности не достаточно регулируется.

Выявленные «тревожные» тенденции свидетельствуют о необходимости организация работы по сохранению психического здоровья преподавателей высшей школы. Решение данной проблемы является одной из наиболее актуальных задач современной системы образования, а проблема



эмоциональной саморегуляции – одной из важнейших психолого-педагогических проблем, актуальных для личностного и профессионального развития современного преподавателя.

Литература:

1. Волканевский, С.В. Рефлексивность как детерминанта синдрома психического выгорания личности: Дисс. ... канд. психол. наук / С.В. Волканевский. - Ярославль, 2010.- 193 с.
2. Дикая Л.Г. Регулирующая роль образа функционального состояния в экстремальных условиях деятельности.//Психол. журн. Т., № 1, 1991, С. 55-65
3. Крапивина, О.В. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации у пенитенциарных служащих: Дисс. ... канд. психол. наук / О.В. Крапивина. – Тамбов, 2004. – 200 с.
4. Кузнецова А.А. Особенности состояния выгорания с учетом специфики педагогической деятельности.// Актуальные вопросы психологии: Материалы Международной научно-практической конференции. 16 июля 2012 г. : Сборник научных трудов.– Краснодар, 2012. С. 87-89.
5. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССМП): Руководство. – М.: Когито-Центр, 2004. – 44 с. (Психологический инструментарий)
6. Орел, В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Дисс. ... д-ра психол. наук / В.Е. Орел. – Ярославль, 2005.- 449 с.
7. Солодкова, Т.И. Эмоциональный интеллект как личностный ресурс преодоления синдрома выгорания и его развитие у педагогов: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук /Т.И. Солодкова. - Иркутск, 2011.- 23 с
8. Ушакова, Т.А. Социально-психологические и индивидуально-личностные детерминанты состояния выгорания специалистов социальной работы: Дисс. ... канд. психол. наук / Т.А. Ушакова. – Курск, 2009.- 197 с.

## УСТАНОВОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ ФРУСТРИРУЮЩИХ РЕАКЦИЙ ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Купреева К.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Наблюдается тенденция повышения распространенности зависимости. Появились значительные изменения и дифференциация типологий зависимости по объекту (алкогольная зависимость, лекарственная аддикция, пищевая зависимость, азарт и игровая зависимость (игромания, гэмблинг) и т.д.). Зависимостями занимались П.Майер, Д. Хокинс, 2011г., Фланаган Р., Ивес Р., 1994г., Милославский И.2009г., Машковский М. Д. 2005 г., Ц. П. Короленко и Т. А. Донских 1990 г. и т.д.

При этом следует отметить, что алкогольная зависимость также характеризуется интенсивной динамикой своего развития: снижением уровня манифестации и более интенсивным развитием патологических влечений.

Если раньше алкогольную зависимость можно было наблюдать у людей в возрасте 35-50 лет, то сейчас зависимость прослеживается в возрасте 18-20 лет.

Сложность и неоднозначность феномена зависимости подтверждается отсутствием единого мнения об особенностях поведения, генеза, факторов и механизмов его возникновения.

Кондратьев М.Ю. и Ильин В.А. рассматривают зависимость как неадекватно высокую восприимчивость к тому или иному внешнему воздействию, как правило, в связи с личностной неспособностью отказаться от влияния как результата подобного воздействия. [1]

М. Кордуэлл описывает зависимость как разновидность расстройства личности, когда человек настолько опирается на других людей, что не может принять даже простейшего самостоятельного решения. [2]

С позиции Р.Комера зависимость рассматривается в виде физической зависимости от определенного вещества, для которой характерны симптомы привыкания или отвыкания во время воздержания или и то и другое. [3]

В рамках данного исследования алкогольную зависимость мы будем рассматривать как психическое состояние.

Поэтому алкогольная зависимость является хроническим психическим заболеванием, вызванное злоупотреблением спиртными напитками, которое характеризуется патологическим влечением к алкоголю и связанными с ним физическими и психическими последствиями алкогольной интоксикации нарастающей тяжести. [6] .

Длительное употребление алкоголя вызывает значительные изменения психических процессов: эмоциональная пассивность; вытеснение обычных стремлений и потребностей тягой к алкоголю; тревога и депрессия, раздражительность; вспышки злобы и агрессии; сужается круг интересов, пассивность; повышается утомляемость.

У человека, находящегося в алкогольной зависимости, сформирована патологическая установка, возникающая при предвосхищении определенного объекта (в данном случае алкоголь) на основе прошлого опыта. И каждый раз перед принятием алкоголя, установка у индивида актуализируется и поддерживается.

Установка, согласно определению Д.Узнадзе, определяется как готовность, предрасположенность субъекта, возникающая при предвосхищении им появления определенного объекта и обеспечивающая устойчивый целенаправленный характер протекания деятельности по отношению к данному объекту. [4]

Состояние алкогольной зависимости характеризуется наличием навязчивых патологических потребностей, которые формируются при отсутствии возможности получить объект ее удовлетворения, а именно алкоголь. Это приводит к возникновению состояния фрустрации.

Фрустрация - психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей. [5]

Целью данного исследования является прослеживание взаимосвязи между установочными реакциями и состоянием фрустрации при состоянии алкогольной зависимости.

Объектом данного исследования являются установочные реакции и состояние фрустрации при состоянии алкогольной зависимости.

Предметом является взаимосвязь установочных реакций и состояния фрустрации при состоянии алкогольной зависимости.

Исследование проводилось с помощью следующих психодиагностических методик таких, как методика фрустрационной толерантности Розенцвейга. (в адаптации Л.С. Собчик) и метод ассоциативного эксперимента (в адаптации Никишиной В.Б.). Количественная и качественная обработка осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ Statistic 6.0.

В исследовании приняли участие 20 мужчин в возрасте 22 - 61 года с состоянием алкогольной зависимости. Исследование проводилось на базе областной наркологической больницы г. Курска.

В результате исследования содержания установочных реакций с помощью методики ассоциативного эксперимента выявлено преобладание классификационных ( $x=8,5+-5,04$ ) ассоциаций, ассоциаций по смежности ( $x=7,95+-4,8$ ), детерминационных ( $x=7,5+-4,7$ ) и многозначных ассоциаций ( $x=5,5+-1,7$ ).

Классификационные ассоциации при алкогольной зависимости характеризуются тем, что имеют в своем содержании как минимум один большой признак пары слов, включающие ассоциативные пары, соотносимые с членами различных лексико-семантических, тематических и т. п. полей и групп (например: дерево-береза). Ассоциации по смежности при алкогольной зависимости характеризуются тем, что ассоциативные пары слов, не имеют общих существенных признаков в своем содержании (например: иголка-нитка). Детерминационные ассоциации при алкогольной зависимости включают в себя пары таких слов, в которых содержание одного члена (значение процессуального или не процессуального признака) входит в содержание второго в качестве одного из признаков этого содержания (например: дерево-крона). Многозначные (омонимичные) ассоциации при алкогольной зависимости включают в себя значения, которые не могут быть выявлены вне условия контекста; понимания этих слов самих больных (например: хмель-пиво).

При исследовании фрустрационной толерантности было выявлено, что часто встречаемой по типу реакций у испытуемых является реакция препятственно-доминантная ( $x=10,8+-2,7$ ) «с фиксацией на препятствии». Это означает, что препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные. Наиболее частой реакцией оп направленности является импунитивная реакция ( $x=10,3+-3,04$ ). Это означает, что фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто

незначительное или неизбежное, преодолимое «со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует».

В результате исследования выявилась тенденция взаимосвязи между содержанием психологических установок и фрустрирующими реакциями. Содержание установок отражает характеристики объекта зависимости. Основным фрустрирующим фактором является труднодоступность объекта зависимости, что подтверждает преобладание импунитивных реакций с фиксацией на препятствия.

Литература:

1. Кондратьев М. Ю., Ильин В. А. Азбука социального психолога-практика. — М.: ПЕР СЭ, 2007. — 464 с.
2. Кордуэлл М. психология от А до Я: Словарь-справочник, 2000 г.
3. Комер Р. Общая психология: глоссарий.
4. Левитов. Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний.
5. Узнадзе. Д.Н. Общее учение об установке
6. [http://www.jansencilag.ru/disease/detail.jhtml?itemname=alcoholism\\_about](http://www.jansencilag.ru/disease/detail.jhtml?itemname=alcoholism_about)

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

*Курышева О.В., Медведева Л.М.*

Волгоградский государственный университет, г. Волгоград, Россия  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия

В современной науке проблематика здоровья приобретает все большую широту и многоплановость. Одной из проблем, обсуждаемых в рамках социального подхода, является субъективная сторона болезни. Под ней понимается компонент самосознания, характеризующий представление человека о своем физическом состоянии, а также связанные с этим переживания [10].

Любое заболевание не только влияет на физиологические процессы, но и ведет к появлению такого «психологического новообразования», как отношение к болезни, которое в той или иной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного. Поэтому знание закономерностей его формирования и функционирования, учет данных закономерностей в практической работе с больным являются важнейшими условиями эффективности работы и для врача, и для психолога.

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Для описания субъективной стороны заболевания используются такие понятия, как «аутопластическая картина болезни»,

«переживание болезни», «отношение к болезни» «сознание болезни» и другие. Наиболее разработанным в этом ряду является понятие «внутренняя картина болезни».

Понятие «внутренняя картина болезни» появилось достаточно давно. До сих пор одним из лучших остается определение этого понятия, данное Р.А. Лурия: «Внутренней картиной болезни называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений. Не только местных, болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» [4;С. 38].

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни. С одной стороны, телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями. Другая сторона характеризуется тем, что болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе. Эти и некоторые другие обстоятельства налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию. В связи с этим можно говорить о представленности в сознании пациента «объективных» - биологических, медицинских - характеристик болезни, а также ее психологических и социальных следствий, которые проявляются в мыслях и переживаниях больного.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и соматики большую роль играют так называемые механизмы «замкнутого круга». Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (семе), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по «замкнутому кругу» разворачивается целостная картина болезни. Особенно велика роль «замкнутого круга» в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В структуре внутренней картины болезни выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней). Базовому – биологическому уровню – соответствует болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень). К нему относятся такие характеристики, как локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п. Психологический уровень включает в себя три основные стороны внутренней картины болезни. Во-первых, это эмоциональная сторона болезни, которая связана с

различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия. Во-вторых, к этому уровню относится интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень). Она характеризуется представлениями и знаниями, которые есть у больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях. В-третьих, психологический уровень характеризует волевая сторона болезни (мотивационный уровень). К ней относятся отношение больного к своему заболеванию, необходимость изменения поведения и привычного образа жизни, актуализация мотивов и действий по возвращению и сохранению здоровья [9].

Существует ряд исследований, обнаруживающих характерные особенности переживания больным своего состояния. Так, в основе концепции В.Д. Менделевича находится представление о том, что тип реагирования на определенное заболевание определяется двумя характеристиками: объективной тяжестью болезни и субъективной тяжестью болезни (собственной оценкой больным его состояния) [5].

Таким образом, внутренняя картина болезни отражает субъективное восприятие и переживание человеком заболевания. Специфика внутренней картины болезни зависит от социальных и индивидуально-психологических факторов. Одним из таких факторов является возраст. Для каждой возрастной группы существуют свои объективные закономерности характера и частоты заболеваемости, а также особенности внутренней картины болезни.

Особую актуальность эти проблемы получают в пожилом возрасте, который традиционно характеризуется процессами старения. Одним из главных показателей процесса старения является физиологическое ослабление организма и, как следствие, ухудшение здоровья. Проявления физического упадка находят свое выражение в ограничении круга интересов, пассивности, психической вялости и других психосоциальных характеристиках.

Особенностью заболеваемости населения старшего возраста является ее множественность, сочетанность. По результатам комплексных медицинских осмотров, проведенных в различных регионах страны, установлено, что в среднем на одного больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 1,7 до 3,6 заболеваний, а для лиц 70 лет и старше – 5-7 заболеваний [3].

С возрастом происходит как бы «наслаивание» одного заболевания на другое, наблюдается взаимоотношение их воздействия, протекающее на фоне снижающихся компенсаторных возможностей организма. В возрасте 60 лет и старше наиболее распространенным видом патологии являются болезни системы кровообращения. Следующие ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, новообразования. На эти шесть классов болезней приходится около 90 % всех заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста [7]. В соответствии с объективными

показателями здоровья пожилых людей их внутренняя картина болезни также имеет ряд особенностей.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти, потере трудо- и работоспособности. Поэтому люди пожилого возраста психологически тяжелее реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Первое место среди таких заболеваний занимают онкологические болезни. Внутренняя картина болезни таких пациентов характеризуется повышенным уровнем переживания болезненных симптомов, затрудненной адаптацией к новой ситуации, низкой мотивацией к выздоровлению.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на более длительное время ухудшают общее самочувствие больных. Пожилые люди часто неадекватно реагируют на заболевание. У них часто возникают тревоги и страхи, повышена чувствительность, снижена реактивность, падает выносливость к стрессовым ситуациям. Заболевание чаще недооценивается, но нередко бывает его патологическая переоценка. Кроме этого, особенность пожилых больных в том, что они глубоко и на более длительный срок «уходят в болезнь». Такой «уход в болезнь» часто является адаптивной реакцией, так как обеспечивает человеку внимание, помощь и поддержку со стороны других людей [10].

При изучении субъективной оценки собственного состояния здоровья пожилых выявлена четко выраженная закономерность: с увеличением возраста уменьшается удельный вес позитивных и увеличивается доля негативных оценок своего здоровья. Доля лиц, считающих свое здоровье удовлетворительным, составляет в возрастной группе старше 60 лет от 50 до 60 %, хорошие самооценки встречаются лишь в 2-3% случаев [3]. Следует отметить, что мужчины и женщины пожилого возраста оценивают свое здоровье неодинаково. Пессимистическая оценка в большей степени присуща мужчинам, и с возрастом расхождения в оценках становятся более существенными.

У пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения [8]. Отношение таких больных к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой. Об абсолютно адекватном отношении пожилых и престарелых пациентов к своему заболеванию можно говорить лишь в 8-17% случаев. Субъективная недооценка своего недуга отмечена в 8% случаев [2].

Анализируя эти особенности, необходимо исходить из изменений психологической структуры личности при физиологическом старении. Оно характеризуется падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности. Появляющиеся соматические расстройства, неприятные ощущения в теле отвлекают от внешнего мира, усиливают интровертированность. Все это зачастую делает старого человека более тревожным и ипохондричным. Тревоги, опасения, страхи отчасти объясняются реальными биологическими и социальными причинами. Повышается чувствительность к различным стресс-факторам:

так, даже незначительные физические и психические раздражители могут в пожилом возрасте привести к возникновению или прогрессированию различных не только психических, но и соматических заболеваний [9].

Мощным психологически значимым фактором в формировании отношения пожилого человека к своему соматическому страданию является его социальный статус и профессия, уровень жизни и притязаний до выхода на пенсию. Известно, что люди, продолжающие активно трудиться либо имеющие достаточно высокий интеллектуальный потенциал, менее склонны к патологическому реагированию на свою соматическую болезнь. Наоборот, лица низкого социального статуса, имеющие минимальное образование, порой нуждаются лишь в общих объяснениях или, иногда, приказаниях «значит, надо»[6].

Таким образом, внутренняя картина болезни у пожилых людей имеет выраженные особенности. Для людей пожилого возраста характерны часто возникающие тревоги, опасения, страхи по поводу состояния своего здоровья. Оценка состояния здоровья приобретает негативный характер: с увеличением возраста уменьшается удельный вес позитивных и увеличивается доля негативных оценок своего здоровья. Наблюдается явная переоценка тяжести своего состояния и перспектив развития заболевания. Перечисленные факторы необходимо учитывать в практической работе с контингентом пожилых пациентов.

#### Литература:

1. Александрова, М.Д. Отечественные исследования социальных аспектов старения. // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: Академия, 2003. – С. 93-99.
2. Бурцев, Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия / Е.М. Бурцев // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1998. - №1. - С. 45 - 48.;
3. Веселкова, И.Н. Проблемы здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей / И.Н. Веселкова, Е.В. Землянова // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 1. — С. 76-88.
4. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М: Наука, 1977. – 366 с.
5. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 588 с.
6. Мякотных, В.С. Нейрососудистая гериатрия / В.С. Мякотных, А.С. Стариков, В.И. Хлызов. - Екатеринбург: УИФ «Наука», 1996 - 320 с
7. Сергеев, И.И. Психогенное патологическое развитие личности в позднем возрасте / И.И. Сергеев // Журнал невропатологии и психиатрии - 1986. - № 11. - С. 1655 – 1659
8. Шахматов, Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н.Ф. Шахматов. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.



9. Gubrium, J., Holstein, J. Aging and everyday life / J. Gubrium, J. Holstein. - Malden, Mass : Blackwell Pub, 2000.- 483 p.

10. Victor, C. Old age in modern society: a textbook of social gerontology / C. Victor.- London; Wolfeboro, N.H.: Croom Helm, 1987.- 338 p.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

*Курьшева О.В.*

Волгоградский государственный университет, г. Волгоград, Россия

В настоящее время все больший интерес вызывают проблемы, связанные с социальными и психологическими аспектами здоровья. Одной из них является отношение к собственному здоровью. По мнению Г.С. Никифорова, отношение к здоровью - это система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния[3].

В структуре отношения к здоровью выделяются такие компоненты, как когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-мотивационный. Когнитивный компонент включает знания и социальные представления о здоровье и болезни, здоровом образе жизни и его влиянии на жизнедеятельность человека. Эмоциональный компонент содержит чувства, эмоции, особенности переживания человеком состояния здоровья, ситуаций заболевания и реакций на возможную потерю здоровья. Поведенческий компонент отражает степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, возможности адаптации человека к изменяющимся условиям среды и ситуациям, связанным с изменением состояния здоровья. Ценностно-мотивационный компонент характеризуется значимостью здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степенью сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья[1;3].

В разные возрастные периоды отношение к здоровью имеет разное значение. В подростковом и юношеском возрасте проблема здоровья не является актуальной, здоровье воспринимается как естественная данность, как то, что будет всегда. Становясь старше, человек все чаще сталкивается с ситуациями болезни и все больше обращает внимание на состояние своего здоровья. В средней зрелости здоровье осознается личностью как один из необходимых источников развития, построения карьеры и обеспечения семьи. Постепенно здоровье из средства, обслуживающего материальные и другие потребности, превращается в самостоятельную ценность.

Особенно актуальными проблемы здоровья становятся в пожилом возрасте. В биологическом плане этот период характеризуется процессами старения, течение которых связано с регрессивными инволюционными механизмами, что неизбежно приводит к ухудшению здоровья. Однако

отношение человека к этим процессам оказывает существенное влияние на психологическое состояние, позволяя по-разному выстраивать собственную жизнь. В связи с этим интерес вызывает поиск факторов, влияющих на специфику отношения к здоровью в пожилом возрасте.

Одним из таких факторов отношение пожилых людей к актуальному возрастному этапу. Можно предположить, что отношение к собственному здоровью будет различным в зависимости от субъективных аспектов восприятия собственного возраста. Для решения этой задачи целесообразно использовать термин «субъективный возраст». Данный термин в большей степени характерен для зарубежной психологии развития (subjective age). В отечественных исследованиях наиболее близким по значению представляется понятие «психологический», или «внутренний» возраст. В качестве определения можно привести следующий вариант: «в отличие от хронологического, субъективный возраст – многомерная конструкция, которая указывает, на какой возраст человек себя чувствует и к какой группе он себя относит»[5; С. 75.].

Исследования, посвященные субъективному возрасту, как правило, выполнены в рамках бихевиористической традиции и основаны на измерении соотношения хронологического (actual) и субъективного (subjective) возраста [4;5].

В контексте заявленной проблемы интересно установить, связан ли субъективный возраст пожилых людей с показателями отношения к здоровью. Для решения этого вопроса проведено количественное исследование взаимосвязи субъективного возраста и отношения к здоровью пожилых людей. Для диагностики отношения к здоровью использовались опросник «Отношение к здоровью» Р. А. Березовской. В соответствии с ключом результаты распределены по четырем основным шкалам: когнитивной, эмоциональной, поведенческой, ценностно-мотивационной.

Для измерения показателей субъективного возраста разработана шкала оценки отношения к возрасту: респондентам предлагалось отметить, на какой возраст они себя чувствуют относительно своего реального хронологического возраста (старше, так же или младше). Дополнительно измерялась степень удовлетворения актуальным возрастом. Результаты были представлены как в виде метрической, так и в номинативной переменных.

Выборку респондентов составили люди в возрасте 62-75 лет в количестве 60 человек (34 женщины и 26 мужчин, средний возраст 68 лет).

Для обработки результатов применены статистические процедуры описательной статистики, сравнение средних (t-test),

Диагностика субъективного возраста показывает, что большинство респондентов (53%) ощущает себя на свой актуальный возраст. 30% чувствуют себя старше и 17% ощущают себя младше собственного возраста. Степень удовлетворенности актуальным возрастом различна между всеми группами ( $p \leq 0,01$ ). Самые высокие показатели наблюдаются в первой группе респондентов, а самые низкие – в группе респондентов, ощущающих себя старше своего возраста. Далее все респонденты разделены на три группы в

зависимости от полученных результатов субъективного возраста: первая группа (32 человека, 53% от выборки) – адекватный субъективный возраст, вторая группа (18 человек, 30 % от выборки) – субъективный возраст выше реального, третья группа (10 человек, 17% от выборки) – субъективный возраст ниже реального. Проведен сравнительный анализ показателей отношения к здоровью.

В показателях ценностно-мотивационного компонента отношения к здоровью выявлены следующие различия между группами ( $p \leq 0,05$ ). Респонденты с завышенным субъективным возрастом большее значение придают здоровью, выделяя его в ряду таких ценностей, как материальное благополучие, независимость и признание окружающих. В группе с заниженным субъективным возрастом, напротив, ценность Здоровье оказывается на одном из последних мест. Самую большую ценность для этой группы представляет Материальное благополучие. Респонденты с адекватным субъективным возрастом отмечают высокое значение ценности Здоровье. Однако, в отличие от первой группы, для них эта ценность не является единственной. Близкими к ней по результатам оказываются Независимость и Материальное благополучие.

Эмоциональный компонент отношения к здоровью также имеет межгрупповые различия. Но их статистическая достоверность обнаруживается только у групп с завышенным и заниженным субъективным возрастом ( $p \leq 0,05$ ). Так, респонденты, ощущающие себя старше своего возраста, отмечают, что в случае, когда со здоровьем всё в порядке, их «ничто не беспокоит» и им «ничто не угрожает». Однако, положительные эмоции – удовлетворенность хорошим самочувствием, уверенность в себе и т.д. – они все равно не ощущают. В ситуации, когда возникают проблемы со здоровьем, респонденты этой группы испытывают страх и подавленность.

Несколько другая картина наблюдается в группе с заниженным субъективным возрастом. В ситуации, когда со здоровьем нет проблем, эти респонденты чувствуют себя спокойно и уверенно, не фокусируя внимание на отсутствии угрозы и беспокойства. Однако в ситуации болезни на первом месте оказываются не тревога и страх, как в предыдущей группе и как следовало бы ожидать, а спокойствие. Получается, что если в группе с завышенным субъективным возрастом наблюдается невротическое отношение к заболеванию, связанное с повышенной тревожностью и страхом, то для группы с заниженным субъективным возрастом характерно своеобразное вытеснение проблем и эмоций, связанных со здоровьем.

Относительно поведенческого компонента все три группы респондентов также показывают достоверно различные результаты ( $p \leq 0,05$ ). Респонденты с адекватным субъективным возрастом не показывают высоких результатов ни по одному из параметров этого компонента. По сути, в этой группе поведенческий компонент оказывается практически непроявленным: специальных действий по сохранению своего здоровья эти респонденты не совершают, выраженной мотивации заботиться о здоровье не имеют.

В группе с завышенным субъективным возрастом наблюдается другая картина. Для этих респондентов сохранение своего здоровья, забота о нем имеют большое значение. Однако они больше сконцентрированы не на том, как лучше заботиться о своем здоровье, а на проблемах, которые мешают им делать это эффективно и регулярно. Среди наиболее значимых причин пожилые люди называют такие, как (ранжированы в порядке убывания значений): не хватает силы воли, нет желания ограничивать себя в чем-либо, нет соответствующих условий, необходимы большие материальные затраты.

Респонденты с заниженным субъективным возрастом так же, как и предыдущая группа, отмечают множество причин, по которым их старания заботиться о здоровье недостаточны и нерегулярны. Но, если в группе с завышенным субъективным возрастом на первом месте оказываются интернальные причины, связанные с собственными возможностями («Не хватает силы воли»), то здесь максимальные показатели получены по экстернальным причинам («Нет соответствующих условий», «Необходимы большие материальные затраты»).

Исходя из этого, поведенческие компоненты отношения к здоровью имеют существенные межгрупповые различия. Люди, ощущающие себя в соответствии со своим актуальным возрастом, не считают для себя важным как-то особенно заботиться о своем здоровье, отмечая, что у них и так все в порядке. Респонденты, чувствующие себя старше собственного возраста, акцентируют свое внимание на недостаточной и нерегулярной заботе о своем здоровье. В качестве причины этого они отмечают такой интернальный показатель, как недостаток силы воли. Группа, чей субъективный возраст младше актуального, также считают собственные усилия по сохранению здоровья недостаточными, объясняя это экстернальными причинами – отсутствием соответствующих условий, высокими материальными затратами.

Выделенные характеристики отношения к здоровью у респондентов с разным субъективным возрастом, на наш взгляд, содержательно совпадают с типами отношения к болезни, выделенными И. Харди. Он выделяет четыре варианта поведения больного по отношению к связанным с болезнью трудностям.

Первый тип характеризуется адекватной оценкой болезни и отношением к ней в соответствии с ее реальной тяжестью. Для второго типа характерна переоценка опасности, тяжести болезни, ее последствий. У таких людей ярко выражены элементы тревоги, паники, снижение настроения; мысли и внимание человека прикованы к болезни. Такие больные обычно выполняют все указания врача, ловят каждое его слово.

Третьему типу отношения к болезни свойственна недооценка тяжести заболевания. Прежде всего, это проявляется в снижении эмоционального компонента внутренней картины болезни, хотя ее рациональное восприятие в целом соответствует действительности. Часто подобные больные отрицательно относятся к лечению, «закрывают глаза» на проблемы, связанные с болезнью. У четвертого типа наблюдается отрицание наличия

болезни и ее симптомов, чаще всего, из-за страха перед ее последствиями. Как правило, в этом случае происходит вытеснение мыслей о болезни, отсутствует желание говорить о ней [2].

Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что респонденты с адекватным субъективным возрастом статистически чаще обнаруживают признаки, характерные для первого типа отношения к болезни. Пожилые люди с заниженным субъективным возрастом характеризуются недооценкой тяжести заболевания или отрицанием его наличия, что содержательно совпадает со второй и третьей группой. Для лиц с завышенным субъективным возрастом свойственно поведение второго типа отношения к болезни – переоценка ее опасности, повышенная тревожности в переживании ситуации болезни. Данный вывод носит предварительный характер и для подтверждения требует дополнительных исследовательских процедур.

Таким образом, обнаруженные достоверные межгрупповые статистические различия в отношении к здоровью показывают, что субъективный возраст является фактором, оказывающим существенные влияние на ценностно-мотивационные, эмоциональные и поведенческие компоненты отношения к здоровью в пожилом возрасте. Что касается когнитивного компонента, отражающего установки и представления о здоровье, то межгрупповых различий не выявлено.

Проведенный корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи между показателями удовлетворенностью возрастом и самооценкой физического состояния. Чем более негативное отношение к возрасту демонстрирует респондент, тем более он склонен оценивать своё физическое состояние как неудовлетворительное: самочувствие ухудшилось, подводит память, есть проблемы со сном, на самочувствие сказывается перемена погоды.

#### Литература:

1. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб.пособие для студ. высш. учеб. Заведений /О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
2. Клиническая психология. Словарь / под ред. Н.Д. Твороговой. - М.: ПЕР СЭ, 2007. - 416 с.
3. Психология здоровья: Учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
4. Barak, V. Subjective age correlates: a research note / V. Barak, V. Stern // The gerontologist. - 1986. - № 26. - P. 571-578.
5. Montepare, J. Variations in adults subjective ages in relation to birthday nearness, age awareness and attitudes toward aging / J. Montepare // Journal of adult development. - 1996. - № 3. - P. 193-203.

## ТРАНСГЕНЕРАЦИОННЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ<sup>3</sup>

*Куфтяк Е.В.*

Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова, г.Кострома,  
Россия

В современном обществе отмечается повышенный интерес к семейным корням, генеалогии и истории семенного древа, а возрождение семейных традиций, поиск и принятие семейного наследия и опыта рассматривается в качестве личностного и средового ресурса. Отношения и преемственность между поколениями в семье выступают основой, позволяющей ей сохранять групповую идентичность, адаптивно функционировать и успешно преодолевать трудности. Развитие индивидуальности человека в контексте межпоколенных отношений имеет решающее влияние на психологическое и соматическое функционирование. Характер межпоколенной связи оказывает влияние как на человека, определяя его идеалы, особенности взаимодействия с окружающими, выбор способов преодоления трудностей, так и на семью в целом, включая ее структуру, ценности, нормы, отношения и правила, что обуславливает ее функциональность. Сохранение связей между поколениями имеет не только цементирующее общество значение, но и играет основополагающую роль в его воспроизводстве.

Интерес к психологическим исследованиям семьи в вертикальном (межпоколенном) срезе, связывающим жизнедеятельность семьи с семейной историей и с детским опытом супругов, возник в 50-х годах прошлого столетия в западной психологии в рамках психотерапии семьи. В фокусе внимания оказываются феномены семейной истории и межпоколенной передачи информации в семье (Н. Аккерман, М. Боуэн, А.А. Шутценбергер, I. Boszormenyi-Nagy, J. Framo, G. Spark и др.), межличностного взаимодействия и проблема передачи этих паттернов через поколения (F. Dolto, I. Boszormenyi-Nagy, G. Spark и др.), защитные механизмы в семье (мифы, верования, легенды и т.п.). В рамках практической психологии и психотерапии предложены методы для анализа семейной истории как генограмма (М. Боуэн) и геносоциограмма (А.А. Шутценбергер).

В отечественной психологии проблема отношений между поколениями представлена в основном исследованиями проблем «отцов и детей», семейных отношений. В этих работах описываются: типы семейного воспитания, особенности детско-родительского взаимодействия, причины конфликтов между поколениями в семье, отношения супругов. Однако комплексно проблема межпоколенных отношений в отечественной психологии практически не представлена.

Исследования психологических механизмов функционирования семьи, ее системной устойчивости и сопротивляемости стрессовым воздействиям, проведенные нами в 2002 – 2011 гг., позволили разработать оригинальную

---

<sup>3</sup>Исследование поддержано РГНФ, проект № 11-06-00812а

концепцию семейного совладания, выделить факторы и условия сохранения семейной целостности [1, 2]. Исследование психологических закономерностей совладающего поведения в отечественных работах, в том числе, проводимых в Костромском государственном университете им. Н.А.Некрасова, позволяет осмыслить его как произвольную и сознательную регуляцию действия в условиях стресса. Психологическое предназначение совладания состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя овладеть ею, ослабить или смягчить эти требования, постараться избежать или привыкнуть к ним и таким образом погасить стрессовое воздействие ситуации, тем самым сохраняя его здоровье.

Семейная целостность представлена разными компонентами (трансгенерационный, структурный, динамический, пространственный), которые неразделимы и имеют разный вес в общем строении и разный уровень связанности (вертикальный, горизонтальный). Результатом семейной целостности является достижение состояния «динамического равновесия», понимаемого как относительно устойчивого, адаптивного и функционального состояния системы, необходимого для ее жизнедеятельности.

*Трансгенерационный компонент* (лат. *trans* – через; *generatio* – поколение) целостности семьи отражает процессы, происходящие на протяжении ряда поколений, и отношения между ними, т. е. исторические (генетические) особенности системы [3]. Одним из основных понятий, которые служат для описания трансгенерационного компонента, является межпоколенная связь. *Межпоколенная связь*, являясь показателем соединенности, общности разных поколений, предполагает передачу и прием опыта как в направлении от предков к потомкам, так и от потомков к предкам.

Аргументы подтверждающие положения семейного совладания и целостности были получены в исследовании семей с разным характером связей между поколениями (прародители – дети – внуки) [4]. Семья представляет собой самовоспроизводящую систему, целостность которой обеспечивается межпоколенными связями. В исследовании была выделена типология межпоколенной связи в семье: 1 тип – «*сохранная преемственность*», характеризуется двусторонним обменом опытом между поколениями в семье и осознанным наследованием; 2 тип – «*односторонняя передача*» отражает передачу опыта только в направлении от предков к потомкам и отсутствие осознанности в наследовании; 3 тип – «*нарушенная преемственность*» сочетает слабую выраженность передачи опыта в направлении от предков к потомкам и осознанности в наследовании опыта.

Обнаруженные нарушения межпоколенных связей получили эмпирические аргументы в существующих дисфункциях родительской семейной системы. Так, сверхвключенность родителей в жизнь ребенка, сопровождающаяся критикой, общей тревожной атмосферой ведут к развитию неуверенности, привычки полагаться на других (более старших), и как следствие – к одностороннему характеру отношений в семье.

Исследование позволило установить, что характер межпоколенных связей, а также детский опыт супругов сопряжен как со структурными характеристиками семьи, так и совладающим поведением супругом. Было установлено, что сверхвключенность и индуцирование тревоги, распространенные в родительской семье снижают потребность супругов из семей с «односторонней передачей» в эмоционально-психологической поддержке. У супругов из семей с «нарушенной преемственностью» фиксация на трудностях, недоверие чужим и отсутствие фиксации на негативных переживаниях, существующие в прасемье, затрудняют личностную идентификацию с партнером.

Для верификации наших теоретических предположений важными результатами исследования стали данные о том, что становление выбора непродуктивных стратегий развивается под воздействием постоянной родительской фиксации на трудностях, опасностях и неудачах, что способствует незащищенности от опасности, а продуктивность совладания, как известно, зависит, прежде всего, от безопасности и комфорта. Так, супруги из семей с нарушенной межпоколенной связью, детский опыт которых связан с приобретением и фиксацией тревожного состояния, снижают тревогу *уходом* от решения проблемы и импульсивными поступками. Тревога, закрепленная еще в родительской семье, в ситуации стресса препятствует решению проблемы, блокирует эмоционально-идентификационные отношения между супругами, что ограничивает возможности диадического разрешения трудностей.

Таким образом, материалы исследования подтверждают, что высокий уровень эмоционально-коммуникативных дисфункций в родительской семье, фиксация тревожности, непринятие и отсутствие поддержки в детстве блокируют выбор продуктивного совладания с трудностями в период взрослости, что способствует развитию нарушений жизнедеятельности как индивида, так и всей семьи.

#### Литература:

1. Куфтяк Е.В. Концепция семейного совладания: основные положения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. — 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru>
2. Куфтяк Е.В. Психология семейного совладания : автореф. дис. ... докт. психол. наук. – Москва, 2011.
3. Куфтяк Е.В. Психология семьи: регуляция и защита: Монография. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011.
4. Сизова М.А. Взаимосвязь межпоколенных отношений и функциональности семьи: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2012.



## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УРОКАХ ОБЖ В 5-6 КЛАССАХ

*Ларин А.В.*

ОКОУ «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей №2», г. Курск, Россия

Происходящее в современной школе процессы гуманизации, демократизации, гуманизации и т.д. создают благоприятную основу для сохранения и укрепления главной ценности - человеческого здоровья.

В последние годы система общего образования претерпела значительные изменения. Появились различные виды общеобразовательных учреждений, в связи с чем возникла необходимость анализа состояния здоровья подростков, обучающихся в общеобразовательных учреждениях различных видов.

Научными исследования последних лет установлено, что выраженность негативных тенденций в состоянии здоровья во многом зависит от образовательного учреждения, в котором обучается ребенок.

Ведущими причинами, неблагоприятно влияющими не только на физическое, но и психическое здоровье учащихся в школе, являются гипокинезия, неспособность справиться с учебной нагрузкой, неправильное питание, нарушение режима труда и отдыха, невыполнение ряда гигиенических требований, отсутствие знаний о здоровье и здоровом образе жизни у педагогов, родителей и детей [4, с. 37].

Система педагогического образования не может считаться гуманной, если ценности здоровья, как физического, так и психического не нашли в ней должного места.

Таким образом, одним из важных направлений психолого-педагогического сопровождения развития учащихся является формирование у них установок на здоровый образ жизни, развитие навыков саморегуляции и умения самостоятельно преодолевать возникающие стрессовые ситуации.

Именно в школе должны решаться задачи формирования ответственного отношения к своему здоровью в совокупности процессов обучения, воспитания и развития личности. И самая трудная, важная задача педагога - создание условий, при которых ребенок заинтересуется тем, как нужно заботиться о своем здоровье. Прямые призывы к ведению здорового образа жизни и запреты так называемых вредных привычек, угрозы и запугивание не только безрезультативны, но и вредны, так как вызывают скрытые противодействия у детей.

Формирование ценностных ориентации, убеждений, активной жизненной позиции возможно при использовании педагогом таких методов и приемов, которые способствуют вовлечению учеников в активный процесс получения и переработки знаний. Происходить это должно в обстановке доверительных отношений между участниками образовательного процесса, в атмосфере сотрудничества и сотворчества [6, с. 40].

На наш взгляд, данные требования возможно реализовывать на уроках ОБЖ в 5-6 классах. В практике преподавания ОБЖ используются различные формы работы с детьми, требующие от школьников активного участия в совместной деятельности и способствующие более эффективному усвоению знаний.

Важную роль в формировании у школьников индивидуальной системы ценностей играют представления педагога о правилах и способах воспитательной деятельности, формах и приемах работы с детьми. Определяемая ими система ценностей будет составлять для детей основу их индивидуально-личностной культуры.

Творческий подход к решению проблемы воспитания ценностного отношения к здоровью у школьников имеет особую значимость в передаче от учителя учащимся системы жизненных ценностей, одобряемых обществом. Целью уроков ОБЖ по формированию здорового образа жизни в 5–6 классах является формирование у учащихся понимания о важности собственного здоровья, здорового образа жизни, ответственного поведения к своему здоровью [5, с. 12].

Таким образом, задачами уроков ОБЖ по формированию здорового образа жизни в 5–6 классах являются:

- актуализировать и развить знания учащихся 5–6 классов о здоровье и здоровом образе жизни;
- формировать навыки самостоятельного анализа и оценки предлагаемой информации;
- воспитывать активную жизненную позицию, ответственное отношение к своему здоровью;
- профилактика развития вредных привычек.

В содержание уроков необходимо включать такие элементы, как:

- обсуждение выполненного домашнего задания;
- провоцирование в начале занятия интереса к новой теме с помощью загадок, вопросов, примеров, проблемных ситуаций и т.д.;
- сюжетно-ролевые игры;
- активные паузы с проведением физкультминуток;
- домашнее задание, направленное на общение ребенка с родителями, либо в случае интерната с воспитателями [2, с. 29].

На занятиях необходимо давать возможность высказаться всем желающим учащимся и поощрять любую активность. Именно подобные возможности приводят к искоренению у школьников тревоги по поводу проблем, связанных с самораскрытием и публичными выступлениями [1, с. 16].

Относительно методики, которая должна применяться на уроках ОБЖ, то ученикам 5–6 классов в силу их психофизиологических особенностей очень непросто произвольно внимать и запоминать то, что им рассказывают взрослые, в связи с монотонностью и длительностью проводимых мероприятий [5, с. 14].

Внеклассные мероприятия играют большую роль в пропаганде здорового образа жизни подростков. Формы внеклассных мероприятий могут быть разнообразны, это беседы, конкурсы, викторины, диспуты и т.д.

Методика проведения внеклассных мероприятий, в общем, такая же, как и на уроках. Во-первых, необходимо сформулировать развивающие и воспитательные цели. Во-вторых большую роль в проведении мероприятий играет подготовительный этап. Готовясь к мероприятию, можно подготовить фотовыставку «В здоровом теле – здоровый дух», «Мир моих увлечений», «Здоровые дети должны быть на планете», а также предложить учащимся ответить на вопросы анонимной анкеты, которые помогут учителю определить их отношение к обсуждаемой проблеме [3, с. 30]. Напротив утверждения, с которым ученики согласны, необходимо поставить знак +, не согласны – знак -. Можно провести тесты, например, «Ваш образ жизни» и т.д. В-третьих, само мероприятие. Внеклассное занятия по формированию здорового образа жизни с детьми данного возраста должно носить активный характер с привлечением всех членов класса. Каждый ребенок имеет право высказать собственную мысль относительно того или иного вопроса или утверждения. Мнения могут обсуждаться, уточняться и дополняться другими участниками занятия, а затем их обобщает учитель. Педагог при этом играет роль ведущего, эксперта – человека, способного выделить главное, подвести итог обсуждению, оценить качество знаний, полученных учащимися в процессе их совместной творческой деятельности. В-четвертых, в конце мероприятия необходимо подвести итоги, сформулировать выводы [5, с. 15].

Таким образом, внеклассная работа по формированию здорового образа жизни в 5–6 классах имеет огромное воспитательное и развивающее значение. В ходе мероприятий дети узнают новое, систематизируют свои знания, проявляют свои творческие и познавательные способности и т.д. В ходе внеклассных мероприятий дети учатся работать в коллективе, у них формируется мотивация и выработка практических навыков безопасного поведения и ведения здорового образа жизни.

#### Литература:

1. Бурдина Б.Ю. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в условиях модернизации // Психологическое сопровождение образовательного процесса: Сборник научно-методических материалов. Вып. I. - Саранск: МОРМ, МРИО, 2005, с. 14–20.

2. Вдовина Е.А. Профилактика наркотической зависимости у детей в образовательной среде // Психологическое сопровождение образовательного процесса: Сборник научно-методических материалов. Вып. I. - Саранск: МОРМ, МРИО, 2005, с. 24–30.

3. Дрибинский П. Воспитание ценностного отношения к здоровью // Воспитание школьников. - 2008. - №8. - С. 28 – 31.

4. Науменко Ю.В. Здоровьесберегающая деятельность школы // Педагогика. -2005. – №6. – С. 37–44.

5. Тетушкина Л.А. Укрепление духовного здоровья учащихся на уроках ОБЖ // ОБЖ: Основы безопасности жизни. – 2008. – №11. – С. 12–15.

6. Халетова С.С., Полевщиков М.М., Шрага А.М. Основы здорового образа жизни. – Йошкар-Ола: Марийский полиграфическо-издательский комбинат, 1997.

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОЦЕССА ДИАГНОСТИКИ ВО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

*Лебедев Ю.И.*

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

В начале XXI века одной из глобальных проблем человечества является искоренение туберкулёза. Её решение тормозится большим резервуаром туберкулёзной инфекции в обществе. Одна треть населения Земли уже инфицирована туберкулёзом, и здоровые продолжают заражаться из-за несвоевременного выявления больных. Напряжённая эпидемиологическая ситуация в мире явилась причиной провозглашения туберкулёза глобальной опасностью [13]. В России туберкулёз также является существенной проблемой. Более 1/3 больных активным туберкулёзом ежегодно остаются невыявленными из-за скудных клинических проявлений в начальной стадии заболевания, а правильный диагноз устанавливается лишь в 60-70% случаев. В остальных случаях возможны диагностические ошибки, что придает актуальность и практическую значимость проблеме совершенствования диагностического процесса.

С дидактической целью нами разработана гипотетическая оптическая модель диагностики в области фтизиопульмонологии [2]. В её основу легли особенности диагностического процесса в сложных биологических объектах. Принимался во внимание тот факт, что живые организмы являются открытыми системами, образующими пульсирующие сферы информационных полей. Их взаимодействие в ходе профессионального общения врача и пациента можно представить в виде пересекающихся сфер, образующих воображаемые окна, снабжённые «линзами». Преломляясь через линзы, информация собирается в образ болезни и отражается в фокальной плоскости. Формирование образа болезни и сопоставление его с известными образами позволяет распознавать патологический процесс и правильно устанавливать клинический диагноз. По мере накопления данных о больном информационные сферы врача и пациента, увеличиваются, что изменяет кривизну воображаемых «линз» и приближает сконструированный образ болезни к фокальной плоскости, делая диагноз более точным. Чем больше

врачебный опыт, тем больше образов болезни содержится в памяти и тем эффективнее процесс диагностики. Предлагаемая модель обращает внимание врачей не только на факт присутствия симптомов (позитив), но и на факт отсутствия некоторых из них (негатив), и только объединение позитива и негатива (универсум болезни) может помочь в установлении диагноза. Однако, нарастание объёма информации при её неправильной интерпретации может так изменить кривизну линзы, что изображение сфокусируется за пределами фокальной плоскости и снизит точность диагноза. Следовательно, как недостаточный, так и слишком большой объём информации может затруднять диагностику.

Практическое использование разработанной модели в процессе обучения высветило ряд социальных и психологических аспектов в диагностике туберкулёза и позволило провести ряд собственных исследований.

Прежде всего, разработанная модель наглядно показала, что взаимодействие информационных полей врача и больного – это длительный, перманентный процесс с наличием обратной связи, выстраиваемый с первых минут общения врача и больного и нуждающийся в постоянной коррекции по мере поступления новых данных. Реальное представление врача о болезни зависит не только от правильной интерпретации клинических проявлений конкретной патологии, но и от социального статуса пациента, качества его жизни и личностных особенностей.

Социальный состав больных туберкулёзом в последние годы существенно изменился. Так, с 1991 по 2001 г.г. среди впервые выявленных больных туберкулёзом в Москве уменьшилась доля рабочих (с 34,2 до 19,4%), снизился удельный вес служащих (с 11,8 до 9,4%) и медицинских работников (с 2,1 до 0,5%). Вместе с тем увеличился процент (с 43,5 до 62,0%) больных туберкулёзом в социально незащищённой группе (пенсионеры, неработающие граждане и лица, освобождённые из ИТУ). Среди впервые выявленных больных туберкулёзом появилась новая социальная группа предпринимателей (1,1%) [11].

С учётом этого дана оценка социального портрета и социальной активности 172 впервые выявленных лиц с разными формами туберкулёза в регионе обследования [3]. Установлено, что практически все больные, проходившие лечение в стационаре, имели рабочие специальности, лишь 16 человек имели высшее образование. Неудовлетворённость своей работой испытывало более половины пациентов, которых в 62,5% случаев не пытались улучшить её условия или пройти профессиональную переподготовку, хотя интенсивность трудовой деятельности у большинства из них была высокой

(63,7%), а умственное напряжение – низким (у95,7%). Их неинтересовали концерты, выставки (43,7%), политические события (72,3%), какие-либо увлечения. Неудовлетворённость материальным положением испытывали все пациенты. 56,2% из них не пользовались дневным отдыхом, а все свободное время предпочитали проводить уединённо (43,7%), злоупотребляя спиртными напитками. Следует отметить не внимание к здоровью и безразличие к своему заболеванию более чему половины больных.

Поэтому при первом опросе и последующих беседах с пациентами целесообразно действовать по психологически обоснованным “сценариям”, вводящим больных в адекватную психофизиологическую ситуацию опроса, стройную логику общения врача с больным как объектом необходимой информации. Надо постоянно следить за профессиональной постановкой вопросов и квалифицированной интерпретацией ответов на них. Вопросы должны быть необходимыми и достаточными для обеспечения эмпирической проверки гипотез проводимого исследования и решения его познавательных задач. Их формулировка должна исключать расхождение познавательной задачи вопроса с его смысловым содержанием. Кроме того, согласно закону апперцепции, понимание испытуемым вопросов происходит опосредованно, путём пропускания их сквозь призмуличного опыта, поэтому следует учитывать влияние социокультурного фактора на диагностическую информацию, успешность получения которой зависит от учёта индивидуальных или групповых психологических особенностей больных туберкулёзом лёгких[5].

Известно, что ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении всей системы отношений больных с окружающим миром. При этом человек понимается как единая био-психо-социальная система, а личность — как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением самим собой. В этой системе болезнь, как ситуация неопределённости и непрогнозируемого исхода, может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий, характер межличностного взаимодействия, и, в целом, социальное функционирование личности[12].

Новой междисциплинарной концепцией, способной обеспечить методологическую основу для понимания взаимодействия соматологии и психологии пациента, стал комплаенс как интегральная характеристика

индивидуального отношения больного человека к лечению, основанная на его субъективном восприятии болезни как сложной жизненной ситуации[5].

Для количественной оценки комплаенса на кафедре разработана специальная анкета-опросник, составленная таким образом, что бы выявить не только объективные факторы, влияющие на способность больного следовать рекомендациям врача, но и на оценку таких субъективных факторов, затрудняющих диагностику, как стресс, фрустрация, стигматизация, лёгкая внушаемость и пристрастие к алкоголю[8].

Нами установлено, что у большинства больных при поступлении определяется низкий комплаенс, обусловленный их стрессовым состоянием в момент выявления заболевания, лёгкой внушаемостью, коррелирующей с низким социальным статусом и пристрастием к алкоголю. Через 2-3 мес. Неадекватной химиотерапии комплаенс продолжает снижаться, причём, более чем у половины больных это совпадает с нарастанием фрустрации, обусловленной несостоявшимися ожиданиями быстрого излечения и пристрастием к алкоголю. Копинговые модели поведения больных в этом случае различаются. У одной трети таких пациентов нарушаются нормальные взаимоотношения с медперсоналом, у одной пятой возникают социально-экономические проблемы. Все больные с низким комплаенсом демонстрируют неоднократные нарушения больничного режима. У большинства из них к моменту окончания интенсивной фазы лечения сохраняется бактериологическое выделение и каверны в лёгких на фоне уменьшения субъективных и объективных проявлений активности туберкулёзного процесса. У больных, получавших эффективное лечение исходно высокий комплаенс сохраняется на прежнем уровне, а у лиц, демонстрирующих низкие исходные цифры, он даже имеет тенденцию к увеличению [1].

Возможность количественной оценки комплаенса в «стенах» позволила установить его зависимость от качества жизни пациентов, особенно по отдельным шкалам оценки психологического статуса [6,7].

Сопоставление комплаенса по шкале стигматизации у больных туберкулёзом лёгких и пневмонией показало более высокую стигматизацию у туберкулёзных больных, что так же следует учитывать при диагностике туберкулёза [10].

На основе структурной модели диагностического процесса разработана методика диагностики туберкулёза лёгких в общей лечебной сети, а оценка комплаенса позволяет своевременно назначать необходимую корректирующую медикаментозную и психотерапию, сокращая длительность лечения и повышая эффективность диагностики в ходе наблюдения за больными [2].

Выводы

1. Диагностический процесс во фтизиопульмонологии носит перманентный характер и требует знания социальной активности, психологического статуса пациентов и тщательной оценки динамики клинических и сомато-психических особенностей течения заболевания.

2. Для диагностики копинговых моделей поведения больных туберкулёзом лёгких в ходе установления первоначального диагноза и последующего лечения разработана и предлагается к использованию скрининговая методика определения комплаенса, включающая оценку фрустрации, стигматизации и хронического стресса.

3. Повышение точности диагностики туберкулёза при выявлении и лечении больных возможно при условии совместной работы фтизиатров и профессиональных психологов.

#### Литература:

1. Коломиец В.М., Абрамов А.В., Рублева Н.В. Эффективность иммуномодулирующей терапии больных с деструктивными формами туберкулёза лёгких/ Сб. материалов 1-го конгресса ассоциации фтизиатров России. - С. - Петербург.-2012.-С.147-149.

2. Лебедев Ю.И. Обучение врачей общей лечебной сети диагностике туберкулёза лёгких/ Сб. материалов Всерос. науч.-метод. конф. смеждународ. участием, посвящённой 77-летию КГМУ. – Курск. – 2012. – С.246-249.

3. Лебедев Ю.И., Блинков Ю.А., Новикова С.Н., Пастухова А.В. Социальная активность больных лекарственно-устойчивым туберкулёзом лёгких// Туб. – 2011. – N5. – С.21-21.

4. Лебедев Ю.И., Новикова С.Н. Новые диагностические алгоритмы выявления туберкулёза лёгких в работе врача общей практики./ Сб. материалов межрегиональной науч.-практ. конф. «Общая врачебная практика: сегодня и завтра». – Курск. – 2012. – С.118-131.

5. Лебедев Ю.И., Новикова С.Н., Рублева Н.В. Туберкулёз лёгких как сложная жизненная ситуация и комплаенс больных при его лечении/ Сб. материалов Международной науч.-практ. конф. «Человек в сложной жизненной ситуации»/ Под ред. Т.Д. Василенко. – Курск, КГМУ. – 2012. – С.240-244.

6. Новикова С.Н. Качество жизни больных с рецидивом туберкулёза лёгких, впервые выявленным заболеванием, реактивацией. / Сб. работ 68-й итоговой сессии КГМУ.-Курск.-2002.-С.251-252.

7. Новикова С.Н. Прогноз поздних рецидивов туберкулёза лёгких в условиях «отрицательного патоморфоза»/ Сб. материалов Межрегиональной науч.-практ. конф. смеждународ. участием. Белгород. 13-14 сентября 2012 года. – г. Белгород. – С.37-38.

8. Рублева Н.В. Психосоматика туберкулёза в аспекте неудач современной интенсивной химиотерапии/ Сб. Материалов Всероссийской науч.- практ. Конф. смеждународ. участием «Психология



здоровья и болезни клинико-психологический подход». – 2011. – Курск. – С.144-148.

9.Рублева Н.В. Диагностическое значение туберкулиновых проб при профилактическом обследовании студентов КГМУ с разным комплаенсом/ Сб. материалов Всероссийской науч.-метод. конф. с междунар. участием, посвященной 77-летию КГМУ (2 февраля 2012 года). – Курск. – 2012. – С.288-293.

10.Рублева Н.В. Стигматизация и формирование комплаенса больных туберкулёзом лёгких/ Сб. материалов Межрегиональной науч.-практ. конф. с междунар. участием. Белгород. 13-14 сентября 2012 года. – г. Белгород. – С.37-38.

11.Сельцовский П.П., Кочеткова П.П., Сон И.М. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Москве в конце XX-начале XXI века//Пробл. туб. и болезней лёгких.-2005.-N8.-С.10-14.

12.Цуканов В.А., Сидоров Г.А., Новикова С.Н., Абрамов А.В., Лебедев Ю.И. Клиническая и социально-психологическая характеристика больных туберкулёзом лёгких в условиях переходного периода. Сб. материалов науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицинской науки и фармации». – Курск.-2000.-277-278.

13. World Health Organization, Global Tuberculosis Control.-Surveillance, Planning, Financing (Geneva: WHO, 2008).

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХО- И ХРОНОТИПОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Мамчиц Л.П., Карташева Н.В., Климович С.В.*

Гомельский государственный медицинский университет  
г. Гомель, Республика Беларусь

Хронобиология – основа естественнонаучных учений о ритмах, как общего проявления различных процессов в биотических, абиотических системах, относится к основным закономерностям движения материи.

Биологический ритм – закономерное повторение событий, процессов через регулярные промежутки времени, закрепление их до автоматизма и относится по характеристике к вероятностным, а не детерминированным процессам, с определенной общей закономерностью живых и неживых систем. Хронобиология относится к фундаментальным наукам с большим прикладным значением в медицине, в лечении заболеваний, охране здоровья, профилактике нарушений функций через здоровый образ жизни. Многие патологические процессы связаны с нарушением, рассогласованием ритмов в организме (десинхронозы). Обосновано учение о хронотипах при профессиональном отборе, разработке режимов труда и отдыха, о суточных и циркадианных ритмах. В хрономедицине используются биоритмы для повышения эффективности профилактических мероприятий, диагностики и лечения болезней.

Хронопатология – область экспериментальной и клинической хрономедицины – механизм отклонений в биоритмах систем: сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, обменной, выделительной. Хронофармакология – эффект лекарственной терапии зависит от фазы биоритма.

Хронотип организма человека определяется по суточным процессам сон-бодрствование: жаворонки, совы, голуби. Чаще всего хронотип определяют методом анкетирования [1,2].

Работоспособность - это способность человека выполнять конкретную деятельность в рамках заданных временных лимитов и параметров эффективности. С одной стороны, она отражает возможности биологической природы человека, служит показателем его дееспособности, с другой - выражает его социальную сущность, являясь показателем успешности овладения требованиями какой-то конкретной деятельности. Основу работоспособности составляют специальные знания, умения, навыки, определенные психические, физиологические и физические особенности. Работоспособность зависит и от уровня мотивации, поставленной цели, адекватной возможностям личности [2].

Работоспособность молодежи в учебном процессе зависит от свойств личности, особенностей нервной системы, темперамента. Успешность обучения может быть обусловлена такой типологической характеристикой, как «усидчивость», хронотипом, особенностями высшей нервной деятельности.

Процесс адаптации обычно сопровождается ломкой привычного динамического стереотипа. Переход от школьного коллектива, режима учебы довольно сложный психологический момент с другой формой обучения, режимом дня, объемами нагрузки по специальным предметам. Особенно это характерно для обучающихся в вузах медицинского профиля.

Цель работы: дать характеристику психо- и хронотипов студентов медицинского вуза.

Материалы и методы: проведено анкетирование студентов второго курса медицинского университета. Всего в анкетировании приняли участие 168 студентов, их них 39 юношей и 129 девушек. Использована анкета Эстберга для определения типа работоспособности, а также специально разработанный нами вопросник для определения психотипа личности. Обработка материалов проводилась с использованием общепринятых статистических методов и пакета прикладных компьютерных программ.

Результаты работы

В силу специфического учебного расписания у студентов медицинского вуза, как закреплённый стереотип работоспособности выявлен в 72,0 % индифферентный по уровню (голуби), см. таблицу 1.

Таблица 1

## Распределение респондентов по типу работоспособности

| Тип работоспособности     | Медико-диагностический факультет |      | Лечебный факультет |      | Всего |      |
|---------------------------|----------------------------------|------|--------------------|------|-------|------|
|                           | Абс.                             | %    | Абс.               | %    | Абс.  | %    |
| Слабо вечерний            | 16                               | 18,6 | 20                 | 24,4 | 36    | 21,4 |
| Четко выраженный вечерний | 1                                | 1,2  | 3                  | 3,7  | 4     | 2,4  |
| Индифферентный            | 65                               | 75,6 | 56                 | 68,3 | 121   | 72,0 |
| Слабо выраженный утренний | 4                                | 4,6  | 2                  | 2,4  | 6     | 3,6  |
| Четко выраженный утренний | 0                                | 0    | 1                  | 1,2  | 1     | 0,6  |
| Всего                     | 86                               | 100  | 82                 | 100  | 168   | 100  |

Распределение студентов по типу работоспособности не имело принципиальных различий в зависимости от того, на каком факультете обучаются студенты. Слабо выраженный вечерний тип встречался практически у каждого пятого опрошенного (21,4%), реже встречался четко выраженный и слабо выраженный утренний типы (0,6% и 3,6% соответственно).

Нами не выявлено различий в распределении типов работоспособности в зависимости от пола (таблица 2).

Таблица 2

## Распределение респондентов по типу работоспособности в зависимости от пола

| Тип работоспособности     | Юноши |      | Девушки |      | Всего |      |
|---------------------------|-------|------|---------|------|-------|------|
|                           | Абс.  | %    | Абс.    | %    | Абс.  | %    |
| Слабо вечерний            | 8     | 20,5 | 28      | 21,7 | 36    | 21,4 |
| Четко выраженный вечерний | 1     | 2,6  | 3       | 2,3  | 4     | 2,4  |
| Индифферентный            | 29    | 74,3 | 92      | 71,4 | 121   | 72,0 |
| Слабо выраженный утренний | 1     | 2,6  | 5       | 3,9  | 6     | 3,6  |
| Четко выраженный утренний | 0     | 0    | 1       | 0,7  | 1     | 0,6  |
| Всего                     | 39    | 100  | 129     | 100  | 168   | 100  |

Интересно отметить, что студенты с индифферентным типом работоспособности сами оценивали свой тип более определенно. Так, например, к скорее вечернему типу относили свою работоспособность 44,9% девушек и 43,7% юношей, а скорее к утреннему соответственно 42% девушек и 50% юношей.

Преобладание индифферентного типа работоспособности у студентов надо рассматривать как выработку адаптационно-приспособительных возможностей организма в связи с переходом на другой тип обучения в вузе по сравнению со школой, изменение не только расписания занятий, но и значительное усложнение изучаемого материала.

Нами определена характеристика студентов в зависимости от типа функционирования высшей нервной деятельности (таблица 3).

Таблица 3

Характеристика студентов по темпераменту

| Темперамент | холерик | флегматик | сангвиник | Меланхолик |
|-------------|---------|-----------|-----------|------------|
| %           | 28      | 14        | 54,3      | 3,7        |

Характерный преобладающий психотип у респондентов – сангвиники (54,3%). Сангвиники имеют сильный уравновешенный подвижный тип нервной системы, ориентированы на внешние обстоятельства, от которых зависят их чувства и переживания. Трезво оценивают внешнюю действительность. Легко привыкают к новым требованиям и новой обстановке. Даже их чувства, настроение, интересы и стремления из-за высокой пластичности очень изменчивы. Сангвиники - социально наиболее адаптивный тип.

Результаты анкетирования показали, что достоверно чаще у студентов отмечен мыслительный психологический тип (таблица 4).

Таблица 4

Характеристика студентов по типу личности

| Тип личности | мыслительный | чувствующий |
|--------------|--------------|-------------|
| %            | 63,6         | 36,4        |

Мыслительный психологический тип характеризуется тем, что стремится все разложить по полочкам, систематизировать, обнаружить законы и выявить закономерности. Он полагается на логику и анализ. Поэтому все его оценки соответствуют критерию разумности/неразумности. Мыслительный тип личности в 2 раза чаще встречался среди студентов медико-диагностического факультета, чем лечебного (соответственно 69% и 31%).

Надо отметить тот факт, что для профессии врача с позиций соционики как науки, играющей роль в определении профпригодности, преобладающим должен быть чувствующий тип, для которого важны такие качества как сопереживание, добросердечность, отзывчивость.

Распределение студентов по знаку зодиака, месяцу рождения, относительно равномерное. Наибольшее число респондентов, родившихся под знаками Водолеев и Раков – по 12,1 % (таблица 5).

Характеристика студентов по знакам зодиака

| Знак зодиака | овен | стрелец | телец | стрелец | дева | козерог | лев | рыбы | весы | близнецы | рак  | водолей |
|--------------|------|---------|-------|---------|------|---------|-----|------|------|----------|------|---------|
| %            | 5,6  | 5,6     | 7,5   | 6,5     | 7,5  | 4,7     | 9,3 | 8,4  | 9,3  | 11,2     | 12,1 | 12,1    |

Из обоих знаков получают хорошие специалисты в области медицины, персонал детских садов, детские психологи, акушеры, няни. Люди, родившиеся под знаком Водолея, символизируют интеллектуальное развитие через коммуникацию и общение. Из всех знаков, он самый идеалистический и гуманитарный знак, способен к новаторству и прогрессу в любой области деятельности.

Определение хронотипов студентов важно, в первую очередь, для обоснования рационального расписания учебных занятий, организации учебно-образовательного процесса.

Определение психологических типов важно проводить не в процессе обучения в вузе, когда уже сделан выбор в профессии, а перед окончанием школы для профессионального самоопределения с учетом особенностей функционирования высшей нервной деятельности.

Литература:

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999. - 459 с.
2. Хронобиологи и хрономедицина /Руководство для врачей под ред. Акад. РАМН С.И. Комарова // Москва: Триада-Х, 2000 — 488с.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА И В СЕМЬЯХ.

*Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Присакарь И.В, Прокофьева Ю.В., Серикова Л.Н.*

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 детском доме, при этом практически каждый второй из таких детей страдает разнообразными заболеваниями, аномалиями развития. Многие ученые связывают эти факты с неправильным образом жизни родителей, ранним

началом половой жизни, употреблением матери во время беременности алкоголя, наркотиков.

Дети, воспитывающиеся в детском доме, очень часто отстают в физическом развитии от своих сверстников, проживающих в семьях; кроме того, заболеваемость среди таких детей выше, по сравнению с детьми, воспитывающимися в семьях.

Закономерности роста и развития являются теоретической основой гигиенического нормирования факторов окружающей среды для развития детей. Знание этих закономерностей позволяют врачу понять и объяснить деятельность отдельных органов систем, их взаимосвязь, функционирования целостного организма ребенка в разные возрастные периоды с внешней средой.

Цель работы: сравнительная оценка физического развития и состояния здоровья детей, воспитывающихся в детском доме и детьми, проживающими в семьях.

Задачи: установить физическое развитие детей, проживающих в детском доме по антропометрическим показателям; установить физическое развитие детей, воспитывающихся в семьях по антропометрическим показателям; оценить состояние здоровья детей, проживающих в детском доме и в семьях; разработать мероприятия, направленные на улучшение физического развития и здоровья детей.

Проблемы детей воспитывающихся в детских домах.

Сегодня в России насчитывается около 697 тыс. детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (данные от 23 апреля 2010 года). Примерно треть из них воспитывается в социальных учреждениях, такие как дома ребенка, детские дома, школы-интернаты общего типа, интернаты для детей с ограниченными возможностями здоровья и т.д. Во всем мире выпускники сиротских учреждений считаются одной из наиболее уязвимых социальных групп. Российский пример убедительно свидетельствует об обоснованности такого утверждения. По данным, Минздрава РФ, у 64% детей, поступающих в детские дома, обнаруживаются осложнения внутриутробного развития, у 10% - врожденные или наследственные заболевания. 30-40% детей поступают из семей алкоголиков, 50% - от матерей и 13% от отцов, больных туберкулезом, сифилисом, диабетом или имевших психические заболевания. Отставание в физическом развитии наблюдается почти у половины сирот. Большинство детей страдают внутриутробными инфекциями, такими, как цитомегалия, токсоплазмоз, хламидиоз.

Причины столь многочисленных расстройств физического и психического здоровья у детей-сирот многообразны: основная часть детей имеет неоспоримую негативную наследственность (алкоголизм, наркомания); «отказанные» дети чаще имеют врожденные физические и психические аномалии (например, из-за использования матерью различных повреждающих средств, для прерывания беременности); вредно уже само вынашивание нежелательной беременности.

Сложный контингент детей, порождает новые задачи по их воспитанию и комплексной реабилитации.

Основным методом изучения постнатального соматического роста остается антропометрический, который дает возможность изучения изменений размеров тела с возрастом. При поперечном исследовании делается как бы поперечный срез популяции, когда измеряется большое число детей разных возрастов, но каждый индивид попадает в общую выборку только один раз. При продольном исследовании одни и те же дети измеряются последовательно в каждом возрасте с теми или иными, обычно Регулярными интервалами, на протяжении определенного отрезка времени – в зависимости от стратегии исследовательского процесса. Для оценки физического развития используется несколько методов. Например, метод индексов (указателей). В качестве примера можно привести весоростовые указатели Кетле и Рорера. Наиболее широко распространены измерения тотальных размеров – длины и веса тела, параметрами, отражающие состояние физического развития детей и подростком являются длина тела (рост) и масса тела. Так же можно использовать для оценки физического развития метод сигмальных отклонений с графическим изображением профиля физического развития; метод корреляции по шкалам регрессии; комплексная оценка; оценка физического развития с использованием оценочных таблиц облегченного типа; центильные методы оценки.

Результаты собственных исследований позволили получить следующие данные по состоянию здоровья детей в возрасте, воспитывающихся в Дети до 1,6 воспитывающиеся в детском доме:

- 40% - дефицит массы тела;
- 20% - среднее развитие;
- 13% - низкий рост, дефицит массы;
- 13% - низкий рост, избыток массы;
- 10% - снижена длина;
- 4% - избыток массы.

Дети до 1,6 мес., воспитывающиеся в семьях:

- 53% - среднее развитие;
- 23% - низкий рост, избыток массы;
- 18% - дефицит массы;
- 3% - низкий рост;
- 3% - избыток массы.

Дети до 3 лет, воспитывающиеся в дет.доме:

- 55% - среднее развитие;
- 26% - низкий рост, дефицит массы;
- 16% - снижена длина;
- 13% - дефицит массы.

Дети до 3 лет, воспитывающиеся в семьях:

- 69% - среднее развитие;
- 13% - снижена длина;
- 10% - избыток массы;

-4% - низкая длина, дефицит массы;

-4% - избыток массы.

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. Дети же в возрастной группе до 3 лет, воспитанники детского дома, практически не отстают от своих сверстников, воспитывающихся в семьях. Это можно объяснить тем, что дети данного возраста могут питаться самостоятельно; у детей этого возраста нервная система, костно-мышечный аппарат, иммунная система сформированы лучше, чем у детей до полутора лет, в связи с чем, они являются более приспособленными, адаптированными к окружающей обстановке.

Кроме полученных данных по физическому развитию мы так же рассмотрели показатели заболеваемости среди воспитанников детского дома и детей, которые воспитываются в семьях. Было установлено, что у детей, воспитывающихся в детском доме, в обеих возрастных группах часто встречающимися заболеваниями являются: задержка психо-речевого развития, рахит, внутриутробное инфицирование, плюсне-вальгусные стопы. 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. Данные заболевания, аномалии развития могли послужить причиной отказа от этих детей.

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.

В рамках улучшения физических развития детей и снижения заболеваемости следует: изменить содержание и формы физического воспитания, превратить их в действенную меру охраны и укрепления здоровья воспитанников, гармонизации личности; реализовать индивидуальный подход к учащимся; создать новые формы физического воспитания детей, оставшихся без попечения родителей; проводить пропаганду среди семей, с целью усыновления детей, проживающих в детском доме.

Кроме того, по-видимому, физическое и психическое нездоровье подрастающего поколения – не только результат сложнейших социально-экономических процессов и экологических катастроф, происходящих в России в последние годы, но и следствие провалов в существующей системе физического воспитания подростков.



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.

## УСПЕШНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, КАК КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

*Марадзе Л.М.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблема успешности и удовлетворенности профессиональной деятельностью попадает в поле научного интереса чаще всего с точки зрения её содержательности и значимости, но реже с точки зрения условия её реализации, тогда как успешностью профессиональной деятельности в медицинской сфере (Ю.А. Карачарова, 2009), в сфере управления и в сфере образования (Б.Н. Тамбиев, 2010) занимались, в сфере профессий экстремального профиля она не попадала вообще. Вследствие этого возникает очевидное противоречие с одной стороны, увеличивается запрос на профессиональную деятельность, а с другой стороны осмысленности в отношении успешности и удовлетворенности не сложилось. Решая задачи оптимизации деятельности, как со стороны эффективности, так и со стороны субъективного благополучия специалиста, есть смысл рассматривать успешность и удовлетворенность, как критерий психического здоровья. Тем более, что особую значимость и специфичность данная проблема приобретает именно в профессиях экстремального профиля, которые тесно связаны с повышенным влиянием на личность стресс-факторов, т.к. осуществляется она в условиях возникновения различных проблемных ситуаций, которые определяют высокий уровень сложности, опасности и ответственности выполнения профессиональных заданий. Также необходимо отметить, что одной из многих характеристик современного общества является нарастание частоты и масштабов появления рискоопасных ситуаций, что несомненно ставит данные профессии в ряды первых по актуальности. Именно поэтому становится важным сформировать у личности социально-весомые черты, способствовать её гармонизации, повысить уровень её социальной адаптивности, иными словами сохранить и поддержать психическое здоровье.

Профессиональную деятельность представителей профессий экстремального профиля целесообразно представить в виде «идеальной модели». Выделение такой модели может рассматриваться как теоретическое

(или содержательное) обобщение, которое позволяет свести профессиональную деятельность к определенному теоретическому конструкту, в котором отражены компоненты деятельности и их связи.

Профессиональная деятельность предстает перед представителями профессий экстремального профиля в форме нормативно-одобренного способа деятельности. В процессе освоения профессии они «распредмечивают» нормативный способ, превращая его в индивидуальный способ деятельности. Внутренней, интимной стороной овладения профессией является формирование психологической системы деятельности на основе индивидуальных качеств субъекта деятельности путем их реорганизации, переструктурирования исходя из мотивов деятельности, целей и условий. Потребности человека, его интересы, мировоззрение, убеждения и установки, жизненный опыт, особенности отдельных психических функций, нейродинамических качеств, свойств личности являются исходной базой для формирования психологической системы деятельности.

Несомненно, что индивидуальные качества, из которых строится функциональная система, сами в процессе деятельности не остаются неизменными, а под влиянием требований деятельности приходят в движение, приобретая черты оперативности, тонкого приспособления к этим требованиям. Второй принцип, который необходимо отметить, - системность проявления индивидуальных качеств деятельности. Они выступают не изолированно, а объединяются в систему деятельности.

Анализ теоретических работ (Шадриков В.Д., 1996; Дружинин В.Н., 1999) и эмпирический анализ деятельности профессий экстремального профиля позволяют представить следующие основные функциональные блоки.

1. Мотивы деятельности, содержащие удовлетворенность ею, которые включают: гуманистическую направленность служебно-боевой деятельности; глубокое понимание и осознание государственного значения и важности выполняемых задач; любовь к профессии; гражданское мужество, принципиальность; сознательное стремление к преодолению трудностей и настойчивость в достижении цели;

2. Цели деятельности, которые формируют ее содержание и выражаются в конкретных ожидаемых результатах, отражая успешность.

3. Программы деятельности, которые отражают представления о реальном ее содержании и процессе, включая адекватное восприятие предстоящих трудностей, условий, требований службы; умение правильно понимать и оценивать мотивы поведения товарищей и социально-психологические явления в коллективе; знание ухищрений, приемов, применяемых противоборствующей стороной;

4. Информационная основа деятельности, включающая совокупность информации о ее предметных и субъектных условиях реализации (в форме как реальных сигналов, так и образов, представлений этих сигналов, включая конкретные профессиональные знания);

5. Принятие решений, как процесс выявления проблемной ситуации, выдвижение гипотез (вариантов решений), определение принципа решения, выработка суждения о вариантах решения, их оценка (выбор наиболее оптимального варианта);

Перечисленные функциональные блоки выделены в качестве составляющих психологической системы деятельности представителей профессий экстремального профиля по той причине, что отражаемые в них структуры являются основными компонентами реальной деятельности. Достаточная развитость и выраженность этих компонентов, а также их целостное единство, является показателем высокого уровня психологической подготовленности специалиста к деятельности в экстремальных условиях.

В структуре выделяемых функциональных блоках наибольшую значимость имеют такие компоненты как успешность и удовлетворенность трудовой деятельностью, которые выступают как критерии психического здоровья.

Под удовлетворенностью трудом Ф. Херцбергер понимал, эмоционально окрашенное оценочное представление субъекта деятельности о результате своей трудовой активности, о самом процессе работы и внешних условиях, в которых она осуществляется. Удовлетворенность содержанием и характером работы занимает центральное место в профессиональной деятельности. Интерес к процессу деятельности может быть важным мотивирующим фактором.

О.Н. Родин говорил, что успешность деятельности является оценочной категорией, содержание которой зависит от субъекта, дающего оценку. Внутренняя оценка успешности деятельности возникает в результате соотнесения вознаграждения за совершенные действия с представлениями личности об их результативности, об особенностях своего взаимодействия с окружающими, о собственной инициативности; а также с мотивационно-оценочными структурами личности и затратами на достижение результатов. Если внешняя оценка успешности опирается главным образом на результативность деятельности субъекта, то для внутренней оценки не менее важно, ценой каких затрат достигается этот результат [2].

Немало важным вопросом в исследовании удовлетворенности и успешности трудовой деятельностью, является наличие взаимосвязи между ними.

Большинство зарубежных исследователей (Baird L.S., 1976; Jacobs R., Solomon T., 1977; Sheridan J., Slonim J., 1975; Wanous J., 1974) и отечественных (Кузьмина Н.В., 1990; Реан А.А., 1980; Стамбулова Н.Б., 1999) считают, что такая взаимосвязь имеется.

Причем ряд авторов (Волошинов Н.Л., 1987; Гуревич К.М., 1970; Журин Н.В., 1991; Прокофьева В.А., 1997; Baird L.S., 1976; Jacobs R., Solomon T., 1977; Sheridan J., Slonim J., 1975; Wanous J., 1974) считают, что удовлетворенность профессиональной деятельностью положительно влияет на эффективность ее осуществления, которую они называют результативностью.

Однако другие исследователи (Кузьмина Н.В., 1990; Родина О.Н., 1996; Рейковский Я.В., 1979; Пырьев Е.А., 1993; Тайсаева А.В., 1999; Lawler E., Porter L., 1967; Shwab D., Cumming L., 1970; Locke E., 1970) утверждают, что высокие достижения в деятельности являются источником удовлетворения, особенно когда они подкрепляются внешними вознаграждениями (в виде заработной платы).

Так же, существуют исследователи, которые полагают, что удовлетворенность и успешность деятельности взаимосвязаны и оказывают влияние друг на друга (Журин Н.В., 1991; Магун В.С., 1983; Siegal J., Bowen D., 1971). Успешность деятельности является причиной удовлетворенности содержанием труда и следствием удовлетворенности условиями труда и материальным вознаграждением.

Ю.Н. Лысенко [1] считает удовлетворение работой одним из критериев эффективности профессиональной деятельности.

Е.Ю. Пряжникова утверждает, что важнейшим условием развития профессионального самосознания является удовлетворенность трудом, что осознание себя в качестве признаваемого обществом эффективного работника по значимой для общества профессии становится условием принятия этой профессии как основного дела своей жизни и следовательно принятия человеком своей жизнедеятельности и самого себя [4].

По мнению Н.Н. Радула «специалиста, чувствующего удовлетворенность своим трудом, которому удается осуществить свои профессиональные идеи и планы, с большей степенью уверенности можно назвать успешно работающим, чем наоборот» [5].

Данные исследования (Журин Н.В., 1991; Кузьмина Н.В., 1990; Родина О.Н., 1996) доказывают взаимосвязь между успешностью и удовлетворенностью профессиональной деятельностью, которая рассматривается в качестве очень важных человеческих ресурсов, с которыми следует не только считаться всерьез в контексте организационной культуры и своеобразия, но также принимать во внимание в управлении эффективностью и качеством. Исходя из этого можно сделать вывод о том, что удовлетворенность и успешность выступают результатами профессиональной деятельности и критериями психического здоровья. Успешность выступает как внешний критерий, а удовлетворенность как внутренний.

#### Литература:

1. Лысенко Ю. Н. Эффективность профессиональной деятельности / Монография / Ю. Н. Лысенко ; М-во общ. и проф. образования РФ. Самар. гос. пед. ун-т 1998
2. Кубышкина М.Л. Психологические особенности мотивации социального успеха. Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05. - СПб., 1997. 222с
3. Маркова А.К. Психология профессионализма. М., 1996. 308 с.

4. Пряжникова Е. Ю. Психологические основы развития профессионального самосознания профконсультанта. Дис. ... д-ра психол. наук. Тверь.2001.

5. Радул Н.Н. Особенности профессиональной самореализации военного психолога. автореф. диссертации на соискание степени кандидата псих.наук, М.2001.

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СУБЪЕКТНОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

*Марадзе Л.М., Лавлинская А.А.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Охватывающее многочисленные сферы нашей жизни, время усиленной модернизации общества и мира в целом, которое характеризуется не только высоким масштабом введения новых технологий, но и риском возникновения глобальных катастроф, стихийных бедствий, информационных и ядерных войн, вызывает острую необходимость в профессиях экстремального профиля. И поэтому очень важно иметь в данном типе профессий человеческий ресурс, устойчивый к различным стресс-факторам, рискоопасным ситуациям, обладающий физической, функциональной и психологической надежностью. Необходимо также отметить особую значимость наличия у представителей данного профиля профессий ,оптимального уровня развития рефлексов самосохранения, достаточно развитых жизненных ценностей (трансцендентных),а также оптимума уровня мотивации, и гибкости мышления(т.е. способности находить решения задач в стрессовых ситуациях).

Проблема психологической структуры субъектности представителей профессий экстремального профиля на этапе методологического анализа ,осуществлялось через решение задачи изучения степени разработанности выбранной нами тематики. В качестве методов были выбраны историко-перспективный и сравнительный анализ исследуемого предмета.

Исследование психологической структуры субъектности представителей профессий экстремального профиля в доступном для нас масштабе не найдено. Однако существует ряд работ, авторы которых изучают психологическую структуру субъектности у представителей различных профессий. Так, например И.А. Серегина занималась изучением психологической структуры субъектности педагогов. Предположив, что в структуру субъектности педагога входят и являются важными следующие компоненты: активность, способность к рефлексии, свобода выбора и ответственность за него, осознание собственной уникальности, понимание и принятие другого, саморазвитие.

Обнаружилось, что детерминантой структуры субъектности педагога является характеристика активности.

По результатам исследования был сделан ряд выводов:

1) Субъектность педагога имеет четырехфакторную структуру, включающую в себя сознательную творческую активность, способность к рефлексии, осознание собственной уникальности, понимание и принятие другого.

2) Детерминантой структуры субъектности педагога является фактор сознательной творческой активности, представляющий ее инвариантную часть. Факторы: «способность к рефлексии», «осознание собственной уникальности», «понимание и принятие другого» являются вариативными компонентами структуры и предстают в индивидуальном своеобразии для каждого человека, наполняя содержание субъектности, в зависимости от сочетания между собой и фактором сознательной творческой активности, разными смыслами.

3) Изменение структуры субъектности педагога происходит в связи со становлением в профессии: чем старше учитель, чем больше стаж педагогической работы, тем больше учитель относится к себе как ценности и субъекту своей профессиональной деятельности и ученику как ценности и субъекту его собственной ученической деятельности. Этому изменению способствует связь между факторами сознательной творческой активности и понимания и принятия другого. Поэтому фактор «понимание и принятие другого» является дифференцирующим компонентом структуры субъектности педагога [1].

И.В. Сыромятников изучал психологическую сущность, содержание, динамику и условия развития профессиональной субъектности офицеров ВС РФ. В качестве гипотезы исследования было выдвинуто предположение о том, что: профессиональная субъектность офицера представляет интегральное психическое качество, основанное на позитивном самоотношении, рефлексии и признании у себя деятельных, активно-преобразующих возможностей в профессиональной сфере и опыте офицера, определяющее его тенденцию и способность к инициации и регулированию профессиональной активности в соответствии с внутренними критериями эффективности и целесообразности в ситуациях, предполагающих определенную свободу выбора и ответственность за него. Проявление профессиональной субъектности находит свое выражение в принимаемом офицером управленческом решении, устанавливающем субъективно-психологические границы его ответственности за действия и поведение в конкретных ситуациях профессиональной деятельности.

Проведенное исследование показало, что выдвинутая гипотеза нашла свое подтверждение, поставленные задачи решены, что позволило сформулировать основные теоретические выводы и предложить практические рекомендации.

В ходе исследования были обоснованы сущность, структура и механизмы функционирования профессиональной субъектности. Выявлено, что динамика развития профессиональной субъектности офицеров характеризуется усилением взаимосвязи ее структурных компонентов

(мотивационного, рефлексивного, операционального), что способствует усилению и стабилизации тенденций автономности, рефлексивности, оптимальности и творчества в профессиональном поведении офицера [2].

Показатели структуры субъектности на материале становления профессиональной субъектности студентов вузов изучал М. В. Иссаков. Автором были выдвинуты следующие гипотезы:

- Субъектность является устойчивой, интегральной личностной характеристикой. Профессиональная субъектность развивается на основе общей субъектности человека в ходе овладения профессией.

- Субъектность, как общая, так и профессиональная, обладают внутренней структурой взаимосвязанных компонентов: ответственность, личностная автономия, рефлексия (включая рефлексии на этапе выбора), и самоконтроль.

В результате была выявлена эмпирическая структура субъектности у представителей различных социально-демографических групп, состоящая из пяти компонентов: свободы, ответственности, общей рефлексии, рефлексии выбора, контроля [3].

В результате проведения теоретико-методологического анализа феномена субъектности в качестве методологического обоснования был выбран подход Н.Я. Большуновой. Н.Я. Большунова выдвигает свои представления о субъекте и субъектности. Суть ее концепции состоит в том, что субъектность присуща человеку на протяжении всей его жизни, в то же время человек настолько субъектен, насколько способен «восходить» в социокультурное (духовное) пространство, насколько соизмеряет себя с социокультурными образцами представляющими собой композицию ценностей как мер, свойственных определенному типу культуры. Эта способность находится в социокультурном пространстве представлена как связь и единство в человеке конечного и бесконечного (человек конечен как индивид, как личность и бесконечен как индивидуальность и субъект).

По мнению автора «Субъектность, являясь квинтэссенцией индивидуальности, интегрирует в себе все уровни существования человека, все его качества, что и позволяет субъекту быть автором собственной жизни». Так же Большунова выделяет такую функцию субъекта как «домостроительство» т.е. саморегуляцию, «которая разрешает противоречия между личным и социальным, социально значимым и социокультурным. Все это становится возможным, поскольку человек как субъект способен «снимать» эти противоречия из позиции «внеаходимости», в какой-то мере «отстраняясь» от своего индивидуального и социального функционирования, соизмеряя свою жизнь, мысли, переживания, действия с образом человеческого в человеке». По ее мнению в структуре субъекта должны быть представлены такие параметры, благодаря которым человек может: «находиться в состоянии внеаходимости, быть автором собственной жизни (осуществлять домостроительство), осуществлять восхождение к адекватной себе форме духовности, производить работу по отношению к самому себе по

«собирацию» своей индивидуальности, осуществлять работу по отношению к миру по онтологизации абсолютных ценностей. Такими структурными компонентами субъекта являются рефлексия, ответственность социокультурным основаниям (абсолютным ценностям), ответственность своим индивидуальным особенностям, выбор поступка».

Таким образом, изучив работы по данной тематике, мы предположили, что структура субъектности имеет свою специфику в зависимости от профессиональной деятельности человека. В структуру субъектности представителей профессий экстремального профиля входят и являются важными следующие компоненты: самоактуализация, креативность, ответственность, саморегуляция и рефлексивность. Данные компоненты имеют в своем содержании наиболее оптимальные качества, повышающие эффективность работоспособности, усиливающие значимость осуществляемой деятельности, а также ее актуальность.

#### Литература:

1. Серёгина И.А. Психологическая структура субъектности как личностного свойства педагога: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. - М., 1999.
2. Сыромятников И.В. Психология профессиональной субъектности офицеров вооруженных сил РФ: автореф. дис. ... д-р. психол. наук: 19.00.03. - М., 2007.
3. Исаков М.В. Показатели и структура субъектности (на материале становления профессиональной субъектности у студентов вузов): автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. - М., 2008.

## ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

*Маркова Е.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Психическая жизнь человека состоит из разных «частей» или сфер, которые взаимодействуя между собой, составляют уникальность каждой личности. Это - эмоции, воспоминания, коммуникативные способности, телесное осознание, мышление, поведенческие или двигательные навыки, потребности, рефлексия и многое другое. Когда все эти сферы задействованы в повседневное решение различных задач - человек развивается, получает удовольствие от своей жизненной компетентности. Но случается, что одна из перечисленных «частей» психической жизни «блокируется» и перестает использоваться. Обычно, это происходит совершенно незаметно для сознания человека. Именно в этом и выражается явление диссоциации.

Изначально диссоциация представляла собой описание некоторых психологических феноменов, имеющих сходные признаки и расположенных на континууме норма – патология. На одном полюсе гипотетического континуума располагаются «нормальные» проявления диссоциации, такие,



как абсорбция и рассеянность, тогда как на другом полюсе этого континуума находятся «тяжелые» формы психопатологии, выраженные в симптомах диссоциативных расстройств [1].

Целью исследования является изучить теоретическое обоснование проявления диссоциативных состояний в норме и патологии.

Объект исследования – психическая диссоциация в норме и патологии.

Предмет исследования – особенности проявления психической диссоциации.

Задачи исследования:

- сформировать представление о феномене психической диссоциации;
- охарактеризовать особенности проявлений форм психической диссоциации в норме и патологии;
- представить феноменологический анализ психической диссоциации в норме и патологии.

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. Основной чертой патологической диссоциации является нарушение интегрированных в норме функций, в результате чего часть этих функций утрачивается. Диссоциация также определяется как разведение, разобщение связей, бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычных взаимосвязей [1].

Согласно Людвигу, диссоциация является процессом, посредством которого определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти [3].

Вестопределил диссоциацию как психофизиологический процесс, посредством которого потоки входящей и выходящей информации, а так же сохраняемая информация активным образом отклоняются от интеграции при помощи образования обычных или ожидаемых ассоциативных связей [5].

Характеристиками диссоциативных состояний являются:

- а) такие изменения мышления, при которых доминируют архаические формы;
- б) нарушение чувства времени;
- в) чувство потери контроля над поведением;
- г) изменения в эмоциональной экспрессии;
- д) изменения образа тела;
- е) нарушения восприятия;
- ж) изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом;
- з) чувство «омоложения» или возрастной регрессии;
- и) высокая восприимчивость к суггестии [4].

Диссоциация также определяется как состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными, а также и как защитный процесс, ведущий к такому состоянию [2].

Диссоциативными феноменами проявления нормы являются:

- абсорбция;
- рассеянность;

Диссоциативными феноменами проявления патологии являются:

- деперсонализация;
- диссоциативные изменения идентичности;
- амнезии.

Диссоциация является одним из механизмов совладания с психической травмой, когда переживание травматической ситуации сопровождается возникновением трех разных феноменов, которые имеют характерные отличительные особенности, но, тем не менее, связаны друг с другом. Это первичная, вторичная и третичная диссоциация.

Феномен первичной диссоциации. Непосредственно в первые мгновения травматического события многие люди не в состоянии воспринять целостную картину происходящего. В этом случае сенсорные и эмоциональные элементы события не могут быть интегрированы в рамках единой личностной системы памяти и идентичности и остаются изолированными от сознания. Тогда переживание травматической ситуации разделено на изолированные соматосенсорные элементы. Фрагментация травматического опыта сопровождается эго-состояниями, которые отличны от обыденного состояния сознания.

Вторичная, диссоциация часто имеет место у индивидов, переживающих травматическую ситуацию, и включает феномены выхода из тела, дереализации, анальгезии и др.

О третичной диссоциации говорят в том случае, когда имеет место развитие характерных эго-состояний, которые содержат в себе травматические переживания и состоят из сложных личностных идентичностей, обладающих своими специфическими когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами.

Необходимо отметить, что диссоциация является фундаментальным свойством психики и лежит в основе многих феноменов, имеющих место как при ее нормальном функционировании, так и при многих видах психопатологии. Множество форм диссоциативных состояний, а также их распространенность дают основание предполагать, что они занимают важное место в функционировании психики и обладают большой ценностью с точки зрения адаптации к меняющимся условиям окружающей среды.

Литература:

1. Агарков В. А., Тарабрина Н. В. Шкала диссоциации (Dissociation Experience Scale – DES). / Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Калмыкова Е. С.,

Макарчук А. В. и др. «Практикум по психологии посттравматического стресса» под ред. Тарабриной Н. В. Спб.: Питер, С. 197—208, 2001

2. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 1995.

3. Ludwig A. M. The psychological functions of dissociation. // American Journal of Clinical Hypnosis, V.

4. Ludwig A. M. Altered states of consciousness. // Archives of General Psychiatry, V. 15, P. 225—234, 1966

5. West I. J. Dissociative reactions. / Freeman, A.M. & Kaplan, H.I. (Eds.) Comprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*Милькота В.А.*

Республиканский научно-практический центр медицинской  
экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Минский р-н, Республика  
Беларусь

Неврологические проявления поясничного остеохондроза представлены достаточно широким спектром нарушений. Основным сопутствующим психовегетативным нарушением при поясничном остеохондрозе является психогенная боль в спине [1]. Выявлены четкие взаимосвязи интенсивности болевых ощущений и выраженности психических изменений. Интенсивность боли при остеохондрозе позвоночника коррелировала с такими психологическими особенностями, как напряженность, тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, склонность к пессимистической оценке перспективы, повышенное внимание к своим ощущениям, ригидность, склонность к фиксациям, ипохондрическая настроенность.

Болевой синдром никогда не представлен изолированно, а всегда сочетается с жалобами психопатологического и психовегетативного характера. Состояние дистресса, усугубление психологического конфликта, декомпенсация эмоционально-личностных расстройств, всегда приводят к интенсификации и/или генерализации боли . [2]

Исследование проведенное нами показало, что наличие хронической боли у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза значительно снижают их качество жизни. Только незначительное количество пациентов считают, что заболевание несколько не нарушает их повседневную жизнь и ни влияет на активность и трудоспособность. Остальные пациентов считают, что заболевание и наличие болей у них значительно снижают их активность и трудоспособность. [3]

Наличие у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза напряженности, подавленности, тревоги и депрессии

значительно снижает реабилитационный потенциал. Для коррекции данных показателей необходимо применение психотерапии.[4]

Психотерапевтическая работа при хронической боли направлена на постепенное увеличение физической активности, улучшение эмоционального состояния, снижение зависимости от анальгетиков, коррекцию представлений о природе возникновения болевых ощущений, уменьшение внешнего положительного подкрепления болевого поведения и формирование адаптивного поведения. В обязательном порядке проводится обучение релаксации, градуированной экспозиции и навыкам отвлечения внимания.

Увеличение физической нагрузки успешно продвигается при понимании того, что небольшая физическая активность не вредна, а полезна. Лучше это осознать позволяет ведение дневника самонаблюдения в котором фиксируется поведенческая активность и количество времени, проведенного лежа из-за боли в спине.

В качестве релаксации используется аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, психорелаксационная терапия на основе биологической обратной связи и различные медитативные техники.

Проведено психологическое обследование 64 пациентов неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза на базе экспертного отделения РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации. Из них 24 женщин (37,5%) и 40 мужчин (62,5%).

Контрольную группу составили 50 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами.

Для определения психологического статуса пациента были применены следующие методики: госпитальная шкала тревоги/депрессии Бека, шкала для оценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина.

Для проведения психологической реабилитации были использованы метод музыкотерапии и метод мышечной релаксации.

В основе метода прогрессивной мышечной релаксации лежит использование системы упражнений, состоящих из чередования напряжения и расслабления различных мышц и мышечных групп: а) лица; б) шеи и рук; в) спины и живота; г) ног (бедра, голени, стопы). Обязательным условием освоения методики является концентрация внимания на процессе напряжения, расслабления и особенно на ощущениях, возникающих при переходе мышцы от напряженного состояния к расслабленному. Методика основана на том, что попеременное напряжение и расслабление мышц позволяет сравнивать эти два состояния и облегчает обучение релаксации. Кроме того, считается, что напряжение мышц перед попыткой их расслабления может давать дополнительный импульс, позволяющий добиться более глубокого расслабления. При проведении занятий пациентов обучают улавливать минимальное повышение мышечного тонуса и достигать выраженной релаксации.

Вместе с выбранной музыкой психолог зачитывал текст, который позволял пациентам добиться мышечной релаксации.

Психотерапевтические сеансы проводились курсами от 5 до 10 раз в течение 1-2 недель. При необходимости курс повторяли.

Для достижения лучшего эффекта пациентов обучали техникам релаксации, которые они могли использовать самостоятельно в своей повседневной жизни.

Для контроля успешности подобного вида реабилитации были использованы шкалы тревоги/депрессии Бека, а также шкала депрессии Спилбергера. Данные шкалы пациенты должны были заполнять перед проведением психологической реабилитации и после нее.

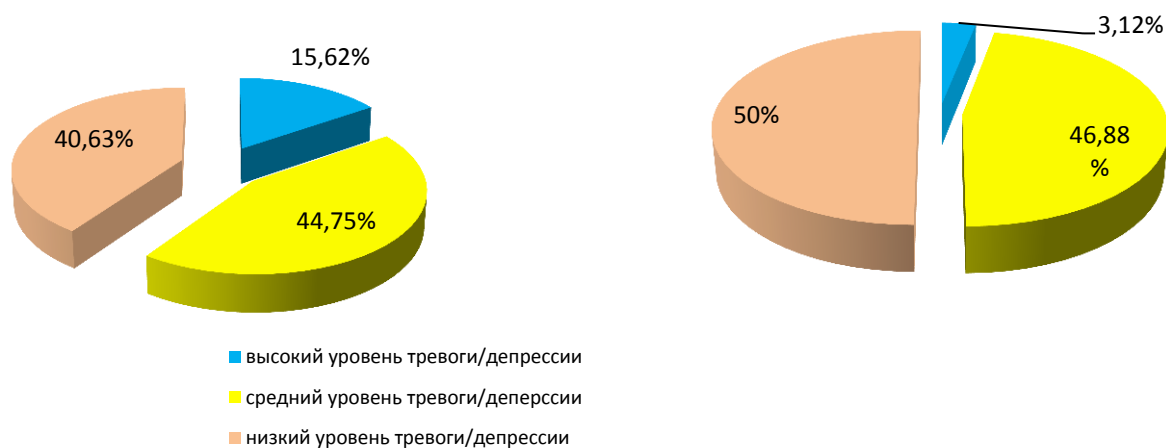


Рис. 1. Данные полученные при помощи опросника тревоги/депрессии Бека до и после проведения психотерапии.

Как видно из рисунка 1, после проведения психотерапии у пациентов значительно снизились показатели тревоги и депрессии. Так, если до проведения психотерапии высокий уровень тревоги и депрессии (19 и выше баллов) наблюдался у 15,62% пациентов (10 человек), то после проведения психотерапии высокий уровень тревоги и депрессии наблюдался у 3,12% (2 человека). Средний уровень тревоги и депрессии до проведения реабилитации был у 44,75% пациентов (28 человек), после – у 46,88% (30 человек), после проведения психотерапии значительно улучшились показатели, так пациентов с низким уровнем тревоги и депрессии стало 50% (32 человека).

У пациентов значительно понизился уровень ситуативной тревожности. Если до проведения психотерапии высокий уровень ситуативной тревожности встречался у 37,5% пациентов (24 человека), то после проведения терапии – у 18,75% (12 человек). Значительно увеличился и показатель низкой ситуативной тревожности с 21,87% до 43,75%, что говорит о том, что пациенты научились контролировать собственную тревогу в определенных ситуациях.

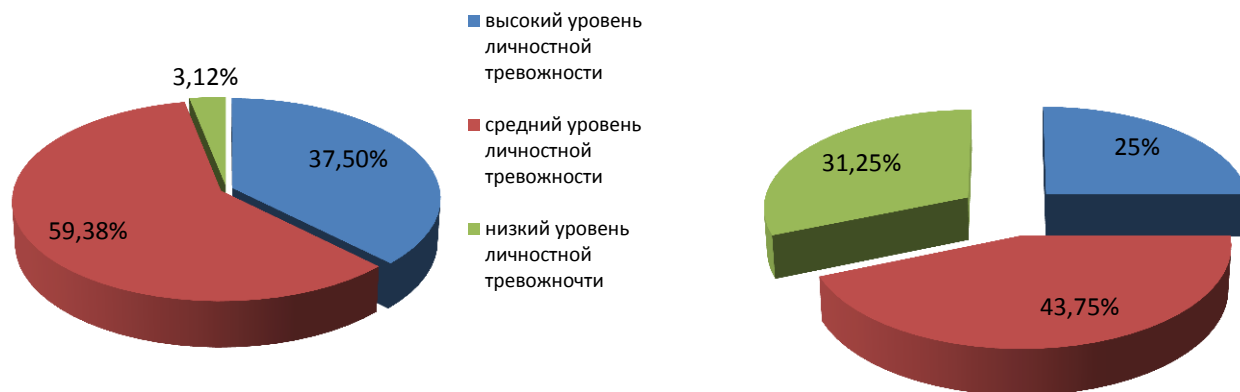


Рис. 3. Уровень личностной тревожности по результатам опросника Спилбергера до и после проведения психотерапии.

Показатель личностной тревожности, как показатель черты личности, труднее поддается коррективке. Однако, даже показатель личностной тревожности удалось снизить используя методы мышечной релаксации и музыкотерапию. Так, после проведения терапии, низкий уровень тревожности диагностировался у 31,25% пациентов, а перед проведением терапии только у 3,12%.

Анализируя данные можно отметить, что у лиц с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза с психогенной болью в спине часто при диагностике психоэмоциональных состояний встречается высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, что снижает у пациентов чувство уверенности в себе, повышает уровень депрессии и ухудшает, таким образом, качество жизни пациентов.

Таким образом, можно говорить о возможности и необходимости своевременной диагностики психоэмоционального состояния у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза для своевременного составления индивидуальной программы реабилитации, которая включала бы в себя психокоррекцию, направленную на снижение уровня ситуативной и личностной тревожности у пациентов, для улучшения качества жизни при помощи таких методов как: музыкотерапия и метод мышечной релаксации Джекобсона.

#### Литература:

1. Waddell G. The back pain revolution. Edinburg. Churchill Livingstone, 1998.
2. Chatzitheodorou D., Mavromoustakos S., Milioti S. The effect of exercise on adrenocortical responsiveness of patients with chronic low back pain, controlled for psychological strain // Clin Rehabil, 2008.– №4. - P. 319-328.

3. Волчегорский И.А., Местер А.М. Вклад невропатической боли в снижение качества жизни при поясничном остеохондрозе // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.– 2009. - №6. – С. 69-71.

4. Личко А.Е. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград, 1983 г.

## САМОПОНИМАНИЕ ПАЦИЕНТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КЛИНИКЕ

*Минигалиева М.Р.*

Калужский государственный университет им. К. Циолковского, г.  
Калуга, Россия

В современном консультировании и психотерапии все более распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям, имеющим психологические проблемы, но и физически больным людям. Развиваются представления о психологических факторах и аспектах физического здоровья и болезней. Особое внимание отводится исследованию стиля жизни как одного из ведущих факторов возникновения большинства хронических, в том числе терминальных, заболеваний. Происходит раздвижение рамок картины болезни до «картины человека» [1; 2; 3; 7; 11; др.]. Практически общепризнанно, что психологические факторы играют важную роль в происхождении и течении заболевания. Психосоматика – это учение о тесной связи психических и соматических процессов в организме, одна из задач которого – исследование роли психологических факторов в генезисе телесных заболеваний. Соматическое состояние может оказывать патогенное или, напротив, саногенное, влияние на психику человека. Механизмы влияния неоднородны: от психологических последствий интоксикации до внутренней картины заболевания и его последствий [6].

Болезнь ограничивает человека в достижении важных для него целей – заставляя отказываться от них или замещать более доступными. Возникает фрустрация и/или личностный кризис: ситуация развития личности в условиях болезни квалифицируется как кризисная [7; 11]. Внутри нее возникает патологическое поведение, связанное с болезнью, во многом способствующее развитию заболевания. Помимо того, происходят существенные изменения в осмыслении (изменения способов понимания) человеком мира и самого себя, меняется и мировоззренческая (ценностно-смысловая) позиция субъекта по отношению к себе и другим людям. Возникает новый стиль жизни, способствующий или дальнейшему развитию патологических процессов и ресоматизации функций, в котором адекватное понимание происходящего человеком на всех уровнях его бытия либо невозможно, либо ненужно, либо десоматизации и выходу из болезни в процессе обретения нового самопонимания и понимания мира.

Именно поэтому все более часты исследования, посвященные осмыслению непонимания человеком себя и мира, других людей как

причины физических и психических заболеваний (что иллюстрируют, например, классические психоаналитические концепции невроза органа или “конверсии на орган” и др.) [11]. Начинается осмысление профилактической функции самопонимания, как способа избежания психических и физических нарушений, ошибочных поступков в личной и профессиональной деятельности человека (например, в “превентивной медицине”). Осуществляются попытки функционального рассмотрения болезненных состояний как источников переосмысления себя и мира, рекомендации по созданию адаптивных coping-стратегий и разрушению неадаптивных, “медицинского” поведения (illness behavior): отношение к себе не столько как к человеку, сколько к больному человеку, сосредоточенность на своих болезненных телесных переживаниях, обращенность в прошлое [3; др.].

В гуманистической психологии, одном из ведущих направлений, занимающихся проблемами психологической помощи соматическим больным, понятие здоровья рассматривается через понятие полноценного, полнокровного функционирования человека, предполагающего необходимость реализации всех заложенных в человеке продуктивных возможностей и потенций, в частности, его способности к самопониманию в общем контексте социальной жизнедеятельности и конкретной ситуации общения с другими людьми, осмыслению себя как части социального и природного миров.

Способность к самопониманию как способность к осмыслению своих действий, переживаний и внутренних особенностей, характеристик, реализацию этой потребности во многом определяет возможность сохранения и поддержания психического и физического здоровья человека, сохранения человеческой жизни в целом. Лишенный возможности в полной мере осознавать происходящее, не обладающий “разбуженным сознанием” человек гибнет намного быстрее, чем те, кто демонстрируют незаурядную волю и способности к осмыслению себя и своих поступков, интенций и поступков других людей.

“Воля к смыслу”, пониманию себя самого и других людей способна вернуть человека из психопатического в здоровое состояние, в режим “нормального” функционирования. Пересмотр жизненных условий, образа жизни человека, в свою очередь, часто ведет к психологическому и физическому оздоровлению человека: самоубийца проходит через “второе рождение”, безнадежный раковый больной, принимая себя самого и мир как данность, получает шанс на исцеление, осознавая, что для того, чтобы справиться с болезнью ее не надо ненавидеть - “достаточно ее понимать” и “если человек смог способствовать ее возникновению, то может способствовать и излечению”. Трансляция этих установок является центральным моментом оказания эффективной медицинской и психотерапевтической помощи больному человеку [10; др.].

Характер организации индивидуального опыта субъекта оказывает значимое влияние на выбор стратегии поведения и образ жизни человека в целом. Так, излишне клишированное и стереотипизированное восприятие



себя и мира, приводящее к потере познавательного и ценностного интереса к другим людям и самому себе, снижению толерантности к ситуациям неопределенности, превращению мира в “обыденный и известный”, “понятный” - “открытую книгу” - часто сопутствует психологическому и физическому, физиологическому старению человека, возникновению болезней “духа и тела”. Известно, например, что долгожители характеризуются оптимистичным, доброжелательным и ответственным отношением к себе и к миру, сохраненным высоким познавательным интересом. Пессимисты и “экстерналы”, стремящиеся свалить все неудачи в своей жизни и приписать ответственность за свое здоровье или нездоровье обстоятельствам или окружающим людям, напротив, более подвержены психическим и физическим заболеваниям, раньше стареют.

Развитие самопонимания и понимания других ведет к оздоровлению человека и его межличностных отношений. В этом, например, суть одного из главных экспириентальных открытий К.Роджерса [8]. Однако полное, абсолютное понимание не всегда уместно и необходимо. Проникновение во все более глубокие слои личности - процесс довольно болезненный и опасный. Общей иллюстрацией этого тезиса служит обращение к рассмотрению сущности инвариантного для всех современных психотерапевтических систем “средства” проникновения в глубины личностных переживаний: различаясь по своему конкретному содержанию и способам “моделирования” в конкретной ситуации общения, главным средством понимания человека остается фрустрация тех или иных обыденных паттернов его функционирования. Т.о., “переход” к здоровью осуществляется через символически изображаемую и поддающуюся управлению “смерть старого” и “рождение нового” человека, нового видения, понимания мира и себя самого. Примером этого явления выступает феномен профессиональной невротизации самих психотерапевтов как результат обостренной склонности к самоанализу и самоисследованию. В связи с этим, среди терапевтов довольно широко распространенным является понятие “бегство в здоровье”. Страх перед открывающейся глубиной индивидуальных и общечеловеческих смыслов, ставит человека перед необходимостью осознания своей “всеобщей человечности” и уникальности, осознания всей сложности и всей простоты человеческого существования, осмысления присущей человеку доброты, сочетающейся со столь же человеческими по своей природе проявлениями «теневых сторон». Поэтому клиент или пациент нередко отказывается от дальнейшего понимания происходящего, и - выздоравливает. Особенно типичными такие ситуации бывают, если болезнь человека – в действительности лишь средство контроля над поведением окружающих, дающая возможность в той или иной мере полного удовлетворения некоторых базисных для каждого человека нужд.

В обычной жизни прорыв человека к “понимающей коммуникации” затрудняется бытующими в нашей жизни обыденными представлениями о понимании. “Вершиной” человеческого развития и межличностного взаимодействия часто считается не самопонимание, а способность к

абсолютному контролю и самоконтролю как своих поступков и переживаний, так и действий, высказываний, мыслей и чувств другого человека .

Таким образом, проблема понимания предстает как важное связующее звено в интерпретации взаимоотношений “души и тела” человека. Осмысленность жизни - условие ее полноты, психофизического благополучия личности. Понимание особенностей функционирования различных уровней человека (уровня ощущений, соматического уровня; уровня осознания, психического уровня; уровня выражения - поведенческого) выступает важным фактором достижения их конгруэнтного взаимодействия. Снятие “блоков” и “фасадов” на пути конгруэнтного осознания и выражения глубинных человеческих переживаний и интенций выступает как значимое условие человеческого здоровья и взросления. Умение “слушать” свое тело, разговаривать с ним, относится как к “собеседнику”, отдельному “голосу”, части личности заслуживающему как и все остальные компоненты нашего “Я” “всей нашей любви и принятия”, вера в возможности его изменения и выздоровления, доверие к своему внутреннему голосу, интуиции - важное условие выздоровления и физического совершенствования человека.

Целостное, неотчужденное понимание способствующее восстановлению внутренней гармонии и целостности существования человека является целью и психологии и медицины - отмечают такие исследователи, как А.Ф.Копьев , Т.А.Флоренская [4; 12] и многие другие. Выбор способа понимания взаимосвязан с ценностным потенциалом понимающего субъекта, его целями. Здоровый человек, в отличие от больного и “старого” способен ставить перед собой и достигать конкретные цели, его осмысление себя и мира телеологично и прогностично. Больной человек, человек “уставший от жизни”, ориентированы на каузальные объяснения происходящего, живут прошлым. Поэтому работа психолога, терапевта, часто и заключается в том, чтобы помочь клиенту “восстановить связь времен” его жизни, создать новое видение, реинтерпретацию субъективного опыта клиента и картины заболевания, новые жизненные перспективы. Согласованность (понимания) образов прошлого, будущего и настоящего человека, их единство выступают - значимое условие человеческой деятельности, психического и физического здоровья [8; др.].

Для выздоровления бывает важно осознать, что хотят сказать человеку его тело, выступающее как «язык души», симптом, созданный им, его интенциональная логика (intentional logic of symptoms) и изменить эту логику в процессе консультирования [6; 7; 9; 10; 14]. Е.Дж. Кассель [13, р.47-83] приводит интересное различие между заболеванием и болезнью (illness and disease). Он описывает заболевание как состояние человека - его субъективное переживание нарушения здоровья. Понятие «заболевание» также включает в себя способ воздействия на него (что нужно сделать, чтобы почувствовать себя лучше), а также причины, объясняющие определенный эпизод и то значение, которое пациент приписывает заболеванию. Болезнь,

напротив, определяется тем, что говорит пациенту терапевт. Терапевт апеллирует к научным данным, их объяснениям преимущественно объективных причин данного диагноза. В этом случае сознание и тело разделены. Успешное лечение, однако, предполагает десоматизацию и воздействие на психологические и социальные условия, в которых живет человек как причины заболевания.

Психологическая помощь пациентам в клинике предполагает:

- ◆ понимание и изучение внутренних картин болезни и здоровья пациента, его понимания себя и своей болезни;

- ◆ совершенствование объяснительных моделей болезни специалиста за счет целостного, многофакторного и опирающегося на постоянно обновляющиеся профессиональные знания и подходы осмысления происходящего во внутреннем мире и телесном организме пациента,

- ◆ изучение и коррекцию различий объяснительных моделей специалиста и пациента, выработку общего видения болезни, способов совладания с нею, и здоровья, способов его достижения.

Литература:

1 Введение в практическую социальную психологию./ Под ред. Ю.М.Жукова, Л.А.Петровской, О.В.Соловьевой.-М.:Наука, 1996. 255с.

2. Гройсман А.Л. Медицинская психология. М.: Магистр, 1997. 360с.

3. Гуманистический подход к охране здоровья / Отв. ред. Н. Берковитц. М.: Аспект-Пресс, 1998. 254с.

4. Копьев А.Ф. Особенности индивидуального психологического консультирования как диалогического общения. Автореферат дисс. ... психол. н. М.: АПН СССР, 1991. 18 с.

5. Любан-Плоцца Б. И соавт.. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: Медицина, 1994. 180с.

6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. 230с.

7. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии.// Телесность человека: междисциплинарные исследования./ Под ред. В.В. Николаевой, П.Д. Тищенко. М.: Наука, 1993. С.84-93.

8. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс, Универс, 1994. 480 с.

9. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 192 с.

10. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. // Вестник Московского ун-та. Сер.14. Психология. 1993. №4. С.13-24.

11. Урванцев Л.П. Психология работы врача. Ярославль: ЯрГУ, 1993. 140с.

12. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. - М.: ИП АН СССР, 1991. 244 с.

13. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance // American Journal of Epidemiology, 1976. V.104. P. 107-23.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОСТОЯНИЯ  
ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ  
ПОМОГАЮЩЕГО ТИПА В АСПЕКТЕ МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

*Молчанова Л.Н.*

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Общая оценка исследовательского пространства психического выгорания свидетельствует о том, что научный интерес в основном сосредоточен на изучении феноменологии, структуры, генеза, социально-психологической и индивидуально-личностной детерминации [1-2, 9]. При этом проблема регуляции состояния психического выгорания, его взаимосвязей с личностными свойствами характеризуется малой изученностью [5, 6, 13]. Кроме того, следует отметить, что, несмотря на стабильно возрастающий интерес к проблеме психического выгорания, структурный и процессуальный подходы не позволяют составить единого представления о психологических механизмах его регуляции.

Согласно предлагаемому нами структурно-процессуальному подходу под регуляцией состояния психического выгорания понимаем процесс, реализующийся в закономерностях возникновения его фаз: «напряжение», «резистенция» и «истощение», а также тенденциях и закономерностях структурно-динамических изменений в каждой фазе, которые обеспечиваются психологическими механизмами. Опираясь на результаты исследований А. О. Прохорова [10-13] о существовании взаимосвязей между психическими состояниями и свойствами, и следуя структурно-процессуальной логике, мы выдвинули предположение о том, что с каждым переходом из одной фазы в другую состояния психического выгорания проявляется, с одной стороны, усиление взаимосвязей между всеми его структурными элементами, а с другой – взаимосвязей структурных элементов с психическими свойствами, отмечается дифференцированность психических свойств состоянием психического выгорания. В фазе «истощение» состояния психического выгорания ожидается наличие самой высокой степени интегрированности взаимосвязей его структурных элементов между собой и с психическими свойствами, влияние высокой выраженности состояния психического выгорания на психические свойства, что может привести к его трансформации в другую группу психических явлений – психические свойства. Под закономерностями трансформации состояния психического выгорания в психические свойства рассматриваем повторяющиеся в каждой фазе у всех представителей профессий помогающего типа его структурно-динамические изменения.

Итак, целью настоящего исследования явилось изучение закономерностей трансформации состояния психического выгорания

представителей профессий помогающего типа в другую группу психических явлений – психические свойства. Это позволит разработать универсальную для всех представителей профессий помогающего типа, независимо от специфики условий и содержания их профессиональной деятельности, модель его регуляции.

Для реализации цели на базах городской клинической больницы №2, МУЗ станции скорой медицинской помощи, а также общеобразовательных учреждений г. Курска были обследованы медицинские (184 человека) и педагогические работники (240 человек) с использованием следующих психодиагностических методик: «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко [10]; опросника психического выгорания В. Е. Орла [8]; опросника психического выгорания А. А. Рукавишникова [14], 16-факторного личностного опросника Р. Кэттелла [10].

В исследованиях, посвященных изучению соотносимости состояния психического выгорания и длительности профессиональной деятельности, наблюдаются противоречивые результаты, а именно, в одних исследованиях указана зависимость нарастания выраженности состояния психического выгорания от длительности профессиональной деятельности [4, 7], в других – отсутствие [3, 15], в третьих – наличие U-образной инвертированной зависимости [9]. Именно поэтому в исследовательский контекст мы включили изучение влияния длительности профессиональной деятельности на процесс трансформации состояния психического выгорания.

Средние значения показателей состояния психического выгорания, полученные по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко [10], у представителей профессий помогающего типа достигли уровня диагностируемых значений у педагогических работников во всех его фазах, у медицинских работников – только в фазах «резистенция» и «истощение» (см. таблицу 1).

Таблица 1

Средние значения показателей состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических работников)

| № п/п | Представители профессий помогающего типа | Фаза «напряжение»      |                       | Фаза «резистенция»     |                       | Фаза «истощение»       |                       |
|-------|------------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
|       |                                          | $X_{cp.} \pm \sigma_x$ | Качественный          | $X_{cp.} \pm \sigma_x$ | Качественный          | $X_{cp.} \pm \sigma_x$ | Качественный          |
| 1     | Медицинские работники                    | 32,03 ± 4,74           | Не сформирована       | 53,43 ± 4,87           | В стадии формирования | 39,02 ± 4,82           | В стадии формирования |
| 2     | Педагогические работники                 | 41,47 ± 4,56           | В стадии формирования | 54,43 ± 4,69           | В стадии формирования | 42,10 ± 4,55           | В стадии формирования |

Изучение динамики состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических

работников) в аспекте межпрофессиональной дифференциации с различной длительностью профессиональной деятельности (до 5 лет, от 5 до 10 лет и свыше 10 лет) осуществлялось в рамках факторного экспериментального плана и указало на значимость различий в уровнях выраженности средних значений показателей фаз «напряжение» и «резистенция», «резистенция» и «истощение». Полученные результаты свидетельствуют о несоотнесимости фаз состояния психического выгорания с этапами длительности профессиональной деятельности и проецировании профиля помогающей деятельности на процесс трансформации состояния психического выгорания.

Факт несоотнесимости фаз состояния психического выгорания с этапами длительности профессиональной деятельности у представителей профессий помогающего типа позволил перейти к изучению средних значений показателей и динамики структурных элементов в его различных фазах.

Изучение средних значений показателей структурных элементов состояния психического выгорания у медицинских работников осуществлялось с использованием опросника психического выгорания В. Е. Орла [8], согласно которому в содержании изучаемого состояния выделяют три элемента: «психоэмоциональное истощение», «деперсонализация» и «самооценка профессиональной эффективности»; у педагогических работников – с помощью опросника психического выгорания А. А. Рукавишникова [14], в соответствии с которым в изучаемом состоянии рассматривают следующие элементы: «психоэмоциональное истощение», «личностное отдаление» и «профессиональная мотивация». Анализ средних значений показателей структурных элементов состояния психического выгорания указал на средний уровень их выраженности у всех представителей профессий помогающего типа:

у медицинских работников: «психоэмоциональное истощение» –  $X_{cp.}=32,94\pm 3,63$ ; «деперсонализация» –  $X_{cp.}=27,22\pm 3,13$ ; «самооценка профессиональной эффективности» –  $X_{cp.}=29,29\pm 3,57$ ;

у педагогических работников: «психоэмоциональное истощение» –  $X_{cp.}=33,64\pm 3,86$ ; «личностное отдаление» –  $X_{cp.}=32,01\pm 3,86$ , «профессиональная мотивация» –  $X_{cp.}=24,88\pm 3,60$ .

Проведенный с помощью критерия U-Манна-Уитни попарный сравнительный анализ средних значений показателей структурных элементов состояния психического выгорания у всех представителей профессий помогающего типа в его различных фазах позволил установить следующие общие тенденции в его динамике:

- средние значения показателей структурных элементов состояния психического выгорания соответствуют умеренному уровню выраженности;
- нарастание уровня выраженности средних значений показателей структурных элементов «психоэмоциональное истощение», «деперсонализация» («личностное отдаление»), «редукция личных достижений» («профессиональная мотивация») во всех фазах

состояния психического выгорания и достижение максимальных значений в фазе «истощение» у педагогических работников, а также нарастание уровня выраженности средних значений показателей структурных элементов «психоэмоциональное истощение», «деперсонализация», и убывание уровня выраженности структурного элемента «самооценка профессиональной эффективности» состояния психического выгорания у медицинских работников;

- преобладание более высоких средних значений показателей структурных элементов «психоэмоциональное истощение», «деперсонализация» («личностное отдаление»), «редукция личных достижений» («профессиональная мотивация») и более низкого значения структурного элемента «самооценка профессиональной эффективности» 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 представителей профессий помогающего типа, 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 по отношению к коллегам, клиентам, ученикам или пациентам, а также значимо усиливается редуцирование своих профессиональных достижений – возрастает ощущение неуспеха в профессиональной деятельности, своей профессиональной некомпетентности в работе с людьми.

Изучение динамики взаимосвязей структурных элементов состояния психического выгорания между собой и с показателями свойств саморегуляции в его различных фазах у представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических работников) осуществлялось с использованием корреляционного анализа, по результатам которого были выявлены следующие общие закономерности:

- у всех представителей профессий помогающего типа 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 «психоэмоциональное истощение» и «деперсонализация» у медицинских работников ( $r=0,53^*$ ),

- «психоэмоциональное истощение» и «личностное отдаление» у педагогических работников ( $r=0,43^*$ );
- в фазе «резистенция» установлены значимые и высокосignимые корреляционные взаимосвязи между структурными элементами «психоэмоциональное истощение» и «деперсонализация» ( $r=0,71^{**}$ ), «деперсонализация» и «самооценка профессиональной эффективности» ( $r=0,68^*$ ) у медицинских работников; «психоэмоциональное истощение» и «личностное отдаление» ( $r=0,81^{**}$ ), «личностное отдаление» и «профессиональная мотивация» у педагогических работников ( $r=0,68^*$ );
  - в фазе «истощение» у всех представителей профессий помогающего типа обнаружены значимые и высокосignимые корреляционные взаимосвязи между всеми структурными элементами состояния психического выгорания;
  - самые тесные взаимосвязи во всех трех фазах фиксируются между структурными элементами «психоэмоциональное истощение» и «деперсонализация» у медицинских работников (в фазе «напряжение»  $r=0,53^*$ ; в фазе «резистенция»  $r=0,71^{**}$ ; в фазе «истощение»  $r=0,85^{**}$ ); «психоэмоциональное истощение» и «личностное отдаление» у педагогических работников (в фазе «напряжение»  $r=0,43^*$ ; в фазе «резистенция»  $r=0,81^{**}$ ; в фазе «истощение»  $r=0,95^{**}$ );
  - с каждым переходом из одной фазы в другую состояния психического выгорания проявляется усиление взаимосвязей между структурными элементами «психоэмоциональное истощение» и «деперсонализация», «деперсонализация» и «самооценка профессиональной эффективности» у медицинских работников; «психоэмоциональное истощение» и «личностное отдаление», «личностное отдаление» и «профессиональная мотивация» у педагогических работников;
  - степень интегрированности взаимосвязей показателей структурных элементов состояния психического выгорания между собой и со свойствами саморегуляции (безответственностью и неорганизованностью) у всех представителей профессий помогающего типа является самой высокой в фазе «истощение».

Анализ средних значений показателей свойств саморегуляции, полученных с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кэттелла [10], у представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических работников) в различных фазах состояния психического выгорания, указал на следующие общие тенденции в фазе «истощение»: низкий уровень выраженности свойств саморегуляции (у медицинских работников показателей моральной нормативности:  $X_{cp.}=3,92\pm 2,57$  и самодисциплины  $X_{cp.}=3,93\pm 0,73$ ; у педагогических работников показателей моральной нормативности:  $X_{cp.}=3,99\pm 1,58$  и самодисциплины  $X_{cp.}=3,76\pm 1,94$ ), что свидетельствует о проявлениях безответственности и неорганизованности; статистическую достоверность различий в уровнях



выраженности показателей моральной нормативности:  $U_{эмп.}=1,5^*$  при  $p=8,2 \text{ E-}11$  и самодисциплины  $U_{эмп.}=72,0^*$  при  $p=2,6 \text{ E-}8$  у медицинских работников; у педагогических работников: моральной нормативности:  $U_{эмп.}=469,0^*$  при  $p=3,3\text{E-}11$  и самодисциплины  $U_{эмп.}=424,0^*$  при  $p=1,12\text{E-}11$ , что свидетельствует о влиянии психического выгорания на возникновение безответственности и неорганизованности.

Таким образом, у всех представителей профессий помогающего типа (медицинских, педагогических работников) в аспекте межпрофессиональной дифференциации, наблюдаются одинаковые тенденции и закономерности структурно-динамических изменений состояния психического выгорания в его различных фазах. В фазе «истощение» значимо увеличивается уровень выраженности структурного элемента «психоэмоциональное истощение», наблюдаются самые тесные и интегрированные взаимосвязи между структурными элементами «психоэмоциональное истощение» и «деперсонализация» («личностное отдаление»), а также самые интегрированные взаимосвязи всех структурных элементов между собой и со свойствами саморегуляции (безответственностью и неорганизованностью), отмечается влияние высокой выраженности состояния психического выгорания на свойства саморегуляции. Выявленные совпадения свидетельствуют о типичных, обеспечиваемых профилем помогающей деятельности тенденциях и закономерностях трансформации состояния психического выгорания в данной фазе в свойства саморегуляции (безответственность и неорганизованность) у всех представителей профессий помогающего типа, независимо от их межпрофессиональных различий.

#### Литература:

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
2. Волканевский, С.В. Рефлексивность как детерминанта синдрома «психического выгорания» личности: автореф. дис... канд. психол. наук / С.В. Волканевский. – Ярославль, 2010. – 25 с.
3. Гредюшко, О.П. Эмоциональное выгорание преподавателей высшей школы / О.П. Гредюшко // Вестник ТГППУ. – 2009. – №2-3 (17-18). – С. 29-34.
4. Елькин, И.О. Возрастные детерминанты эмоционального выгорания у педагогов-дефектологов / И. О. Елькин, Н. Ф. Алиева // Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». – [www.sys.int.ru](http://www.sys.int.ru). – №4(15). – 2011. – С. 39-51.
5. Ильин, Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
6. Курапова, И.А. Нравственно-ценностная регуляция эмоционального выгорания в профессиональной деятельности (на примере педагогов средней и высшей школы): автореф...дис. канд. психол.наук / И.А. Курапова.– М., 2009. – 22 с.

7. Лукьянов, В.В. Эмпатия, профессиональный стаж и особенности синдрома эмоционального выгорания у психиатров-наркологов / В. В. Лукьянов // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. ст. / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного; Курск. гос. ун-т. – Курск: КГУ, 2007. – С. 100-102.
8. Орел, В.Е. Опросник психического выгорания для работников социальных профессий / В. Е. Орел, И. Г. Сенин – Ярославль: Научно-производственный центр «Психодиагностика», 2005. – 12 с.
9. Орёл, В.Е. Синдром психического выгорания личности / В. Е. Орёл. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 330 с.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007. – 672 с.
11. Прохоров, А.О. Психические состояния и их функции / А. О. Прохоров. – Казань: Из-во Казанского ун-та, 1994. – 146 с.
12. Прохоров, А.О. Функциональные структуры психических состояний / А. О. Прохоров // Психологический журнал. – 1996. – Т.17, № 3. – С. 9-17.
13. Прохоров, А.О. Психология неравновесных состояний / А. О. Прохоров. – М.: Наука, 1998. – 152 с.
14. Рукавишников, А.А. Опросник «психического выгорания» для учителей / А. А. Рукавишников. – Ярославль: НЦП «Психодиагностика», 2001. – 14 с.
15. Baker, M. Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social work / M. Baker, D. North, D. Smith // Psychology: J. of Human Behavior. – 1997. – Vol. 34(1). – P. 22-26.

## СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

*Муштенко Н.С.*

Курский институт социального образования (филиал)РГСУ г. Курск, Россия.

Традиционно и в общественном сознании, и в научной литературе при изучении профессиональной деятельности специалистов социомических профессий (врачей, педагогов, социальных работников и т. д.) акцент делается, прежде всего, на позитивных аспектах работы с людьми. Вместе с тем совершенно очевидно, что именно работа с людьми в силу предъявляемых ею высоких требований, особой ответственности и эмоциональных нагрузок потенциально содержит в себе опасность тяжелых переживаний, связанных с рабочими ситуациями, и вероятность возникновения профессионального стресса.

По мнению исследователей, негативные психические переживания и состояния могут затрагивать разные грани трудового процесса - профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение, в целом отрицательно сказываться на профессиональном развитии личности.

Социальная работа как вид профессиональной деятельности требует от специалиста особых знаний, умений и навыков, а также личностных качеств, без которых осуществление социальной помощи практически невозможно. Среди значимых качеств можно выделить такие, как гуманистическая направленность личности, личная и социальная ответственность, обостренное чувство добра и справедливости, чувство собственного достоинства и уважение достоинства другого человека, терпимость, вежливость, порядочность, эмпатичность, готовность понять других и прийти к ним на помощь, эмоциональная устойчивость, личностная адекватность по самооценке, уровню притязаний и социальной адаптированности.

Профессиональная деятельность социального работника, независимо от разновидности исполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает социальный работник в процессе сложного социального взаимодействия с клиентом, постоянное проникновение в суть социальных проблем клиента, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на здоровье социального работника.

Как психологическое консультирование и психотерапия, социальная работа отнесена к профессиям, требующим большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеющим весьма неопределенные критерии успеха.

Социальным работникам, по роду своей деятельности вовлеченным в длительное напряженное общение с другими людьми, свойствен, как и другим специалистам, работающим в системе «человек - человек», так называемый синдром «эмоционального выгорания».

Социальная работа предъявляет жесткие требования к психофизиологическим особенностям специалиста-профессионала и требует научно обоснованные методы отбора, адаптации специалистов по социальной работе и профилактике синдрома эмоционального «выгорания».

Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Синдром «выгорания», по описанию Cooney (1986) и Naisberg-Fennig (1991), выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способностей видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще.

В настоящее время не существует единой точки зрения на сущность психического выгорания и его структуру. Синдром «эмоционального выгорания» некоторые авторы (Е. Махер, К. Кондо) рассматривают как разновидность стресса, где клиенты социальных служб выступают в качестве стрессогенных факторов. Однако другие исследователи не отождествляют эффекты выгорания и профессиональные стрессы, рассматривая

«эмоциональное выгорание» не как разновидность стресса, а как результат влияния комплекса стрессогенных факторов (С. Маслач, А. Г. Абрумова, В. В. Бойко).

В. В. Бойко рассматривает «выгорание» как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Выгорание отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности.

В. В. Бойко описывает различные симптомы «выгорания»: эмоциональный дефицит, деперсонализации или личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения [1].

С. Маслач и другие считают, что этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. В частности, в социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Клиенты воспринимаются не как живые люди, а все их проблемы и беды, с которыми они приходят к профессионалу, с его точки зрения, есть благо для них.

Наконец, редукция профессиональных достижений - возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Предложенные С. Маслач и др. три компонента «выгорания» в какой-то степени отражают специфику той профессиональной сферы, в которой впервые был обнаружен этот феномен. Особенно это касается второго компонента «выгорания», а именно, деперсонализации, отражающей нередко состояние сферы социального обслуживания людей и оказания им помощи. Исследования последних лет не только подтвердили правомерность этой структуры, но и позволили существенно расширить сферу ее распространения, включив профессии, не связанные с социальной сферой. Это привело к некоторой модификации понятия «выгорание» и его структуры. Психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее. Такое понимание несколько видоизменило и его основные компоненты: эмоциональное истощение; деперсонализацию; профессиональную эффективность. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает

отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом [2].

Одним из показателей синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности являются состояния психической напряженности, вызванные конфликтами, трудностями в решении сложных социальных проблем, приводящими к ощущениям дискомфорта, тревоги, фрустрации, пессимистическим настроениям [3].

Как показывают результаты исследований, развитие «выгорания» более вероятно у людей с меньшей степенью зрелости и самодостаточности, более импульсивных и нетерпеливых, не имеющих семьи, но нуждающихся в тех, кто мог бы их поддерживать или одобрять, имеющих цели и притязания, которые не вполне согласуются с реальностью. К этому также добавляется указание на то, что с возрастом вероятность развития выгорания уменьшается, то есть ему более подвержены начинающие работники, люди более молодого возраста. Однако большинство исследователей считают, что возраст, пол, стаж работы и другие социально-демографические характеристики не связаны прямо с профессиональным «выгоранием». Большее значение имеет индивидуальный тип реагирования на стрессогенные ситуации [2].

Анализ конкретных исследований синдрома «психического выгорания» показывает, что основные усилия психологов были направлены на выявление факторов, вызывающих выгорание. Традиционно они группировались в два больших блока: особенности профессиональной деятельности (объективные факторы) и индивидуальные характеристики самих профессионалов (субъективные факторы). Некоторые авторы выделяют и третью группу факторов, рассматривая содержательные аспекты деятельности как самостоятельные [2].

К объективным факторам (организационные и ролевые) можно отнести те, которые порождаются условиями самой работы или неправильной её организации. К субъективным факторам, помимо индивидуально-психологических особенностей специалиста, следует отнести направленность личности, мотивацию профессиональной деятельности, удовлетворенность ею, а также удовлетворенность социально-психологическим климатом в коллективе, отношениями с коллегами и т. д.

Обе группы факторов связаны между собой. С одной стороны, длительное психотравмирующее воздействие объективных факторов может приводить к изменениям, деформациям профессионала. С другой стороны, субъективные факторы особенно негативно проявляют себя, именно при дополнительном воздействии объективных факторов.

Обычно причина «выгорания» - это комбинация целого ряда факторов, но индивидуальная ситуация профессионального развития может усугублять или сглаживать их влияние.

Формирование синдрома «выгорания» в профессиональной деятельности социального работника может быть связано с такими факторами, как ситуации изменения или утраты социального статуса;

ситуация потери работы; ситуация риска; ситуации с экстремальными условиями; неопределенные ситуации и т.п. Характерными для «выгорающих» ситуаций являются перегрузки - слишком много клиентов, много требований, избыток информации. При увеличении перегрузок «помогающие» специалисты начинают неосознанно стремиться к уменьшению контакта - меньше личностно вовлекаются во взаимодействие, чаще прибегают к формальным правилам и ритуалам, используют более безличные методы работы.

Еще один важный в данном контексте аспект рабочей ситуации - это возможность влияния на процесс работы и принятия касающихся работника решений. Если у специалиста присутствует чувство, что он ничего не может изменить в своей работе, что от него ничего не зависит, что его мнение не имеет значения и т. д., вероятность развития профессионального «выгорания» увеличивается. Ролевая неопределенность - в смысле неясной формулировки прав и обязанностей, возможностей человека, ролевая конфликтность - как противоречие разных ролей также способствуют профессиональному стрессу и профессиональному выгоранию.

В сущности, происхождение «выгорания», видимо, невозможно однозначно связать с теми или иными организационными, личностными или ситуационными факторами, скорее, оно является результатом сложного взаимодействия личностных особенностей человека, ситуации его межличностных отношений с его профессиональной и рабочей ситуацией, в которой он находится.

Риск возникновения «эмоционального выгорания» личности специалиста в социальной работе может увеличиваться в следующих случаях:

- монотонности работы, особенно если ее смысл кажется сомнительным;
- вкладывания в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки;
- строгой регламентации времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- работы с «немотивированными» клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям помочь им, и незначительными, трудно ощутимыми результатами такой работы;
- напряженности и конфликтности в профессиональной среде, недостаточной поддержки со стороны коллег и их излишнего критицизма;
- нехватки условий для самовыражения личности на работе, когда не поощряются, а подавляются экспериментирование и инновации;
- работы без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;
- неразрешенных личностных конфликтов специалиста;
- неудовлетворенности профессией, которая основана на осознании неправильности ее выбора, несоответствия своих способностей требованиям профессии, результативности своего труда и т. д.

На сегодняшний день насчитывается незначительное число работ, посвященных изучению феномена «выгорания» в профессиональной деятельности социальных работников, что свидетельствует о недостаточном внимании, уделяемом исследователями разработке данной проблемы. До настоящего времени данный феномен рассматривался в основном применительно к представителям других социомических профессий (в частности, «помогающих»): врачей, психологов, психотерапевтов, юристов, учителей и др.

Литература:

1. Бойко В.В. Правила эмоционального поведения. СПб., 1998
2. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2001. - Т.22, №1. - С.90-101.
3. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях. // Психологический журнал. - 2002, том23, №3. - с.85-95.

### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

*Мыльникова Ю.А.*

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия

В последние годы обнаружилась отчетливая тенденция к росту проявлений подростковой агрессии, аутоагрессии и различных форм аддикций. По данным ВОЗ среди случаев нанесения себе травм, включая самоубийство, около 20% случаев приходится на подростковый и юношеский возраст.

Во многих европейских странах самоубийства подростков занимают лидирующие места среди причин смерти в этом возрасте, в дополнение к самоубийствам немало молодых людей совершают преднамеренные суицидальные попытки без летального исхода. Последние встречаются, по разным данным в 10-100 раз чаще самоубийств, хотя точные сведения о подобных аутоагрессивных действиях отсутствуют [1, 208].

Одной из наиболее важных причин, определяющих возрастную специфику аутоагрессивного подросткового поведения, является то обстоятельство, что мы имеем дело с пубертатным кризом, роль которого в генезе социальных и личностных девиаций, возникновений или манифестации психических расстройств трудно переоценить. Причины столь серьезных изменений в поведении и личности подростка и юношей обусловлены так называемыми «задачами развития», наиболее четко сформулированы Р. Хавигурстом. К ним относятся: приспособления подростка к изменениям своего физического состояния, принятие и эффективное использование своего тела; достижение социально приемлемой взрослой сексуальной роли; достижение зрелых отношений с лицами противоположного пола; развитие интеллектуальных способностей; 5)

выработка комплекса ценностей, в соответствии, с профессиональной деятельностью; достижение экономической независимости; подготовка к браку и семейной жизни.

Социальные факторы влияют на уровень порога «стрессоустойчивости» человека. Резкое изменение образа жизни, синдром утраты, отсутствие устойчивых нравственных критериев, существование в условиях постоянной социальной неопределённости, хронического стресса — всё это может привести к резкому усилению психофизических нагрузок и, соответственно, к истощению компенсаторных запасов человека. Результатом такой социальной predisпозиции является формирование состояния дезадаптационной готовности. Наложение на подобное дезадаптационное состояние конкретной психотравмирующей ситуации непосредственно включает механизм развёртывания адаптационного синдрома и, соответственно, формирования защитно-приспособительного поведения, в том числе и аутоагрессивного [5, 24–27].

В результате роста аутоагрессии в среде призывников срочной службы, эта проблема приобретает все большую актуальность и становится одной из важнейших тем междисциплинарных и эмпирических исследований [6, 10–15]. Самоубийства среди военнослужащих в РФ составили в 2000–2002 гг. более 25 случаев на 100 тыс. человек, а суицидальные попытки и членовредительство является одной из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое обследование [2, 33–38; 3, 13–20]. По данным исследователей, это связано с особенностями военной службы, которые в большинстве своем экстремальны в силу обязательного характера без учета потребностей и желаний призывников, а также изначально повышенные требования к функционированию индивида [4, 46–50].

Целью исследования явилось выявление клинико-психопатологических и социальных факторов аутоагрессивного поведения юношей допризывного и призывного возраста. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края

С помощью клинико-патопсихологического и экспериментально-психологического методов с использованием опросников Леонгарда–Шмишека, Айзенка, личностной шкалы проявлений тревоги (Дж. Тейлор, в адаптации Т.А.Немчина), а также разработанной карты клинико-социального обследования юношей призывного и допризывного возраста, были обследованы 200 юношей в возрасте 17–26 лет ( $19 \pm 0,4$ ) с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленных на стационарное обследование военными комиссариатами Краснодарского края для решения вопроса о годности к воинской службе. Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Результаты исследования



Самоповреждающие действия исследуемого контингента совершались в возрасте 15 - 16 ( $15 \pm 0,6$ ) лет. В 78,5% случаев ( $n=157$ ) самоповреждающее действие было единичным и в 21,5% ( $n=43$ ) – повторным.

Ни в одном из случаев самоповреждение не сочеталось (по анамнестическим сведениям) с суицидальным поведением. В 88,5% случаев ( $n=177$ ) - способом аутоагрессивного поведения избирались самопорезы предплечий, остальные 11,5% ( $n=23$ ) составили повешение, прижигание сигаретой и отравление лекарственными препаратами.

В 58,0% случаях ( $n=116$ ) в момент совершения самоповреждения обследуемые находились в состоянии алкогольного опьянения, в остальных 42,0% ( $n=84$ ) - спиртные напитки не употреблялись. Во всех случаях самоповреждения квалифицированная медицинская помощь не оказывалась, и призывники попадали в поле зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии в связи с выявленными рубцами вследствие аутоагрессивных действий.

Проведенное исследование, выявило следующую феноменологическую картину психических расстройств: большинство призывников 71,0% ( $n=142$ ) с аутодеструктивными паттернами поведения страдали эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Лица с органическими аффективными расстройствами встретились в 15,5% случаев ( $n=31$ ), легкая умственная отсталость была диагностирована в 5,0% случаев ( $n=10$ ), 2,0% ( $n=4$ ) были представлены тревожно-фобическими расстройствами, неврастенией, другими расстройствами личности. На период стационарного психиатрического освидетельствования 6,5% юношей ( $n=13$ ) были признаны психически здоровыми.

Анализ социальных факторов выявил следующую картину:

Воспитание в семьях с воспитанием по типу гипопротекции имело место в 50,5% случаев ( $n=101$  человек), 57,0% ( $n=114$ ) юношей воспитывались в неполной семье, в 13,5% ( $n=27$ ) респонденты воспитывались другими родственниками, в приемных семьях, интернатах.

Отклонения от социальных норм поведения: приводы в полицию и судимости имели место в 26,5 % случаев ( $n=53$ ) и 19,5% ( $n=39$ ) соответственно, употребление алкогольных напитков - в 57,5% ( $n=115$ ), наркотиков (каннабиноиды) – 22,5% ( $n=45$ ).

В большинстве случаев - 56,0% ( $n=112$ ) мотивом аутоагрессивного поведения служили конфликты в сфере гендерных взаимоотношений, на втором месте оказались конфликты со сверстниками, включая подражательный тип поведения («как все») – 17,0% ( $n=34$ ), конфликты с родственниками были мотивом аутоагрессивного поведения в 14,5% случаев ( $n=29$ ).

Проведенное исследование позволило увидеть нозологическую структуру психических расстройств, послуживших причиной освобождения лиц призывного возраста от службы в армии, и тем самым отметить, что проблема сохранения психического и физического здоровья молодых людей

допризывного и призывного возраста остается актуальной в настоящее время.

Триггером процесса патологического приспособления на ранних этапах развития суицидогенеза являются различные формы девиантных детско-родительских отношений, отклонение от социальных норм поведения. Биологические факторы, как правило, способствуют формированию дезадаптации, а клинико-психологические факторы участвуют на фоне конфликта в развитии суицидального поведения.

В основе социально-психологической дезадаптации, приводящей к аутоагрессивному поведению находятся межличностные или внутриличностные конфликты, которые, прежде всего, определяются ценностными установками личности и связаны с неприятием сложившейся жизненной ситуации.

Полученные результаты определяют необходимость усиления мер первичной профилактики, направленных на предупреждение действия неблагоприятных социальных факторов, способствующих развитию психических заболеваний, а также могут служить основой для формирования групп риска и проведения профилактических мероприятий в этих группах. Таким образом, своевременное выявление факторов риска позволит сократить случаи аутоагрессивного поведения у лиц призывного возраста.

#### Литература:

1. Аптер, А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи / А. Аптер, ред. Д.Вассеман, пер. Е.Ройне // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М., 2005.- С. 208.
2. Вольнов, Н. М. Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями / Н. М. Вольнов, В. Ф. Войцех, Д. И. Шустов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 33-38.
3. Литвинцев, С. В. О состоянии психиатрической помощи в Вооружённых Силах РФ / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, А. С. Фадеев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2003. – Т. 324, № 3. – С. 13-20.
4. Нурмагамбетова, С.А. Клинические формы расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы и факторы, влияющие на их возникновение / С.А. Нурмагамбетова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 1. – С. 46-50.
5. Пилягина, Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? / Г.Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — Т. 3, № 3. — С. 24–27.
6. Руженков, В.А. Клиническая структура психических расстройств у юношей призывного возраста с аутоагрессивным поведением / В.А. Руженков, А.В. Боева, Г.А. Лобов // Российский психиатрический журнал. - 2007. - № 3. – С. 10-15.

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ У ВРАЧЕЙ

*Недурова Т.В.*

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Современный этап развития научной мысли психологического и медицинского знания определяется запросами общества. В связи с этим личность врача рассматривается как показатель профессиональной компетентности, носитель значимости здоровья и здорового образа жизни, формирование которого у населения является важнейшей задачей современной медицинской и психологической науки и практики. При этом для успешной реализации врачами своих функций в этой системе важно заботиться о профессиональном здоровье самих врачей [5,6].

В медицинском обеспечении трудовой деятельности в фокусе внимания традиционно находились диагностика расстройств и выявление отклонений от нормы. Современные условия жизнедеятельности предъявляют иные требования, включающие необходимость оценки адаптационных возможностей и ресурсов личности, т.е. включения психологических знаний для комплексной и системной работы.

Согласно имеющимся на сегодняшний день научным данным, можно выделить три основные характеристики психических структур, отвечающих за состояние здоровья личности: сформированность представлений о здоровье и болезни, наличие позитивного эмоционального настроения, связанного с осознанием своего потенциала здоровья и стратегии активного поведения по укреплению своего здоровья и преодолению болезней. Мы считаем, что необходимо в эту структуру включить регуляторный компонент, который обеспечивает внешнюю и внутреннюю личностную регуляцию человека [5,6].

В данной работе мы представляем результаты исследования ценностно-смысловой регуляции представлений о здоровье у врачей.

Представления о здоровье могут рассматриваться не только как знания профессиональных групп, но и как изменчивые формы социально-психологической регуляции здоровья отдельной личности. Эта группа феноменов, обеспечивающих регуляцию здоровья на индивидуально-личностном уровне включает в себя смыслы и ценности. (Б. С Братусь, А. Н. Леонтьев, В. Э. Чудновский и др.). Система ценностей и смыслов признаётся высшим регулятивным основанием личности, позволяет сориентироваться в сложных социальных ситуациях, является источником выстраивания основных жизненных целей личности, способствует развитию её духовных и нравственных основ [1,2,3,7].

Осознание человеком смысла своей профессиональной деятельности существенно сказывается на эффективности его труда, так как это осмысление человеком предмета профессии, ее задач, действий, условий, результатов, межличностных отношений в ней [1,2,3,7].

А. К. Маркова определяет смысл, как «основание для оценки человеком значимости профессиональной деятельности лично для себя, то есть пристрастное личностно-опосредованное индивидуальным опытом отношение человека к труду» [4].

Представленная работа осуществлялась на базах медицинских учреждений г. Курска и Курской области в рамках реализации программы «Мониторинг профессионального здоровья медицинских работников системы здравоохранения Курской области».

Общий объем выборки составил 104 человека. Все обследуемые врачи-терапевты и врачи-специалисты терапевтического профиля (кардиологи, гастроэнтерологи, эндокринологи). Стаж работы в рассматриваемых нами организациях находился в пределах от 10 до 20 лет.

Обследованная группа врачей была разделена на две согласно специфическим условиям профессиональной деятельности: врачи терапевтического профиля, ведущие амбулаторно-поликлинический прием (64 человека) и врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре (40 человек).

Основанием деления на представленные группы врачей является имеющиеся в литературе теоретические и эмпирические данные, указывающие на специфические особенности условий профессиональной деятельности, факторов среды и других составляющих профессии врача.

Для решения поставленных задач исследования мы использовали следующие методы: методика «Ценностный опросник» (С. Шварц); психодиагностическая методика «Тест смысло-жизненных ориентаций» (Д.А. Леонтьев); опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская); «Ассоциативный эксперимент» (А.Р. Лурия); опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).

Отношение к здоровью может быть описано с помощью трех компонентов: эмоциональный, познавательный и волевой компоненты отношения, которые соответствуют выделяемым в современной психологии трем сферам психического — эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой.

В результате проведенного исследования представлений о здоровье у врачей мы получили следующие результаты. Результаты ассоциативного эксперимента были обработаны с помощью контент-анализа.

Наиболее частой встречаемой единицей в группе врачей-терапевтов поликлиники является представление о здоровье как о хорошем самочувствии (18%), гармонии физического и психического (18%), положительные эмоциональные состояния (18%), наименьшая частота встречаемости представление о здоровье у них – уверенность (3%), полная активная жизнь (3%) и долголетие (3%).

При этом мы видим, что в группе врачей-терапевтов поликлиники представлено широкое ассоциативное поле смысловых единиц.

В группе врачей-терапевтов стационара наиболее частой встречаемой единицей является представление о здоровье как гармонии физического и психического (51%), по остальным ассоциациям представлен минимальный

разброс. При этом, в группе врачей-терапевтов стационара на первый план выходит основная смысловая единица, что говорит о внутренней согласованности представлений в этой группе.

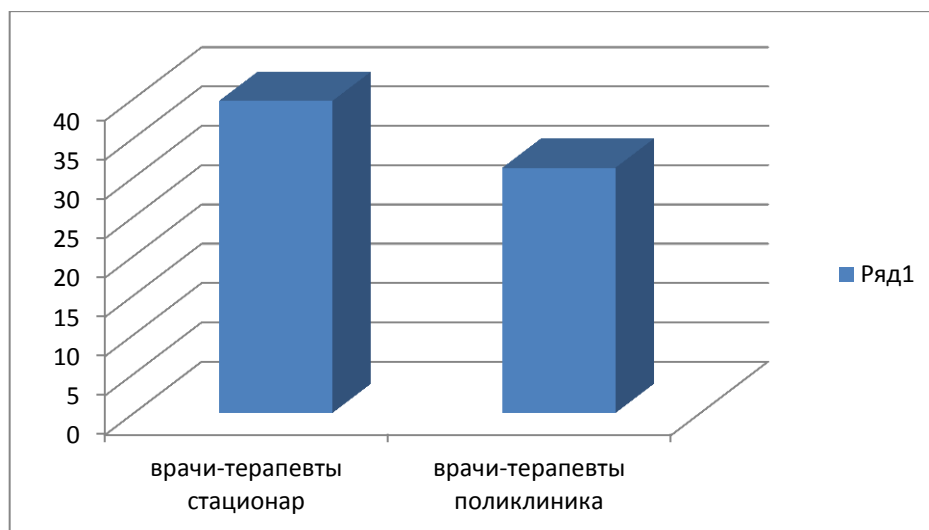
На основании полученных результатов методики «Тест смысло-жизненных ориентаций» (Леонтьев Д.А., 1992) по шкале общий уровень осмысленности жизни мы не получили значимых различий показателя осмысленности жизни (ОЖ) в исследуемых группах ( $U=116$ ;  $U=120,5$ ). Это интерпретируется нами как наличие общих особенностей в профессиональной деятельности двух изучаемых групп, таких как повышенная ответственность, большое количество контактов с больными и их родственниками, забота, редукция личностных особенностей.

При исследовании ценностных ориентаций мы получили значимость различий показателя «социальность» по критерию Манна-Уитни, при уровне значимости  $p=0,01$ , между группами врачей-терапевтов стационара ( $U_{эмп.}=175^*$ ) и врачей-терапевтов поликлиника ( $U_{эмп.}=78^*$ ).

Полученные данные представлены на рис.1 и 2.

Рис.1.

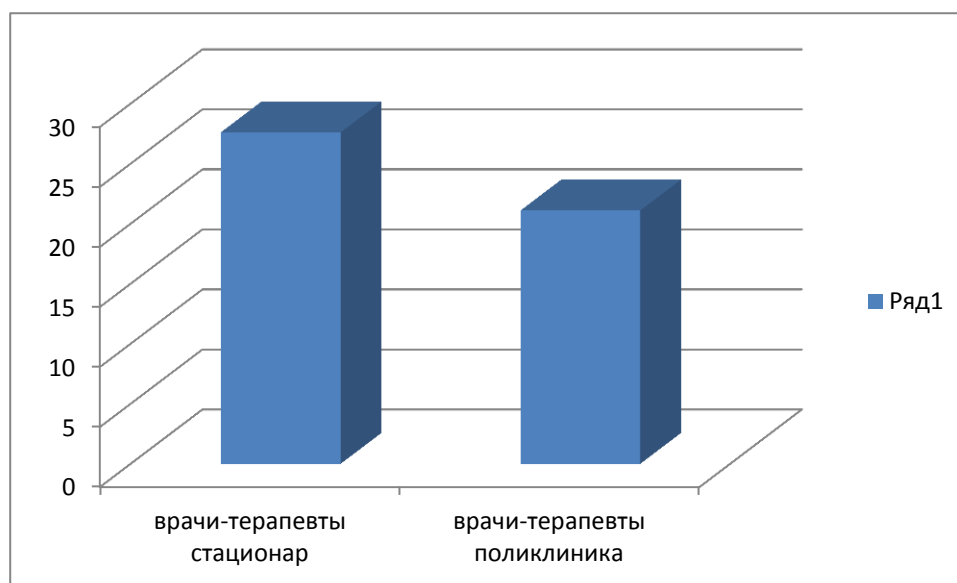
Гистограмма средних значений показателя социальность в группах обследуемых



Полученные различия по показателю «социальности» относятся к социально-психологическому уровню регуляции представлений о здоровье у врачей.

При оценке значимости различий показателей «достижений» между группами врачей-терапевтов стационара и врачей-терапевтов поликлиника по критерию Манна-Уитни были получены результаты, свидетельствующие о наличии значимых различий, при уровне значимости  $p=0,01$  ( $U_{эмп.}=138^*$ ;  $U_{эмп.}=62^*$ ).

Гистограмма средних значений показателя достижения в группах обследуемых



Полученные различия по показателю достижения относятся в группу индивидуальных ценностей по С. Шварцу и отражает уровень индивидуально-личностной регуляции представлений о здоровье у врачей.

При изучении ценностных ориентаций мы также оценили меры конфликтности оппонентных шкал в исследуемых группах.

Конфликтными парами жизненных ценностей у врачей-терапевтов стационара явились наличие желания достижений (социальное признание, успех, честолюбие, богатство) с одной стороны, а с другой – высокой социальностью (справедливость, честность, альтруизм, незлопамятность).

Полученные результаты по конфликтным ценностям отражают актуальность выбора направления самореализации для врачей в пользу либо профессиональных достижений (ценности «достижений» и «стимуляции себя к действию»), либо личностных гуманных ценностей.

При решении задачи исследование особенностей саморегуляции врачей нами применялась методика Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова).

Важно также отметить, что отношение человека к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере (по аналогии с психологическим механизмом самооценки). Однако регуляторная функция отношения вступает в действие лишь на определенном этапе онтогенеза; с накоплением социального и профессионального опыта она совершенствуется.

На основании полученных результатов опросника «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) были получены значимые различия по критерию Манна-Уитни по показателю общий уровень саморегуляции в группах врачи-терапевты стационар ( $U=25,5$ ) и врачи-терапевты поликлиника ( $U=22,3$ ) при уровне значимости  $p=0,01$ .

Полученные результаты представлены на рис.3.

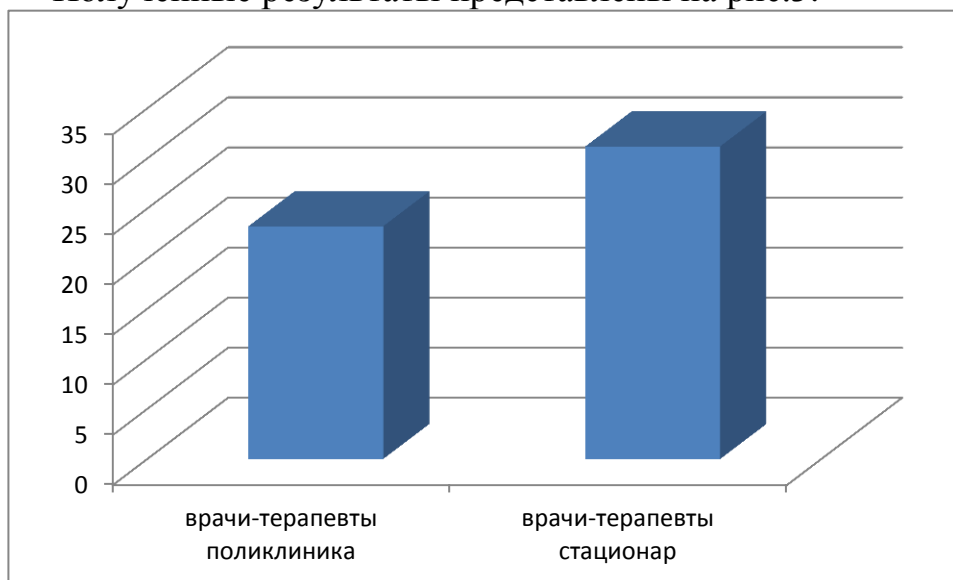


Рис.3. Гистограмма средних значений показателя общий уровень саморегуляции в обследуемых группах

На рисунке мы видим, что у врачей-терапевтов стационара уровень саморегуляции поведения значимо выше, чем у врачей-терапевтов поликлиники.

Понимая саморегуляцию как процесс, обеспечивающий мобилизацию и интеграцию психологических особенностей человека для достижения целей деятельности и поведения, мы можем сделать вывод о том, что у врачей-терапевтов поликлиники имеются нарушения саморегуляции поведения.

Для изучения ценностно-смысловой регуляции представлений о здоровье у врачей нами был проведен корреляционный анализ исследуемых показателей по критерию корреляции R (Спирмена).

В результате проведенного корреляционного анализа в группе врачей-терапевтов поликлиника были получены значимые связи между представлениями о здоровье и ценностно-смысловой сферой по следующими показателям достижение-здоровый образ жизни (0,492), социальность-хорошее самочувствие (0,543), осмысленность жизни – гармония физического и психического (0,51).

В группе врачей-терапевтов стационар были получены значимые связи между представлениями о здоровье и следующими показателями ценностно-смысловой сферы: гармония физического и психического –достижение (0,601), хорошее самочувствие – социальная власть (), отсутствие болезненных ощущений-осмысленность жизни (0,505).

Таким образом, на основании полученных результатов исследования, мы можем сделать следующие выводы:

Представления о здоровье зависят от включенности группы в процесс практического освоения объекта представлений – здоровье. Ценности и смыслы являются регуляторами представлений о здоровье на

индивидуально-личностном уровне, включаясь в регуляторные процессы социально-психологического уровня.

Литература:

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 304 с.
2. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., Политиздат, 1977. 304 с.
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е исп. изд. М.: Смысл, 2003. 487 с.
4. Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный фонд «Знание», 1996. 308 с.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: Питер, 2003. - 607 с.
6. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека /Под ред. Шинкаренко В.С. М.,1996.
7. Чудновский В.Э. Проблема становления смысложизненных ориентаций личности // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 5-14.

## УСТАНОВОЧНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ВРАЧЕЙ

*Никишина В.Б.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Человечество неоднократно переживало моменты революционных изменений медицинских установок и представлений, описательные научные представления, сменяли схоластические, их меняли эмпирические и т.д. Парадигмальный момент изменений в медицине в данный исторический период состоит в том, что на смену медицине болезней, должна прийти медицина здоровья. А все преобразования в реальности начинаются с трансформации установок и представлений основной профессиональной группы (врачей), которая их поддерживает и транслирует в широкое социальное пространство.

Фактически, очевидность преимуществ медицины здоровья входит в противоречия с готовностью общества болеть и лечиться. Население Российской Федерации в последние десятилетия стало самостоятельно лечиться и с готовностью болеть, болезнь явилась объяснительной и зачастую, удобной нормой жизни. В установках людей здоровье мыслится как отсутствие болезни, как состояние не имеющего собственного содержания.

Парадокс, мировая история болезни очень изменчива, история здоровья, фактически, не знает перемен. В исторической перспективе менялись и представления о болезни, и сами болезни угрожающе переменчивы (от чумы, холеры, проказы, черной оспы до СПИДа, атипичной пневмонии, птичьего и свиного гриппа). Здоровье и представления о нем значительно в меньшей степени подвержены изменениям, и может именно



эта стабильность не позволяет удерживать постоянство научного и практического интереса в области этой проблемы.

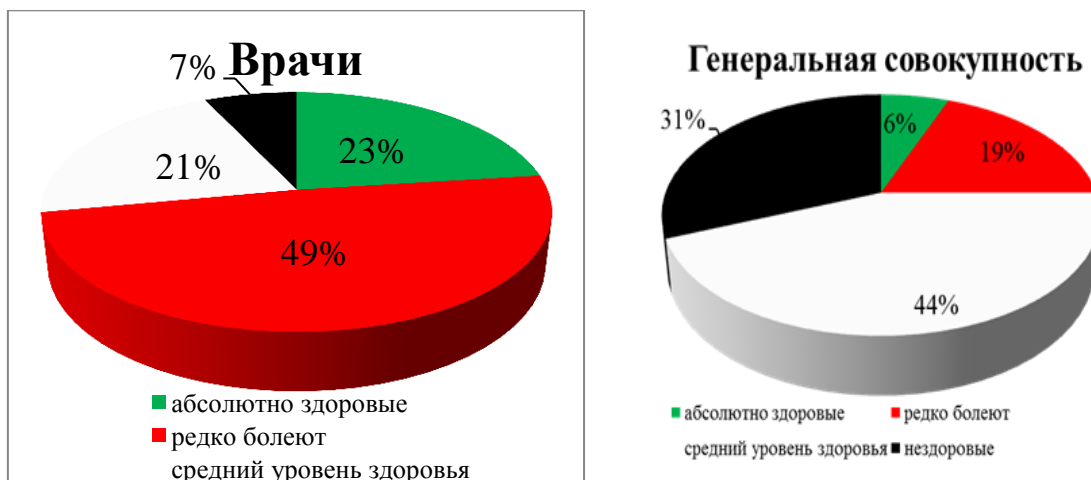
Представления - субъективные образы объективно существующего, воссозданные памятью (представления памяти) или созданные воображением (творческие образы), возникающие, когда нечто материальное, породившее эти образы, непосредственно не воздействует на органы чувств субъекта (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1985). Категориальный статус представлений позволяет соотносить это с понятием образ и суждение. Структура представлений включает установочный компонент; когнитивный компонент; регуляторный компонент. И дифференцируется на представления памяти и представления воображения, а также на единичные представления и общие представления. Функции представлений включают опосредование психических процессов; субъективная категоризация ощущений и восприятий; обеспечивают ориентацию и информационное обслуживание деятельности; макрорегуляция развития субъекта. Ориентируясь в своем понимании здоровья на Всемирную Организацию Здоровья, здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия и включает установочный компонент как систему фиксации, когнитивный компонент как система означивания, интерпретации, опосредования; регуляторный компонент как система регуляции переживаний (планирование, программирование, моделирование, контроль). В этом контексте понимания профессиональных представлений врачей была осуществлена организация исследования и определены количественные и качественные характеристики выборки.

В качестве основной исследовательской группы выступали врачи (250 человек). В контрольную группу были включены испытуемые немедицинских специальностей, и далее мы будем обозначать ее как генеральная совокупность (273 человека). Группы уравнивались по возрасту (24-51, 23-55 лет, соответственно), по образованию (высшее). Врачи уравнивались по профилю (терапевты, хирурги, специалисты), в контрольную группу в равных пропорциях вошли представители правоохранительных органов, учителя, социальные работники, юристы, экономисты.

Эмпирические методы исследования - Методика исследования ценностных ориентаций Ш. Шварца, Ассоциативный эксперимент по А.Р. Лурия, Субъективная шкала здоровья, Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. Леонтьева, Методика диагностики рефлексивности А.В. Карпова, Репертуарные решетки Келли; статистические - непараметрический критерий Манна-Уитни, угловое преобразование Фишера, критерий ранговой корреляции Спирмена.

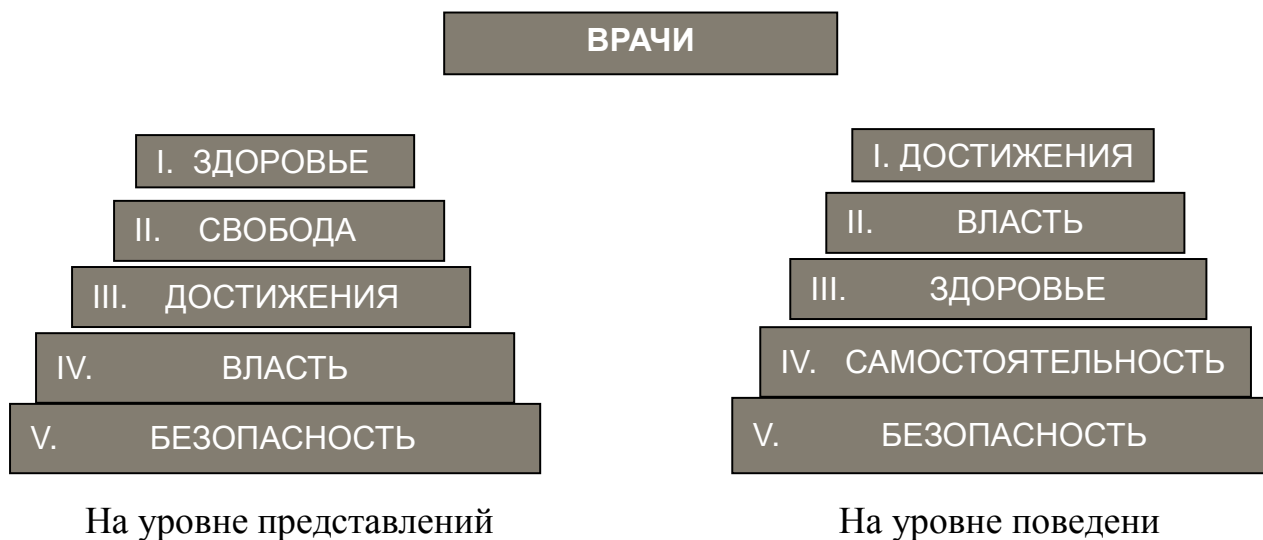
Необходимо определить по всей российской популяции взрослого и детского населения, какую долю составляют здоровые люди по сравнению с нездоровыми. Показатели средних значений субъективных представлений врачей о состоянии здоровья населения: здоровье – 65%; средний уровень здоровья – 87%; нездоровье – 95%; тогда как сами представители российской

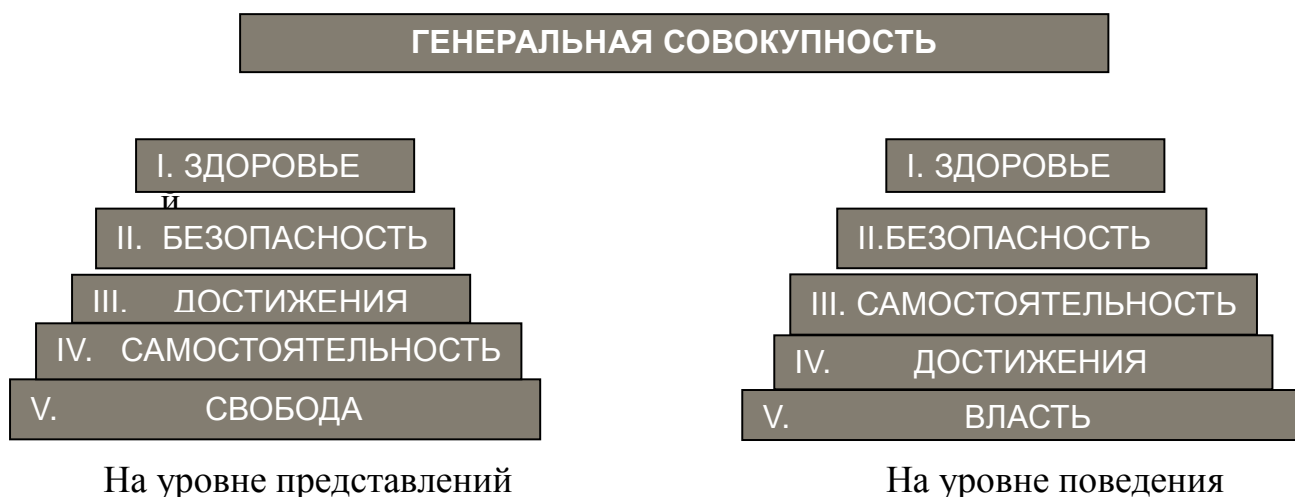
популяции в своих субъективных представлениях имеют следующие результаты: абсолютно здоровые – 6%; редко болеют – 19%; средний уровень здоровья – 44%, нездоровые – 31% (Рис. 1).



**Рис. 1. Субъективная шкала здоровья**

При анализе ценностных ориентаций врачей выявлено рассогласование между системой ценностных ориентаций на уровне представлений и их реализацией на уровне поведения. Обозначенная тенденция проявляется в том, что ценность здоровья у врачей занимает первое место в иерархической системе ценностей на уровне представлений и третье место на уровне поведения (Рис. 2).





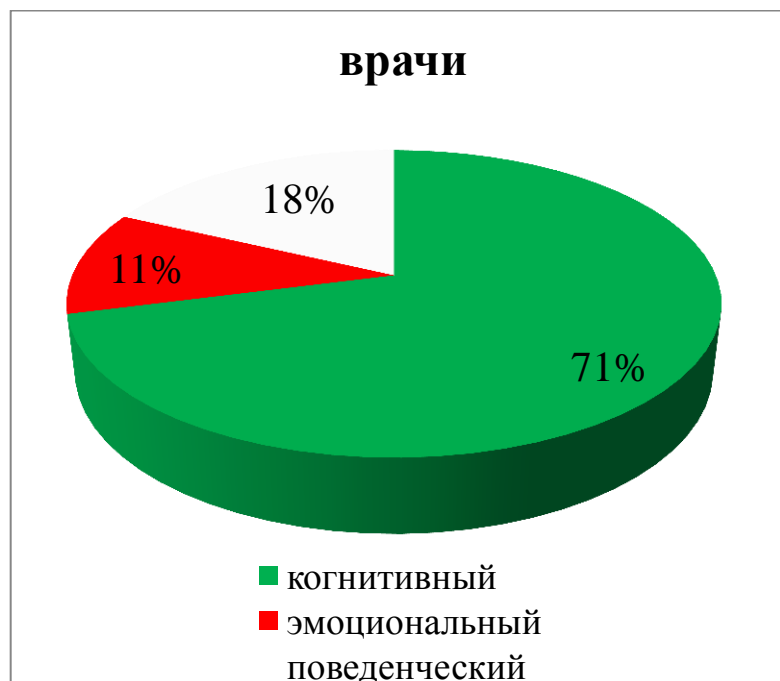
**Рис. 2. Иерархическая структура ценностных ориентаций врачей**

Это свидетельствует о том, что у врачей здоровье как ценность носит декларативный характер, т.е. обозначается как ценность, но не реализуется в поведении. При этом у представителей генеральной совокупности система ценностей является согласованной: ценность здоровья занимает первые позиции как на уровне представлений, так и на уровне поведения.

Далее представим содержание субъективных представления врачей о здоровье. Врачи здоровье содержательно соотносят с понятиями успеха, материального благополучия, свободой, физической активностью, счастьем, долголетием, красотой, уверенностью. Представители генеральной совокупности определяют здоровье через понятия жизни, радости, веселья, уверенности, силы, счастья, благополучия, хорошего настроения.

В результате исследования рефлексивно-смысловых механизмов представлений врачей о здоровье выявлены следующие тенденции: при преобладании когнитивно простых схем выявлен низкий уровень осмысленности и рефлексивности; при преобладании когнитивно сложных схем выявлен высокий уровень осмысленности при низком уровне рефлексивности.

Структура представлений врачей о здоровье характеризуется когнитивной сложностью представлений, эмоциональной ригидностью и при фиксированности профессиональных установок (Рис. 3).



**Рис. 3. Структура представлений врачей о здоровье**

На основании полученных результатов исследования были сформулированы субъективные стандарты здоровья врачей, которые отражают содержание представлений о здоровье. В соответствии с субъективными стандартами врачей, здоровье характеризуется материальным благополучием, социальным статусом, красотой, уверенностью, успехом и физической активностью. Нездоровье, соответственно, характеризуется материальным не благополучием, одиночеством, страданием, страхом, неуспехом, бессилием.

Таким образом, в результате исследования установочной реализации профессиональных представлений врачей выявлены следующие тенденции. Ведущими конструктами представлений врачей о здоровье выступают субъективные стандарты здоровья в диапазоне экономического благополучия и неблагополучия и успеха, характеризующие систему критериев оценки психологического и физического здоровья.

Субъективные стандарты здоровья врачей представляют собой иерархически упорядоченные относительно друг друга конструкты абсолютного полного здоровья, высокого, среднего и нездоровья.

Соотношение диапазонов представлений врачей о здоровье служит основанием для выявления типов субъективных стандартов здоровья.

Ведущими психологическими механизмами детерминации представлений о здоровье врачей выступают рефлексивно-смысловые, ценностные и установочные процессы.

Литература:

1. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб.: Речь, 2004. – 70 с.

2. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 5. С. 45-57.
3. Краткий психологический словарь под ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1999 – 505с.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла. М.: Смысл, 1999.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА В АСПЕКТЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА.

*Павлова Л.Е.*

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия.

В целях успешного социально-экономического развития Российской Федерации одним из приоритетов государственной политики признано сохранение и укрепление здоровья нации [8]. По уставу ВОЗ, «здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия»[11]. В настоящее время эффективное функционирование системы здравоохранения определяется национальным проектом «Здоровье». Тем не менее разрыв между высочайшим уровнем медицинских научных знаний, с одной стороны, и низкими показателями результатов лечения, с другой, - феномен современной медицины [8]. Причин может быть множество, по нашему мнению, одна из них – это проблема взаимоотношения в системе «врач-пациент». Так как именно в этих отношениях и происходит процесс лечения (выбор методов и способов, подбор препаратов, корректировка образа жизни и поведения пациента ввиду нарушения здоровья и т.д.) «внутренняя кухня» медицины, причем каждый случай частный и уникальный. Согласно исследованию социальных аспектов поведения врача и пациента, проведенному в НГМУ (2011г), и врачи и пациенты считают: 1)пациент и врач не находят взаимопонимания и не доверяют друг другу, 2) пациент и врач не знают своих прав, 3) считают ответственными за соблюдение здорового образа жизни только пациента [7].

Согласно статистическому исследованию о приверженности лечению (PhRMA 2011) 32 миллиона американцев используют три или более препаратов ежедневно. 75% взрослых не соблюдают курс лечения в одном или нескольких случаях. Экономические последствия несоблюдения оценивается в \$ 100 млрд в год. Средневзвешенный курс приверженности (степень, в которой пациенты правильно следуют инструкциям рецепта) на лекарства принимают только один раз в день почти 80 процентов, по сравнению с примерно 50 процентами для лечения, которое должно быть принято 4 раза в день. Целых 75% пациентов (до 50 % хронически больных пациентов) не придерживаются, или частично соблюдают предписанные врачом схемы лечения.

О приверженности назначенному лечению в своих трудах Лапин И.П. ссылается на исследования Priest R. G., Baldwin D., (1994 г.), утверждавших, что больные не придерживаются назначенного лечения, и этот факт признается одной из самых серьезных и распространенных трудностей медицинской практики. Большинство пациентов имеют частичное согласие принимать назначенные лекарства. 40-70% из них не принимают от 10 до 40% назначенных им для систематического приема лекарств. В общей практике 68% больных депрессиями не принимают антидепрессанты дольше четырех недель [3].

Д.С.Данилов приводит данные ВОЗ: примерно половина хронически больных не выполняют медицинские рекомендации, что приводит к: существенному снижению эффективности лечения, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи. Таким образом, возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения [1].

Одним из основных факторов сохранения и поддержания здоровья является доверие и взаимопонимание между пациентом и врачом. Для обозначения характера отношений между пациентом и врачом в зарубежной науке введен термин «комплаенс» (compliance). В Оксфордском словаре английского языка даётся следующее определение данного термина — действие в соответствии с запросом или указанием; повиновение (англ. compliance is an action in accordance with a request or command, obedience).

В современной науке, нет единой трактовки термина «комплаенс». Существует несколько определений данного понятия, как в отечественной науке, так и в зарубежной. Приведем, взгляды отечественных психиатров. А.Б. Смулевич, определяет комплаенс, как осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи, как «терапевтический инструмент», обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии [9]. В.А. Жмуров пишет, что комплаенс - это лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в полном, исключая официальные претензии со стороны медицинских страховых компаний объёме, требуемые в соответствии с принятыми стандартами обследования и терапии [2].

В трудах И.П. Лапина согласие пациента следовать рекомендациям врача обозначают термином "комплаенс". В отечественной психологии Солондаев В.В. и Сумеркина Д.В. рассматривают комплаенс как один из вариантов проявления интерактивного компонента общения в ситуации общения врач-больной [10].

В зарубежной науке так же дается несколько определений данного термина. Шестопалова Л.Ф. рассматривает комплаенс, как сложный, динамический клинико-психологический феномен, формирующийся в процессе терапевтического взаимодействия как результат согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения и эффекты терапии. Как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима [11].

D. Misdrahi определяет комплаенс как "степень совпадения поведения пациента с даваемыми ему медицинскими советами". [5] Linden'a определяет комплаенс, как «отношение фактической терапии к терапии стандарта». [3]

Не смотря на множество трактовок и подходов к пониманию данного термина можно увидеть общую суть, в том, что комплаенс – это степень принятия лечения, согласие ответственно соблюдать все наставления врача. Коррекция взаимоотношений между врачом и пациентом, конечно не решит всех проблем не соответствия между высотами научных достижений и низкими результатами лечения, но это важный компонент всей системы лечения. Который, несомненно улучшит общие результаты лечения.

#### Литература:

1. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. №1. С. 13-20.
2. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г.
3. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб., 2001, С. 204-217
4. Лапин И.П. Согласие – фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая Медицина. 1999. Т. 77, № 11. С. 55–59.
5. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – № 4.
6. Овчаренко С. Дробижев М. Ищенко Э. Акулова М. Батулин К. Сотрудничество врача с пациентом (кооперативность) и течение заболевания (на модели бронхиальной астмы). //Врач. 2006. С.57-59.
7. Погодина, В. А. Исследование социальных аспектов поведения врача и пациента в процессе формирования здорового образа жизни // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 68-71.
8. Силуянова И.В. Яковлев В.В. Врач глазами пациентов: результаты социологических опросов//Главврач. 2009. №3. С. 87-93.
9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей // М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 782 с
10. Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России:

электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 26.10.2012.)

11. Шестопалова Л.Ф. Особенности комплайенса больных с алкогольной зависимостью // Аддикция в современном научном пространстве. Материалы Международной научно-практической конференции. – Курск: изд-во КГМУ, 2012. С 152- 155.

## ЛИЧНОСТНАЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ

*Пастух И.А.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Последние два десятилетия характеризуются повышенным интересом исследователей к проблеме смешанных психических и поведенческих расстройств [3,4,8,13]. Обращают на себя внимание работы, отражающие вопросы коморбидности тревожно-фобических и депрессивных расстройств [1,2,6,9-12]. Психологические особенности больных в случаях сочетанного течения генерализованного тревожного и депрессивного расстройств пока еще не изучались.

Результаты исследования личностной и эмоциональной сферы больных коморбидными генерализованным тревожным (ГТР) и депрессивным (ДР) расстройствами позволят выявить психологические механизмы коморбидных взаимосвязей и будут учтены при разработке психотерапевтических мероприятий для таких больных.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей личностной и эмоциональной сферы больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами.

В 2010-2012 гг. в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера обследовано 60 больных (применяли метод случайной выборки); из них у 30 (50,0%) диагностировано (по указаниям МКБ-10) сочетание генерализованного тревожного и депрессивного расстройств (основная группа), у 30 (50,0%) больных – только генерализованное тревожное расстройство (контрольная группа).

Для оценки психологических особенностей больных использовали экспериментально-психологическое исследование. Личностный профиль изучался с помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности – СМЛ (Собчик Л.Н., 2003) и стандартизированного 16-ти факторного личностного опросника Р. Кеттелла. Личностная и реактивная тревожность определялись шкалами Спилбергера.

Для проведения статистического анализа применяли статистическую программу Statistica (версия 6.0). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни U.



Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ . Полученные результаты сравнивались в основной и контрольной группах.

Изучение долевого распределения типов личностных профилей, выявленных с помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности – СМИЛ, показало, что у всех больных основной и контрольной групп наблюдались дисгармоничные личностные профили. Они были представлены следующими разновидностями: «пикообразный» – 13 (43,34%) и 18 (60,0%) соответственно; «зубчатая пила» – 10 (33,34%) и 7 (23,34%); «широкоразбросанный» – 4 (13,33%) и 1 (3,33%); «углубленный» – 1 (3,33%) и 3 (10,0%).

В усредненном личностном профиле больных основной группы значения шкал лжи (L), достоверности (F) и коррекции (K) свидетельствовали о достоверности результатов тестирования. По основным шкалам значения показателей варьировали от 53,03 Т (шкала интроверсии) до 77,67 Т (шкала индивидуалистичности). В личностном профиле лиц, страдающих коморбидными ГТР и ДР, наблюдалось повышение значений по шкалам: «невротический сверхконтроль» (75,77Т); «пессимистичность» (72,40Т); «тревожность» (70,83Т) и «индивидуалистичность» (77,67Т). Это свидетельствовало о том, что больные основной группы испытывали излишнюю тревожность в ситуациях решения житейских проблем, были зависимы от партнера или другой сильной личности, имели негибкие социальные установки. Для них свойственны неуверенность в себе, недоверчивость, враждебность. Они остро переживали неудачи, испытывали повышенное чувство вины, преувеличивали тяжесть своего состояния, уходили в болезнь, оправдывая тем самым свою низкую социальную активность. Для таких больных были характерны внутренняя напряженность, отгороженность и пессимизм.

В личностном профиле больных контрольной группы за пределами нормы (70Т) были показатели средних значений по шкалам «невротический сверхконтроль» (73,50Т); «тревожность» (79,43Т) и «индивидуалистичность» (78,07Т). Полученные данные указывают на то, что для больных только ГТР свойственны следующие личностные особенности: тревожность, склонность преувеличивать тяжесть своего состояния, отгороженность, неуверенность в себе.

При сравнительной оценке усредненных показателей личностного профиля больных основной и контрольной групп установлено, что больные основной группы имели меньшие значения по шкале «тревожность» по сравнению контрольной группой (70,83Т и 79,43Т соответственно) и большие значения по следующим шкалам: «пессимистичность» (72,40Т и 68,40Т соответственно), «ригидность» (64,60Т и 57,20Т соответственно) и «интроверсия» (53,03Т и 46,83Т соответственно). По остальным шкалам личностного профиля существенных отличий между показателями основной и контрольной групп выявлено не было.

При статистической обработке результатов установлено, что уровни статистической значимости (U-критерий Манна-Уитни –  $p < 0,05$ ) достигали

показатели шкал «пессимистичность» ( $U=381,50$ ;  $p=0,031$ ), «ригидность» ( $U=305,50$ ;  $p=0,032$ ) и «интроверсия» ( $U=259,00$ ;  $p=0,004$ ), которые оказались выше у больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами (основная группа) по сравнению с таковыми у больных контрольной группы. Уровня статистической значимости ( $p<0,05$ ) достигали и показатели шкалы «тревожность» ( $U=315,50$ ;  $p=0,046$ ), завышенные у больных генерализованным тревожным расстройством (контрольная группа) по сравнению с основной группой.

Полученные методом СМИЛ результаты могут свидетельствовать о том, что при коморбидности генерализованного тревожного с депрессивным расстройством выявляется дисгармоничный личностный профиль. Присоединение депрессивного расстройства к генерализованному тревожному расстройству уменьшает у больных проявления тревожности, увеличивает проявления пессимистичности, ригидности, интроверсии. Эти особенности значительно затрудняют процесс лечения, снижают эффективность реабилитационных мероприятий и могут быть причиной социальной дезадаптации больных основной группы.

По данным опросника Р. Кеттела, личностные особенности больных генерализованным тревожным расстройством отличались от таковых у больных сочетанными проявлениями генерализованного тревожного и депрессивного расстройств. При генерализованном тревожном расстройстве (контрольная группа) отмечалось снижение показателей по шкале «адекватная-неадекватная самооценка» и их повышение по шкале «практичность-мечтательность». У больных генерализованным тревожным расстройством, сочетающимся с депрессивным расстройством (основная группа), наблюдалось повышение показателей по шкале «адекватная-неадекватная самооценка» и понижение по шкале «практичность-мечтательность». При сравнительном анализе показателей опросника Р. Кеттела у больных основной и контрольной групп выявлены достоверные различия только по двум шкалам. При коморбидных генерализованном тревожном и депрессивном расстройствах (основная группа) отмечались значительно большие показатели, по сравнению с таковыми в контрольной группе, по шкале «адекватная-неадекватная самооценка» (4,87 и 2,00 соответственно;  $p < 0,05$ ) и меньшие по шкале «практичность-мечтательность» (5,17 и 6,23 соответственно;  $p < 0,05$ ).

Присоединение депрессивного расстройства к генерализованному тревожному расстройству способствовало формированию неадекватной самооценки с тенденцией к ее снижению и склонности к прагматизму, что проявлялось в появлении ранее не свойственных личностных особенностей в виде приземленности, практичности и трезвости взглядов.

Присоединение депрессивного расстройства к генерализованному тревожному расстройству способствовало изменениям не только в личностной, но и эмоциональной сфере.

Средние показатели уровня ситуативной (реактивной) тревожности у больных основной группы составили 42,3 балла ( $p < 0,05$ ), в контрольной

группе они были значительно выше – 58,77 балла. Средние показатели уровня личностной тревожности в основной и контрольной группах имели примерно одинаковые значения ( $p < 0,05$ ) и составили – 51,37 и 57,7 баллов соответственно.

Долевое распределение больных в зависимости от уровня личностной и ситуативной тревожности показало, что у 24 – (80,0%;  $p < 0,05$ ) больных основной группы наблюдался высокий, а у 6 (20,0%;  $p < 0,05$ ) – средний уровень личностной тревожности. У всех (30 – 100,0%) больных контрольной группы выявлены высокий уровень личностной тревожности.

Долевое распределение больных по уровню ситуативной тревожности выглядело следующим образом. У 23 (76,67%;  $p < 0,05$ ) больных основной группы отмечались высокий и средний уровни ситуативной тревожности; у 7 (23,33%;  $p < 0,05$ ) – низкий уровень. В контрольной группе (30 – 100,0%) всех больных зафиксирован высокий уровень ситуативной тревожности.

Как видно эмоциональная сфера больных основной и контрольной групп характеризовалась высокими показателями ситуативной и личностной тревожности. Присоединение депрессивного расстройства к генерализованному тревожному расстройству способствовало снижению уровней ситуативной и личностной тревожности.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили раскрыть некоторые психологические механизмы коморбидных взаимосвязей тревожных и аффективных расстройств на модели сочетанного течения генерализованного тревожного и депрессивного расстройств. Присоединение к генерализованному тревожному расстройству депрессивного расстройства вносит своеобразие в состояние личностной и эмоциональной сферы больных. Усиливаются проявления пессимистичности, ригидности, интроверсии; неадекватная самооценка приобретает тенденцию к снижению, формируется ранее не свойственная склонность к прагматизму; уменьшается уровень тревожности.

Полученные данные согласуются с результатами изучения клинических аспектов коморбидности тревожных и аффективных расстройств, свидетельствующими о взаимном влиянии сочетающихся заболеваний [5,7].

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционной работы с больными, страдающими коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами, направленной на гармонизацию психологического профиля с учётом выявленных его особенностей. При составлении психотерапевтической программы больным коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами рекомендуется использовать сочетание когнитивно-поведенческой и рационально-эмотивной терапии, в том числе, тренинги: прививки против стресса и управления тревогой (Anxiety Management Training – АМТ). Программа состоит из 10-12 занятий (в зависимости от индивидуальной динамики состояния больных). Для устранения фактора влияния личности

психотерапевта занятия целесообразно проводить в форме «психотерапии в группе». Использование психотерапевтической программы позволит повысить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, оптимизировать уровень социальной адаптации и качество жизни таких больных.

Литература:

1. Аведисова, А.С. Депрессия + тревога: Диагностика и лечение // Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Отдел новых средств и методов терапии. – М.: 2003. – 253 с.
2. Лесс, Ю.Э. Генерализованное тревожное расстройство типология и коморбидные состояния // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 40-45.
3. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии. – 1998. – С. 217-228.
4. Пивень Б. Н., Шереметьева И. Я. Смешанные формы заболеваний диспансерного контингента больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 46-50.
5. Погосова И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией // Неврологический вестник. – 2012. – № 3. – С. 42-47.
6. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 2. – С. 32-43.
7. Семке В.Я., Погосова И.А. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С.50-57.
8. Смулевич, А.Б., Дубницкая, Э.Б., Тхостов, А.Ш. с соавт. // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. – М. – 1997. – С. 28-53.
9. Чахава В.О., Лесс Ю.В. Клинико-эпидемиологическое исследование генерализованного тревожного расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 38-40.
10. Smalbrugge M., Jongenelis L., Pot A.M. et al. Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients // Int. J. Geriatr. Psychiat. – 2005; 20: 3. – P. 218-226.
11. Wittchen H.U., Zhao S., Kessler R.C. et al. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // Arch Genet Psychiat. – 1994; 51: 5. – P. 355-364.
12. Kessler R.C., Brandeburg N., Lane M. et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from National Comorbidity Survey Replication // Psychol. Med. – 2005. – P. 1073–82.

13. Maser, J.D.; Cloninger, C.R. Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview // Comorbidity of anxiety and mood disorders. – Washington. – 1990. – P. 3-12.

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПОДРОСТКОВ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

*Петраш Е.А., Ширяев А.А.*

*Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия*

Проблема изучения представлений подростков и их реализации носит междисциплинарный характер. В рамках психологической науки категория представлений вызывает интерес с точки зрения их влияния на деятельность субъекта и их реализации на поведенческом уровне.

Рассматривая категорию представлений, необходимо определить ее содержание с нескольких научных позиций. С.Л. Рубинштейн определял представления как психический процесс мысленного воссоздания образа предметов и явлений, которые в данный момент, не воздействуют на органы чувств. Согласно автору, представления, в рамках данного подхода рассматриваются в двух аспектах: как образ предмета или явления, которые ранее воспринимались анализаторами; как процесс воспроизводства образов. (Рубинштейн С.Л, 1998г)

Определяя представления через категорию психических процессов, автор указывает на их динамичность. С этой точки зрения представления рассматриваются как динамическая система, формирующаяся в процессе взаимодействия с окружающим миром и изменяющееся в течении жизни. В процессе онтогенетического развития происходит усложнение системы представлений личности, при этом так же происходит расширение их функционала.

Рассматривая представления как динамическую систему, формирующуюся в процессе взаимодействия, необходимо отметить, что на ранних этапах онтогенетического развития вплоть до подросткового возраста взаимодействие ограничено преимущественно внутрисемейными взаимоотношениями.

Нарушение внутрисемейного взаимодействия (неполная семья, потеря родителей и т.п.) приводит к нарушению формирования системы представлений, 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.

Исходя из положений, представленных выше, представления формируются непосредственно в процессе взаимодействия с внешним

миром, в процессе осуществления различных видов деятельности. У подростков представления формируются во внутрисемейном взаимодействии, а так же в процессе взаимодействия со сверстниками.

Целью работы является изучение особенностей представлений подростков, оставшихся без попечения родителей.

Исследование проводилось на базе средних общеобразовательных школ и школ-интернатов г. Курска. Общий объем выборки составил 60 подростков в возрасте от 10 до 13 лет. Экспериментальную группу составили 30 подростков, оставшихся без попечения родителей, в контрольную группу вошли 30 подростков, проживающих в полных семьях.

Исследование осуществлялось с использованием следующих психодиагностических методик: репертуарный тест Дж. Келли, тест Т. Лири, кинетический рисунок семьи. Количественная и качественная обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных программ StatPlus 9.0

В результате исследования представлений у подростков, оставшихся без попечения родителей, были выявлены, следующие тенденции. В 77% случаев выявлено негативное, подавленное эмоциональное состояние, и негативные представления о семейных отношениях, что проявлялось в изображении одиночных или хаотично расположенных персонажей. При этом значимо преобладают эгоистический ( $X=8\pm 2,41$ ), зависимый ( $X=4,5\pm 0,37$ ), авторитарный ( $X=5,5\pm 1,52$ ) типы отношений. Факторный анализ, проведенный по результатам методики Дж. Келли, выявил следующие тенденции: преобладают простые конструкты, значимым аспектом жизни у этих подростков является достижение признания в осуществляемой деятельности ( $F=42\%$ ), а интервал коэффициента самооценки находится в диапазоне  $-0,66 < C < -0,33$ , что указывает на конфликтность системы поведения.

У подростков, проживающих в полных семьях (80%), выявлены позитивные представления о семейных отношениях и положительный эмоциональный фон, а также высокая степень сближенности. При этом преобладают авторитарный ( $X=3,5\pm 1,14$ ), зависимый ( $X=7,5\pm 2,58$ ) и альтруистический ( $X=8\pm 3,04$ ) типы взаимоотношений. Факторный анализ, проведенный по результатам методики Дж. Келли, выявил следующие тенденции: преобладают сложные конструкты, значимым аспектом жизни является творчество ( $F=38\%$ ), досуг ( $F=41\%$ ), интервал коэффициента самооценки находится в диапазоне  $0,50 < C < +2$ , что указывает на динамичность системы поведения.

Значения, полученные в результате сравнительного анализа, показывают преобладание эгоистического ( $p=0.0023$ ) и авторитарного ( $p=0.0045$ ) типа отношений у детей оставшихся без попечения родителей, основной фактор отношений доминирование. У подростков, проживающих в полных семьях, доминирующая система отношений направлена на дружелюбие. Отрицательный факторный коэффициент ( $-0,66 < C < -0,33$ ), указывает на простую систему конструктов и конфликтность системы

взаимоотношений у детей, оставшихся без попечения родителей. Положительный факторный коэффициент ( $0,50 < C < +2$ ) указывает на динамичность системы деятельности подростков, проживающих в полных семьях.

В результате проведенного исследования выявлены следующие тенденции. Во-первых, представления подростков, оставшихся без попечения родителей, характеризуется негативной эмоциональной окраской и реализуются в эгоистическом, зависимом, авторитарный типах отношений по сравнению с подростками проживающих в полных семьях, что связано с отсутствием позитивного опыта внутрисемейного взаимодействия. Во-вторых, представления подростков проживающих в полных семьях характеризуются позитивной эмоциональной окраской, а так же динамической структурой деятельности.

Литература:

1. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. — Р. н/Д, 2006
2. Рубинштейн С.Л, «Основы общей психологии» СПб.1998г.
3. Реан А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика /А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб.: прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2006. – 479 с.

## ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

*Петрик Н. Н.*

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан, Россия

С эволюционной точки зрения материнство — вариант родительской сферы поведения (как составной части репродуктивной сферы), присущего женскому полу, которое приобретает особое значение у млекопитающих. Это связано с вынашиванием и выкармливанием потомства и необходимостью обеспечения заботы о нем именно материнской особью.

Психология материнства — одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки.

В современной России проблема становления материнства очень актуальна, в связи с демографическим кризисом, ростом числа детей-сирот и увеличением количества распадающихся семей.

Проблемой материнства занимались такие психологи, как Овчарова Р.В., Филиппова Г.Г., Ланцбург М. Е., О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз и другие.

Мать - это «первая земная вселенная ребенка», поэтому все, через что она проходит, испытывает и плод. Эмоции матери передаются ему, оказывая либо положительное, либо отрицательное влияние на его психику. Организм будущего ребенка строится из материалов, которые поставляются ему из

организма матери, следовательно, образ ее жизни, питание, отсутствие или наличие вредных привычек (прием алкоголя, курение, злоупотребление лекарственными препаратами и пр.) закладывают основу здоровья плода. Именно неправильное поведение матери, ее излишние эмоциональные реакции на стрессы, которыми насыщена наша тяжелая и напряженная жизнь, служат причиной огромного числа таких послеродовых заболеваний, как неврозы, тревожные состояния, многочисленные аллергические недуги, отставание в умственном развитии и многие другие патологические состояния.

Для древних цивилизаций значимость периода беременности была абсолютно непреложной истиной. Египтяне, индийцы, кельты, африканцы и многие другие народы разработали свод законов для матерей, супружеских пар и общества в целом, которые обеспечивали ребенку наилучшие условия для жизни и развития [1, 59-68].

Психологи и психиатры выявили наличие еще одного существенного фактора-качества эмоциональной связи, существующей между матерью и ребенком. Любовь, с которой она вынашивает ребенка; мысли, связанные с его появлением; богатство общения, которое мать делит с ним, оказывают влияние на развивающуюся психику плода и его клеточную память, формируя основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей последующей жизни.

Опрос пятисот женщин показал, что почти одна треть из них никогда не думала о вынашиваемом в чреве ребенке. Дети, которых они произвели, имели при рождении вес, не достигавший средних показателей. У них чаще наблюдались различные серьезные нарушения в работе пищеварительного тракта и нервные расстройства. В раннем возрасте такие дети плакали намного больше. Они также испытывали определенные трудности в процессе адаптации к окружающим и к жизни.

Таким образом, матери расплатились за незнание того факта, что питательной средой для развития являются собственные чувства и мысли, а потребность в любви возникает еще до рождения [3].

И все же беременным женщинам не следует испытывать особую тревогу по этому поводу, поскольку речь идет об очень сильных стрессах. Мы не берем в расчет быстро проходящее чувство тревоги, например, из-за вмятины на крыле автомобиля. Ребенок подвержен воздействию только сильного стресса, глубоких и длительных переживаний матери. К ним можно отнести плохие отношения между супругами, которые, повторяясь, превращаются в застывшую модель общения. Кроме того, следует помнить, что будущие матери обладают тем, что доктор Верни называет защитным щитом, предохраняющим ребенка: любовью к нему. Она способна защитить плод от вредного воздействия даже в очень тяжелых, экстремальных ситуациях.

В тех случаях, когда мы испытываем чувство радости и счастья, наш мозг вырабатывает "гормоны радости" (эндорфины). Они способны сообщать ощущения покоя или радости бытия плоду. Если он часто испытывает эти



состояния в утробе матери, то они запоминаются и, вероятно, определенным образом окрашивают характер будущего мужчины или женщины.

Так же нельзя забывать о влиянии конфликтов в семье на состояние здоровья будущего ребенка.

Отрицательный опыт конфликтной семьи достаточно многоплановый. Вот только некоторые аспекты выражения негативного опыта конфликтной семейной обстановки для формирующегося сознания ребенка:

1. Общая нервозность при развитии ребенка в противоречивых условиях взаимоотношений матери и отца.

2. Нарушение духовного равновесия в семье ведет к психологической патологии у развивающегося ребенка.

3. Увеличивается риск бесконтрольного поведения ребенка, так как для ребенка падает родительский авторитет.

4. Ребенком хуже усваиваются моральные и общекультурные ценности.

5. Повышается вероятность формирования негативного чувства по отношению к тому или иному полу, в зависимости от симпатий ребенка к одному из родителей.

Семейные конфликты – достаточно болезненный и острый вопрос нашего времени. Как бы то ни было, следует помнить, что неразумные и необдуманные действия родителей могут привести к формированию истерического характера у детей. Эмоциональное здоровье семьи – это не просто прерогатива благополучной семьи, но и мудрое правило культурного и гармоничного уклада семейных отношений.

Факторами риска для беременной женщины являются неправильное либо неполноценное питание, возраст после 30 лет, вредные привычки матери (такие как курение, наркотики, алкоголь), стресс, сильные эмоциональные потрясения и др [4, 240].

Перед началом исследования мы поставили перед собой следующую цель: выявить степень влияния семейной среды на здоровье будущего ребенка.

В исследовании принимали участие 10 беременных женщин. Средний срок беременности – 30 недель, средний возраст – 23, 5 года, средний стаж брака – 1 год 10 месяцев, 7 респондентов с высшим образованием, 3- средним профессиональным образованием, 7 респондентов из полных семей, 3 - из неполных семей.

В исследовании мы использовали следующие психодиагностические методы: анкетирование (авторская анкета), опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FASES-3), опросник «Сознательное родительство», опросник родительских установок PARY [2, 432].

Методы математической статистики: угловое преобразование Фишера.

В результате проведенного исследования мы выяснили, что молодые беременные женщины на высоком уровне осознают свои родительские чувства, родительскую ответственность и отношение к ребенку, высоко

осознанно стремятся определиться, какой стиль выбрать для воспитания своего ребенка.

У испытуемых есть стремление к установлению оптимального эмоционального контакта с будущим ребенком. В своих представлениях они видят, как они выстраивают отношения с будущим ребенком по типу сотрудничества, планируют развивать его активность, говорить о своих эмоциях по отношению к ребенку, однако есть риск возникновения эмоциональной дистанции у молодой беременной женщины с будущим ребенком, из-за раздражительности будущих мам, возможного строгого отношения к ребенку.

Так же было выявлено, что у молодых беременных женщин существует тенденция к излишней концентрации на ребенке, т.к. есть риск возникновения зависимости от будущего ребенка, опасение внесемейных влияний на ребенка, стремление ускорить развитие будущего ребенка.

На наш взгляд, это связано с тем, что молодых беременных женщин идеализированное представление о материнстве, они опасаются стать «плохой матерью», могут ощущать свою материнскую несамостоятельность из-за отсутствия опыта взаимодействия с собственным ребенком.

Так же мы выяснили, что у молодых беременных женщин семья играет важную роль, стоит на 1 месте в списке ценностей, у большинства из них среднесбалансированный тип семьи, что свидетельствует о том, что семейная жизнь испытуемых достаточно стабильна.

У 50 % молодых беременных женщин в семьях встречается разделенный тип сплоченности, при котором наблюдается некоторая эмоциональная дистанцированность членов семьи друг от друга; у оставшихся 50 % встречается разобщенный тип сплоченности, при котором в семье наблюдается низкая степень сплоченности, разобщенность и отчужденность членов семьи друг от друга.

Семьи у молодых беременных женщин сверхгибкие, в них нет четко определенного лидера, решения принимаются импульсивно и непродуманно, семейные роли не ясны и часто смещаются от одного члена семьи к другому

Молодые беременные женщины недовольны своей ролью хозяйки дома, и считают что их мужа недостаточно включены в дела семьи.

Мы предполагаем, что такие результаты могли быть получены потому, что молодые беременные женщины не так давно вступили в брак, и поэтому у них еще не до конца сформировался определенный тип взаимоотношений в семье. Т.к. у молодых беременных женщин первая беременность – они еще не испытали на себе материнство, у них нет опыта нянченья и они имеют лишь представления о материнстве, на которые могут влиять воспоминания из детства, слухи, мнения старших родственников, многочисленные книги и интернет – статьи и о материнстве.

Таким образом, мы можем проследить тесную связь между здоровьем будущего ребенка и семейной средой. Т. к. во время беременности женщина становится очень чувствительна и эмоционально уязвима, неблагоприятная обстановка в семье может негативно повлиять на течение беременности и на

здоровье будущего малыша. Наше исследование показало, что те беременные женщины, у которых в семье наблюдалась конфликтная ситуация сложнее переносили беременность, частые эмоциональные переживания могли вызывать болезненные ощущения, существовал риск рождения более слабого ребенка. Это еще раз доказывает факт того, что благоприятная семейная среда один из факторов, обеспечивающих хорошее здоровье и своевременное развитие будущего ребенка.

Литература:

1. Брутман, В.И. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов [Текст] / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И.ЮХамитова, // Вопросы психологии. - 2002. - №1. - С.59-68.
2. Лидерс, А.Г. Психологическое обследование семьи [Текст]: учебное пособие-практикум для студентов факультета психологии ВУЗ / А. Г. Лидерс. - М.: Академия, 2007. - 432с.
3. Психология материнства - [Электронный ресурс]. - [Режим доступа]: <http://pedlib.ru/Books/1/0148/index.shtml>
4. Филиппова, Г. Г. Психология материнства [Текст]: учебное пособие/. Г. Г. Филиппова. - М: Изд-во Института Психотерапии, 2002.- 240 с.

## ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОД К ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМУ СТРЕССОВОМУ РАССТРОЙСТВУ: НАРУШЕНИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

*Погодин И.А.*

Институт Гештальта, г.Минск, Беларусь

Рассматривая место и роль утраты способности к творческому приспособлению посредством трансформации острой ситуации сильной интенсивности в хроническую ситуацию низкой интенсивности в генезе психической травмы, следует отметить также, что при длительной во времени остановке или деформации процесса переживания травматические паттерны хронифицируются, тип нарушения творческого приспособления фиксируется в виде симптомов и синдромов. Психическая травма при этом мимикрирует под невротическую или пограничную феноменологию, переставая осознаваться как травма, или трансформируется в хроническую травму, которая клинически репрезентируется как посттравматическое стрессовое расстройство. Тем не менее, источником существования посттравматической феноменологии, по-прежнему, остается травма и деформация контакта ввиду заблокированного процесса переживания.

*За помощью обратилась З., женщина 35 лет, испытывающая множественные сложности в своей жизни: чрезвычайно выраженную тревогу, временами – глубокую депрессию (которая и послужила поводом к обращению), бессонницу, кошмары. Одним из самых беспокоящих З.*

симптомов были постоянные воспоминания об отце, который ей снился почти каждый день и который умер 8 лет назад. По мнению З., смерть отца она пережила довольно быстро, стараясь «об этом не думать». По ходу терапии выяснилось, что к отцу у З. осталась значительно выраженная амбивалентность в отношении. Это был, с одной стороны, близкий и дорогой человек, с другой – она ненавидела его за жестокость, которую он проявлял к ней. До его смерти З. не смогла обратиться со своими чувствами, разместив их в отношениях, после же смерти ситуация не упростилась<sup>4</sup>, а просто игнорировалась З. Она по-прежнему не могла сказать: «Папа, я тебя люблю», потому что ненавидела его всеми фибрами своей души. С другой стороны, она также не могла признаться в ненависти к своему отцу, поскольку очень любила его. Застрав между ненавистью, яростью к отцу и любовью к нему, З. не имела возможности пережить горе. В заблокированном виде процесс переживания существует до сих пор, определяя клиническую феноменологию З. После длительной и непростой терапевтической работы, в фокусе внимания которой находилась возможность принятия амбивалентных чувств, процесс переживания смог быть восстановлен.

Переживание травматогенного события, лежащего в основе ПТСР, без специальной помощи не имеет никаких перспектив в его осуществлении, поскольку блокируется вторичным каркасом в виде следующих механизмов: 1) постоянно повторяющегося воспроизведения травматического события в хронических паттернах нарушения творческого приспособления; 2) устойчивого избегания любых раздражителей, ассоциирующихся с травматическим событием; 3) притупления общей реактивности, отсутствующего до травмы; 4) устойчивых симптомов повышенной возбудимости и т.д. [1, 2, 3].

И., 47 лет, ветеран войны в Афганистане, обратился за помощью из-за симптомов, которые беспокоили его последние несколько лет: тревожность, подозрительность, раздражительность, бессонница, вегетососудистая дистония. Отношения в семье ухудшились, жена подала заявление на развод. Внешне И. выглядел холодным, отстраненным, лицо неживое, как будто в гримасе отвращения. Чувства были в некотором роде атавизмом в его жизни. К терапии И. относился не как к пространству для переживания, а как к месту, где один человек, терапевт, что-то делает с другим, клиентом, так, «чтобы клиенту стало легче». Нечего и говорить, что при подобной установке к терапии наша работа была непростой. Однако все же через некоторое время в нашем контакте стали появляться намеки на эмоции, точнее, на возможность для И. их замечать и осознавать. Мне показалось, что как будто он стал более чувствительным

---

<sup>4</sup> Думаю, что наши родители являются бессмертными существами в том смысле, что чувства к ним остаются в нас на всю жизнь. После физической смерти родителей чувстване теряют своей актуальности.

*и ранимым, некоторые события в его жизни стали впечатлять И. в большей степени и вызывать различные чувства. Это был приятный момент в терапевтическом процессе с ощущением некоторого прорыва. Длилось это время, однако, недолго. Спустя 1,5 -2 месяца И. стал испытывать очень сильную тревогу, несколько раз даже отменил сессию, не имея возможность выйти из дома, ссылаясь на сильную тревогу и смутное ощущение угрозы. Еще через месяц появились воспоминания о прошедшей войне, в которой он участвовал. Ужас, боль, вина, отчаяние смешались вместе, заставляя И. испытывать сильное мучение. По его словам, «до терапии ему не было так мучительно плохо». Это был один из самых трудных периодов нашей совместной работы. Иллюзии, что в процессе терапии становится клиенту лучше и легче, испарились безвозвратно, причем не только у клиента, но и у меня. Тем не менее, это был период наиболее продуктивной терапевтической работы, качественного контакта и близости, интимности, что ли. За воспоминаниями событий прошедшей войны стали появляться более дифференцированные чувства: ужас и страх за свою жизнь, стыд за ситуации, в которых испытывал слабость, вина за смерть друга... Но в этот момент наши с И. отношения были достаточно прочными и стабильными, чтобы эти чувства смогли оказаться не только признанными и осознанными, но и «выносимыми и вынесенными» в контакте. Так, спустя много лет, заблокированный в силу понятных причин («война – не место для слабости и слабых») процесс нелегкого переживания был вновь освобожден. Терапия длилась несколько лет и привела к существенному улучшению качества жизни И., восстановлению семейных отношений, а главное к его примирению с собой и некоторой гармонии.*

В работе с посттравматическим стрессовым расстройством частой практикой является обращение клиента за терапевтической помощью по поводу, внешне не имеющего никакого отношения к психической травме. Причем выдвигаемый терапевтический запрос при этом не является лукавством или формой сопротивления. В этот момент клиента, действительно, беспокоят различные проблемы и сложности в жизни, со здоровьем, в отношениях с людьми, объединенных единой этиологической линией, неосознаваемой человеком. И эта осевая этиологическая особенность имеет отношение к травме, т.е. заблокированному некогда процессу переживания. В процессе же терапии, в фокусе которой оказывается беспокоящая симптоматика как способ организации клиентом контакта в поле, рано или поздно хронические паттерны, подвергаясь фрустрации в контакте «терапевт – клиент» или «клиент – группа», теряют свою прежнюю власть. Казалось бы, терапия подходит к концу. Но это не так – она только начинается. В терапевтическом поле появляются феномены, до сих пор заблокированные травмой, предваряет которые зачастую невыносимая психическая боль. Эти феномены, как уже становится понятным, имеют непосредственное отношение к травме как заблокированному процессу переживания. Если боль удастся разместить на границе контакта «терапевт – клиент» процесс переживания имеет шанс быть восстановленным [4, 5].

В некотором смысле процесс психотерапии посттравматического стрессового расстройства предполагает неизбежность актуализации травмы. Другими словами, релевантной ПТСР терапевтической задачей является необходимость превратить хроническую травму в острую, т.е. актуализировать ее в терапевтическом процессе. Однако стоит заметить, что этот процесс не может и не должен быть форсирован. Пытаясь ускорить процесс трансформации и актуализации травматических переживаний, мы, возможно, того не желая, блокируем процесс переживания. Невозможно одновременно выполнять задачу помочь клиенту «отдаться» процессу переживания и стараться со своей стороны его проконтролировать. Игнорирование этого противоречия всегда приводит к остановке терапевтического процесса. Мы, психотерапевты, являемся специалистами по контакту, который сам суть процесс психотерапии. Поэтому главной задачей в работе с посттравматическим стрессовым расстройством является освобождение естественного течения процесса и сопровождение его в непрерывной психической динамике.

#### Литература:

1. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М., 1992. – 95с.
2. Решетников М.М. Психическая травма / М.М.Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006 – 322с.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Пер с англ. – М.: Медицина, 1994.
4. Погодин И.А. Феноменология и динамика ранних эмоциональных проявлений / Журнал практического психолога (Специальный выпуск Белорусского Института Гештальта). – №1. – 2008, С. 61-80.
5. Погодин И.А. Близость как отношения на границе контакта / Вестник гештальт-терапии. – Выпуск 6. – Минск, 2007. – С. 42-51.

## К ПРОБЛЕМЕ ЭКОЛОГИИ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

*Погодин И.А.*

Институт Гештальта, г.Минск, Беларусь

В этой статье я бы хотел немного остановиться на одной из важнейших проблем современной психотерапии. Речь пойдет об экологии психотерапии психической травмы и о профилактике профессионального сгорания психотерапевта. Тем более актуальной эта тема представляется мне в связи с представлением о психотерапии как о процессе, поддерживающем переживание. Закономерно появляются вопросы: «Что же происходит во время терапии с переживанием самого терапевта?», «Имеет ли терапевт право на переживание событий своей собственной жизни во время терапии?». Я убежден, что в данном случае речь идет не столько о правах, сколько о необходимости. На мой взгляд, важнейшим инструментом профессиональной работы терапевта является его собственный процесс переживания. Именно свобода терапевта в своем переживании текущего

контекста жизни выступает ведущим терапевтическим фактором, определяющим успех терапии. Во-первых, обращение терапевта со своими self-феноменами является в некотором смысле моделью для клиента. Во-вторых, только свободный в своих переживаниях терапевт посредством своей творческой динамики и, следовательно, высокой сенситивности к текущей ситуации, может фасилитировать self-динамику в контакте. Таким образом, все описанное выше относительно процесса переживания и self-динамики имеет в равной мере отношение и к терапевту, включая как наличие психических травм, так и процесс ревитализации. Итак, терапевт также подвержен риску психической травматизации, более того, как показывает опыт ведения профессиональных программ подготовки гештальт-терапевтов, многие наиболее успешные студенты имеют множество своих собственных достаточно глубоких психических травм. Думаю, что интерес к другому и к себе во многом мотивирован у терапевтов своими собственными травмами, а ведь именно этот фактор (любопытство к жизни другого человека и своей собственной) во многом определяет успех в нашей профессии. Конечно же, терапевтическим инструментом терапевта являются не столько травмы, сколько психические рубцы и шрамы, от них оставшиеся<sup>5</sup>.

Итак, что же происходит с жизнью терапевта в процессе терапии? Присутствие в контакте с клиентом также является событием жизни терапевта. Поэтому оно также нуждается в переживании. В какой-то отрезок времени жизни двух людей оказываются переплетенными, совместными. В процессе терапии, я переживаю событие встречи, а, поддерживая процесс переживания клиента, – в некотором смысле можно сказать, что также переживаю и его жизнь. Конечно же, в этом случае возникает опасность сфокусироваться лишь на переживании клиента, проигнорировав себя, превратившись, по словам одной моей много и успешно работающей коллеги, в «аппарат по обслуживанию чужих жизней». Выходом из этой ситуации оказывается, с одной стороны, чувствительность к своей жизни во время терапии, которая проявляется в качестве откликов на контакт с клиентом, с другой – экологичное отношение к своей жизни вне терапии. Последнее предполагает поддержание полноты переживания жизненных событий и, как следствие, удовлетворенность жизнью. В обоих случаях речь идет о прегнантном соотношении процессов переживания. Тупик в терапии и сгорание терапевта являются производными от игнорирования своего процесса переживания терапевтом. Динамичное поле подразумевает постоянную динамику фигуры и фона. Творческое приспособление

---

<sup>5</sup> Под шрамами и рубцами в данном контексте я понимаю феноменологический остаток пережитого травматогенного события или психической травмы (в процессе своей собственной терапии). Именно эти психические рубцы и образуют феномен личности в его традиционном понимании. Собственно говоря, ничего другого, что бы составляло нашу уникальность, не существует.

предполагает потенциальную возможность феноменам фона проявиться в качестве фигуры. Другими словами, для предотвращения сгорания в процессе терапевтической работы терапевту следует внимательно относиться к своему процессу переживания, а для этого иногда следует размещать его в фигуре, если не терапевтического процесса, то собственного осознания. С другой стороны, «захоронение» в фоне своей профессиональной жизни переживания событий, относящихся к жизни вне работы, лишает терапевта ресурсов, необходимых, в том числе, и для терапии. Более того, игнорирование переживания своей жизни, связывает значительное количество энергии и возбуждения в этой «могиле», обесточивая не только жизнь терапевта, но и терапевтический процесс. Именно отсюда проистекает необходимость для терапевта своей собственной личной терапии и супервизии.

Еще одним аспектом экологии кризисной психотерапии является необходимость столкновения на границе терапевтического контакта с чужой болью. Однако, для того, чтобы помочь клиенту пережить его боль, нужно уметь экологично обращаться со своей собственной, которая неизбежно актуализируется при этом. Способность терапевта осознавать и переживать свою психическую боль является, на мой взгляд, необходимым условием успешной терапии психической травмы<sup>6</sup>. Этот фактор является тем более важным при условии, что психическая боль, относящаяся к психической травме, никогда не проходит бесследно даже после успешно пройденной личной терапии. Однажды появившаяся, психическая боль, не покидает человека, а остается как напоминание о событии. Экологичное (в смысле переживания) обращение терапевта со своей болью является, с одной стороны, моделью для клиента, с другой – выступает профилактическим средством относительно риска профессионального сгорания при работе с кризисными клиентами.

Подытоживая обсуждение проблемы экологии терапевта, отмечу, что необходимым условием, как восстановления, так и вообще существования процесса переживания выступает наличие другого и границы контакта в поле организм/среда. При этом сказанное имеет отношение не только к клиенту, но и к терапевту. Другими словами, терапевт может заботиться о себе, размещая свой процесс переживания в терапевтическом контакте (в случае наличествующей у него способности к осознанию динамики феноменов self), супервизором (в случае, если сложности в переживании препятствуют терапевту адекватно выполнять свою профессиональную задачу), или своим терапевтом (в случае блокирования своего процесса переживания).

---

<sup>6</sup> Думаю, что именно наличие у человека психической боли и адекватное обращение с ней выступает фактором, лежащим в основе развития чувствительности к переживаниям другого.



# КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ, И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

*Погосов А.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Поиск эффективных подходов к лечению алкогольных психозов продолжается и по сей день [1, 3, 4, 6]. Это связано с тем, что терапия острых алкогольных психозов остается недостаточно совершенной, а мероприятия по предупреждению возникновения повторных алкогольных психозов не всегда эффективны [2]. Большинство из предлагаемых методов базируется на стандартах лечения наркологических больных (приказ Министерства здравоохранения РФ № 140 от 28. 04. 1998 года) и преследует цель купировать в короткие сроки острые психотические нарушения, стабилизировать соматические функции, выработать установку на противоалкогольное лечение. При этом, не уделяется должного внимания оценке постпсихотических расстройств, особенно, проявлений когнитивных нарушений, коррекция которых обеспечивает формирование адекватной установки на проведение противоалкогольного лечения.

Целью исследования явилось изучение когнитивного дефицита у больных мужского пола, перенесших алкогольные психозы, с последующей оптимизацией терапевтических мероприятий.

В 2007-2009 гг. обследовано 119 больных алкогольными психозами (подобранны методом случайной выборки), находящихся на лечении в Курской областной наркологической больнице и Железногорском городском наркологическом диспансере. Критерием включения в исследование являлся диагноз острого алкогольного психоза (алкогольного делирия, структурно-сложного алкогольного психоза, алкогольного галлюциноза). Средний возраст больных составил  $36,51 \pm 0,73$  лет.

В 1-ю группу обследованных вошли 20 больных, употреблявших стандартизированный алкоголь, во 2-ю группу – 46 потребителей суррогатов алкоголя. В 3-ю группу включены 53 больных, проживавших в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой (г. Железногорск и Железногорский район).

Результаты проведенного нами клинико-психопатологического исследования позволили обосновать наблюдающиеся в последние годы основные тенденции патоморфоза алкогольных психозов. К ним отнесены утяжеление клиники заболевания, в том числе за счет переходного психоорганического синдрома [5].

Установлено, что если для больных, употребляющих стандартизированный алкоголь (1-я группа), после выхода из психоза характерно состояние эмоционально-гиперестетической слабости (81,82 %), то в случаях предпочтения суррогатов алкоголя (2-я группа) доминировали психоорганический синдром (41,67 %) и резидуальный бред (37,50 %).

На органическую патологию головного мозга указывали также выявленные у больных варианты алкогольного делирия с судорожным

синдромом. Среди новых, не описанных в литературных источниках симптомов алкогольного психоза, заслуживают внимание феномены органического круга – ротоглоточные галлюцинации инородного тела, эмоциональные симптомы в виде благодушия, дисфории. Причинами утяжеления клиники алкогольных психозов и возникновения симптомов органического регистра являются употребление суррогатов алкоголя и неблагоприятная экологическая обстановка (сочетанное действие аномального геомагнитного поля и техногенного загрязнения).

Для оценки состояния интеллектуально-мнестической сферы у больных, перенесших алкогольные психозы, из числа проживающих в регионе экологического неблагополучия использовалась «Шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых» (WAIS). Методом случайной выборки было отобрано 27 больных из 3-й группы (18 человек с алкогольным делирием и 9 – со структурно-сложным алкогольным психозом), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 29 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, из того же региона в возрасте от 31 до 50 лет.

В результате проведенного исследования интеллектуально-мнестической сферы (табл. 1, 2) в контрольной группе установлено значительное преобладание лиц со средним уровнем интеллекта (72,41%), в то время как в основной группе наибольший удельный вес приходился на лиц с интеллектуальным снижением (59,26%), в том числе со сниженной нормой (33,33%), пограничным уровнем (18,52%), умственным дефектом (7,41%).

Таблица 1

Долевое распределение уровней интеллекта  
в контрольной группе (n=29)

| Составляющие интеллекта<br>Уровни интеллекта | Вербальный интеллект |       | Невербальный интеллект |       | Общий интеллект |       |
|----------------------------------------------|----------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|
|                                              | Абс.                 | %     | Абс.                   | %     | Абс.            | %     |
| Хорошая норма                                | 2                    | 6,90  | 2                      | 6,90  | 2               | 6,90  |
| Средний уровень                              | 21                   | 72,41 | 18                     | 62,06 | 21              | 72,41 |
| Сниженная норма                              | 5                    | 17,24 | 7                      | 24,14 | 5               | 17,24 |
| Пограничный уровень                          | 1                    | 3,45  | 2                      | 6,90  | 1               | 3,45  |
| Итого:                                       | 29                   | 100,0 | 29                     | 100,0 | 29              | 100,0 |

Таблица 2

Долевое распределение уровней интеллекта у больных основной группы (n=27)

| Уровни интеллекта / Составляющие интеллекта | Вербальный интеллект |       | Невербальный интеллект |       | Общий интеллект |       |
|---------------------------------------------|----------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|
|                                             | Абс.                 | %     | Абс.                   | %     | Абс.            | %     |
| Хорошая норма                               | 1                    | 3,70  | -                      | -     | 1               | 3,70  |
| Средний уровень                             | 11                   | 40,74 | 9                      | 33,33 | 10              | 37,04 |
| Сниженная норма                             | 10                   | 37,04 | 9                      | 33,33 | 9               | 33,33 |
| Пограничный уровень                         | 4                    | 14,82 | 7                      | 25,93 | 5               | 18,52 |
| Умственный дефект                           | 1                    | 3,70  | 2                      | 7,41  | 2               | 7,41  |
| Итого:                                      | 27                   | 100,0 | 27                     | 100,0 | 27              | 100,0 |

В табл. 3 представлены усредненные значения показателей интеллекта в контрольной и основной группах.

Таблица 3

Усредненные значения показателей интеллекта в контрольной и основной группах

| Показатели интеллекта  | Контрольная группа (n=29) | Основная группа (n=27) |
|------------------------|---------------------------|------------------------|
| Вербальный интеллект   | 96,87                     | 87,42                  |
| Невербальный интеллект | 92,54                     | 84,31                  |
| Общий интеллект        | 94,37                     | 85,93                  |

Анализ приведенных данных дает основание считать, что среди больных, перенесших алкогольные психозы, увеличивается доля лиц с интеллектуально-мнестическим снижением вплоть до умственного дефекта. На это указывают результаты статистической обработки (U-критерий Манна-Уитни), которые обнаружили достоверность различий контрольной и основной групп по показателям вербального, невербального и общего интеллекта ( $p < 0,01$ ) (табл. 4).

Таблица 4

Результаты статистической обработки показателей интеллекта

|   | Вербальный интеллект | Невербальный интеллект | Общий интеллект |
|---|----------------------|------------------------|-----------------|
| U | 243                  | 255                    | 221             |
| P | 0,0014               | 0,0072                 | 0,0027          |

Таким образом, результаты клинико-психопатологического исследования, выявившие проявления органической патологии головного мозга (переходный органический психосиндром) у больных из региона

экологического неблагополучия, перенесших алкогольные психозы, подтверждаются данными экспериментально-психологического исследования изучения интеллектуально-мнестической сферы.

Новые сведения о клинико-динамических особенностях острых алкогольных психозов, связанных с влиянием суррогатного алкоголя и состояния окружающей среды на организм человека, позволили внести коррективы в существующие подходы к лечению больных алкогольными психозами.

Применяемая терапия основывалась на стандартах оказания медицинской помощи при наркологических заболеваниях. В тоже время предложена дифференциация мероприятий с учетом этапа лечения, клинической разновидности алкогольного психоза, тяжести его проявлений, связанной с влиянием употребления суррогатов алкоголя и факторов экологического неблагополучия.

Проявления органического психосиндрома корригировали с учетом отягчающего влияния употребления суррогатов алкоголя и факторов экологического неблагополучия (больные 2-й и 3-й групп). Таким больным чередовали курсы парентерального введения ноотропов (пирацетам, пикамилон) с курсами их приема внутрь (аминалон, пантогам, семакс, фенотропил). Больным 1-й группы назначение ноотропов было преимущественно пероральным. Сочетание парентерального введения ноотропов с ангиопротекторами (церебролизин, инстенон) получали больные из региона экологического неблагополучия.

Нейрометаболическая коррекция, направленная на проявления органической патологии головного мозга у больных алкогольными психозами, не ограничивалась назначением препаратов с ноотропным эффектом. Для этих целей использовали более широкий круг медикаментозных средств, обладающих нейрометаболическим действием: витамины, гепатотропные средства, антиоксиданты. Перечень витаминов (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, РР), их дозы, способы введения подбирали в зависимости от принадлежности больного к той или иной группе. Больных алкогольными психозами из экологически неблагополучного региона (3-я группа) после завершения курса парентеральной терапии витаминами переводили на пероральный прием препарата мильгамма. Больным 2-й и 3-й групп проводили курсы парентерального введения гепатотропных средств (метадоксил, тиоктовая кислота). Антиоксидантную терапию мексидолом (внутривенно) здесь начинали на первом этапе лечения с последующим переходом на втором и третьем этапах на токоферол.

Больным из региона экологического неблагополучия на реабилитационном этапе назначали общеукрепляющую терапию (метионин, глутаминовая кислота), неспецифические средства укрепления гомеостаза – биогенные стимуляторы (экстракт алоэ, апилак, ФИБС).

Нами проанализирована эффективность предложенных терапевтических подходов для больных алкогольными психозами путем сравнительной оценки удельного веса ремиссий свыше 6 месяцев по

результатам изучения анамнеза и катамнеза. Продолжительность ремиссий свыше 6 месяцев в группе больных, получавших лечение по предложенной схеме, увеличилась с 25,71 % до 60,0 % (в 2,33 раза) ( $p < 0,001$ ).

Литература:

1. Абрамов Д.Е. Острые алкогольные психозы у лиц пожилого возраста : автореф. дис... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 24 с.
2. Гофман А.Г., Кудинова М.А. Алкогольные психозы: проблемы клиники и терапии // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24-27 ноября 2009 г., г. Москва). – М., 2009. – С. 65-66.
3. Максименко Н.Н. Динамика алкогольных психозов в Приморском крае за 1980-1998 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 55-56.
4. Масленников А.А. Патоморфоз клиники алкогольных психозов // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24-27 ноября, 2009 г., г. Москва). – М., 2009. – С. 96-97.
5. Погосов А.В., Куржупов К.А. Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – с.228
6. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Приктическое руководство. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 480 с.

ЗАГАДКА МАЛЕНЬКОГО АЛЬБЕРТА:  
ПРАВДА И ЕЕ ИСКАЖЕНИЕ В ИСТОРИИ НАУКИ

*Разваляева А.Ю.*

Московский государственный университет им.М.В. Ломоносова,  
г. Москва, Россия

Эксперимент Джона Уотсона по формированию фобии у маленького мальчика по имени Альберт Б. стал одним из самых известных и цитируемых в современной психологии. Его обсуждению отводится место как в курсах истории психологии, так и в курсах педагогики, где он рассматривается как классический пример научения посредством классического обусловливания. Эксперимент также представляет интерес для клинических психологов, получивших благодаря ему модель формирования фобии, а следовательно, и новые подходы к терапии. Однако возникает проблема: насколько точны описания классического эксперимента, встречающиеся почти в каждом учебнике по психологии?

Прежде кратко изложим суть данного эксперимента. На примере Альберта, Уотсон пытался продемонстрировать, что развитие эмоциональной сферы в онтогенезе происходит за счет формирования условных реакций на нейтральные стимулы. Когда Альберту было 8 месяцев 26 дней, он

предъявил ребенку ряд стимулов, включая животных, которых тот совершенно не боялся. В 9 месяцев Альберт продемонстрировал первую реакцию страха, связанную с сильным звуком, получаемым при ударе молотком по металлическому бруску. В последующих пробах, проводившихся в течение двенадцатого месяца жизни Альберта, Уотсон с помощью применения метода классического обусловливания вызвал у него реакцию страха на нейтральный стимул – белую крысу, а также генерализацию этой реакции – страх при предъявлении кролика, собаки, маски Санты Клауса, шубы и волос самого Уотсона. Следует заметить, что один раз он обуславливал страх Альберта перед собакой и кроликом, чтобы «закрепить» эффект. Эффект сохранился в течение месяца. Предполагаемая проба по «разобусловливанью» не была проведена: мать переехала и забрала ребенка. Уотсон предсказывает, что это должно иметь последствия для Альберта, так как страхи будут проявляться, если случайно не будет найден способ расформировать их, и предлагает несколько способов проведения этой процедуры.

Какова судьба этого эксперимента в истории психологии? Гаррис (Harris, 1979) утверждает, что во многих учебниках и научных работах, ссылающихся на данный эксперимент Уотсона, искажаются либо факты, связанные с этим экспериментом, либо интерпретация его результатов [2]. Так, в изложении различных авторов Альберт теряет мать и становится сиротой, он начинает бояться белых перчаток, его возраст и временные рамки эксперимента меняются. Преувеличивается сила обусловливания: забывается о дополнительной серии по «укреплению» условной связи и о том, как непостоянны и различны были реакции Альберта в зависимости от ситуации предъявления стимулов и приводится лишь допущение Уотсона и Рейнер (Watson, Rayner, 1920), что страхи ребенка станут постоянными [5]. Также, редко обращается внимание на то, что эксперимент не воспроизводится, что допущение Уотсона о громком ударе как безусловном стимуле страха опровергается, и что сам эксперимент не соответствует современным стандартам экспериментирования не только на этическом, но и на методологическом уровне (а именно, отсутствие нескольких уровней переменной, единственный испытуемый).

Возникает вопрос: в чем причина подобных искажений, прослеживающихся в целом ряде изложений этого эксперимента? Сэмельсон (Samelson, 1980) считает, что искажение знаменитых исследований, обладающих фундаментальным статусом, может происходить в результате исторической преемственности науки [4]. Ученые пытаются интерпретировать эксперимент так, чтобы доказать его позитивное влияние на науку, именно по этому пути следует сам Уотсон (по мнению Сэмельсона и Харриса), усиливая значение результатов, полученных в ходе собственных исследований. Этим же путем следуют и оппоненты Уотсона: преувеличение значимости и валидности результатов его экспериментов, оказывается предпосылкой для формулирования и доказательства собственных теоретических положений [2]. Кроме того, авторы учебников пытаются

представить эксперимент в наиболее доступной для студентов форме, что связано с упрощением и игнорированием важных деталей. Таким образом, в интерпретации самого Уотсона и других авторов эксперимент все больше отдаляется от самого себя. Опасность этого для современной науки заключается в том, что интерпретируемое подобным образом исследование ставит точку там, где до сих пор стоит знак вопроса. Некритически относясь к исследованиям, приобретшим статус значимых в области психологии, и к их интерпретации, мы не только становимся соучастниками в сети распространителей ложной информации (которая простирается дальше научных учреждений и охватывает все общество) – мы также считаем решенными проблемы, которые продолжают требовать нашего внимания и пристального изучения.

Разумеется, это относится не только к эксперименту с маленьким Альбертом, но его история примечательна и тем, что в течение десятилетий ученые лишь спекулировали на тему того, кем стал этот ребенок, когда вырос. Мюррей, безуспешно пытавшийся найти Альберта в 70-е годы прошлого века, упоминает, что говорил студентам, что тот стал скорняком – специалистом по выделке шкур – однако шутка не удовлетворяла ни их, ни его самого [3]. Поиски Альберта увенчались успехом относительно недавно [1]. Предполагается, что его настоящее имя – Дуглас Меритт, и он умер в 6 лет, не проявив никаких особенностей, которых можно было бы ожидать от ребенка с его судьбой. Эта успешная находка, возможно, бессмысленна для научного знания, как такового – ведь никаких новых данных получено не было. Однако она несет большой позитивный смысл, если рассматривать ее как символ возвращения к правде, к первичному, неискаженному исследованию Уотсона, к принципу критичного отношения не только к нам самим как исследователям, но и к истокам нашей науки.

Литература:

1. Beck H. P., Levinson S., Irons G., Finding Little Albert: A journey to John B. Watson's infant laboratory// American Psychologist.2009. Vol. 64.№ 7.
2. Harris B. Whatever Happened to Little Albert?// American Psychologist. 1979. Vol. 34. № 2.
3. Murray F.. In Search of Albert// Professional Psychology. 1973. Vol. 4. № 1.
4. Samelson F. J. B. Watson's Little Albert Cyril Burt's Twins, and the Need for a Critical Science//American Psychologist. 1980. Vol. 35. №7.
5. Watson J.B., Rayner R., Conditioned Emotional Reactions// Journal of Experimental Psychology. 1920. Vol. III, № 1.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ЦИКЛОФЕРОН» НА  
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

*Рублева Н.В., Рачина Н.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящее время, несмотря на большие достижения фармакологии и фармакотерапии, в лечении больных наметилась сложная трудно разрешимая проблема — низкая приверженность пациентов лечению, или низкий комплаенс. Связь между положительным результатом лечения различных заболеваний и приверженностью больных терапии не вызывает сомнения [2]. Вероятность ликвидации патологического процесса напрямую зависит от регулярного приёма лекарственных препаратов. Однако, несмотря на постепенное осознание врачами и пациентами важности приверженности терапии, данная проблема остаётся нерешённой. Сегодня можно утверждать, что при хронических заболеваниях около половины назначенных лекарственных препаратов реально не принимаются пациентами [7]. Кроме этого, следует учитывать то, что плохая приверженность лечению, как правило, подразумевает и низкий комплаенс в отношении не только медикаментозных, но и других методов лечения, что ещё более препятствует выздоровлению. Наконец, низкий уровень комплаенса при инфекционной патологии сопровождающаяся прерыванием курса лечения, что увеличивает вероятность осложнений, непереносимости препаратов и формирования лекарственной устойчивости возбудителей заболевания [2].

При туберкулёзе, лечение которого длительное, а положительные результаты появляются в течение продолжительного периода времени, проблема комплаенса является особенно актуальной. Снижение приверженности лечению проявляется в неадекватном поведении больных, нарушениях ими больничного режима, отказах от лечения, случаях злоупотребления алкоголем. Причинами этого могут стать сомато-психологические факторы, влияние стресса, фрустрации, стигматизации и др. Их оценка является сложной задачей практической фтизиатрии и осуществляется лечащим врачом во взаимодействии с психологом, так как своевременная коррекция психологического статуса может повысить комплаенс и привести к повышению эффективности лечения. Однако, не только высокий уровень комплаенса благотворно влияет на лечение, но и эффективность лечения может повысить или снизить приверженность больных к выполнению рекомендаций врача [7]. Для адекватного поведения больного в процессе продолжительного периода лечения важен мотив к выздоровлению и возможность его реализации, так как мотив без такой возможности равен движению без направления. Известный сторонник гуманистической психологии А.М. Маслоу в своей теории иерархических потребностей писал, что корни поступательного движения человека к определенной цели заложены в процессе трансформации его желаний в потребности, в социальные стремления, коллективные ожидания, т.е. в мотивы, зависящие от среды. Поддержание мотивации — предотвращение фрустрации, апатии, неврозов и других форм «общественных расстройств» возможно через трансформацию потребностей людей в социально-продуктивном направлении [4]. Врачам следует конвертировать надежды и стремления больных в обоснованные ожидания. При этом успех лечения



является залогом сохранения мотивации больного к выздоровлению и поддержанию высокого уровня комплаенса.

В противотуберкулезном стационаре было обследовано 2 группы впервые выявленных больных, которые имели деструктивные формы заболевания с выделением микобактерий, чувствительных к противотуберкулезным препаратам. В основную и контрольную группы вошли по 50 человек в возрасте от 20 до 60 лет. В основной группе наблюдения находились лица с инфильтративным (23чел.), диссеминированным (17чел.) и фиброзно-кавернозным (10чел.) туберкулезом легких. Среди больных контрольной группы инфильтративный туберкулез легких был у 20, диссеминированный у 18 и фиброзно-кавернозный у 12 чел. Все больные получали лечение согласно существующим стандартам. Больные инфильтративным и диссеминированным туберкулезом получали интенсивную терапию по 1режиму, больные фиброзно-кавернозным туберкулезом – по 2 Б режиму. Кроме того, больные основной группы получали иммуномодулятор «Циклоферон» по специальной схеме.

Основанием к применению циклоферона на первом этапе лечения явилась его способность стимулировать клетки-продуценты интерферона макрофаги, Т- и В-лимфоциты [7]. Препарат повышает биосинтез функционально полноценных антител (высокоавидных), способствующих более эффективной терапии, нормализует показатели клеточного иммунитета [6]. Противовоспалительная активность препарата обеспечивается за счет усиления функциональной активности нейтрофилов, активации фагоцитоза [5]. Поскольку на раннем этапе развития туберкулезного процесса в тканях преобладают экссудативные реакции, «Циклоферон» способен усилить противовоспалительное действие противотуберкулезных препаратов и вызвать быстрое субъективное улучшение в клиническом течении туберкулеза лёгких.

Все больные исследуемых групп были обследованы клинически, радиологически и лабораторно согласно существующим стандартам. Для получения количественных показателей активности процесса и степени интоксикации фиксировалась температура тела и весовой показатель. Поскольку радиологические признаки эффективности лечения на этапе интенсивной терапии предполагают рассасывание инфильтрации и уменьшение размеров распада, в качестве количественных критериев использовались суммарные показатели внешнего и внутреннего периметра каверн. Массивность бактериовыделения оценивалась по среднему суммарному количеству возбудителей, обнаруженных в препарате мокроты. Использовалась также собственная методика количественного определения комплаенса. Кроме того, учитывались количественные показатели туберкулин-лейкоцитолита и протективного эффекта туберкулина на лейкоциты. Исследование проводилось до и через 2 месяца лечения. Результаты анализировались методами современной статистики с использованием компьютерных программ.

Проведённые исследования позволили установить, что до лечения средние показатели приверженности лечению в «стенах» в группах наблюдения существенно не различались ( $5,6 \pm 0,6$  и  $6,1 \pm 0,4$  соответственно группам  $P > 0,05$ ). Острота экссудативной реакции была примерно одинаковой. Она определялась фазой инфильтрации патологического процесса и не зависела от формы заболевания, что соответствует данным литературы об участии нейтрофильных лейкоцитов в тканевых реакциях на первом этапе туберкулезного воспаления [3]. Через 2 месяца наблюдения установлена достоверно более высокая эффективность лечения в основной группе по клиническим, радиологическим и лабораторным показателям, наиболее выраженная в группе больных с инфильтративным туберкулёзом лёгких, что подтверждает целенаправленное положительное действие «Циклоферона» на экссудативную фазу воспаления. Об этом же свидетельствует более быстрое снижение температуры тела и прибавка в весе у лиц основной группы. Количественные показатели комплаенса у больных основной группы оставались на уровне, установленном до лечения, тенденцией к увеличению ( $5,6 \pm 0,6$  и  $6,2 \pm 0,4$ ,  $P > 0,05$ ). Уровень комплаенса у лиц контрольной группы достоверно снизился (с  $6,1 \pm 0,4$  до  $4,3 \pm 0,1$ ,  $P < 0,05$ ) и сочетался с частыми нарушениями режима и перерывами в лечении. Сопоставление комплаенса по отдельным шкалам позволило установить более высокие показатели по шкалам фрустрации и стигматизации у больных контрольной группы по сравнению с основной группой ( $6,4 \pm 0,4$  и  $4,5 \pm 0,2$  против  $3,2 \pm 0,1$  и  $2,8 \pm 0,2$  баллов;  $P < 0,05$ ). Такая динамика показателей комплаенса, свидетельствует о положительном влиянии на него быстрого субъективного улучшения в состоянии больных, совпадающего с их ожиданиями. Медленная неотчётливая динамика клинического улучшения в контрольной группе не совпадала с ожиданиями больных и у половины из них вызвала реакцию агрессии, которая выражалась в неадекватном поведении и снижении комплаенса. Эти данные подтверждаются динамикой показателей остроты воспалительной реакции. В основной группе число больных с положительной реакцией туберкулин-лейкоцитолита уменьшилось с 41 до 12 чел. за счёт увеличения количества лиц с протективным эффектом туберкулина с 10 до 25 чел., что свидетельствовало о регрессирующем течении воспаления. В контрольной группе количество больных с положительной реакцией туберкулин-лейкоцитолита уменьшилось недостоверно.

#### Выводы

1. Быстрый положительный эффект этиопатогенетического лечения, включающего «Циклоферон», у больных туберкулёзом лёгких способен стабилизировать комплаенс и сочетается с положительной клинической, радиологической и лабораторной динамикой процесса.

2. «Циклоферон» в сочетании с адекватной химиотерапией достаточно быстро смягчает клинические проявления экссудативной реакции туберкулёзного воспаления и способен стабилизировать и даже улучшить

комплаенс больных привпервые выявленном деструктивном туберкулёзе лёгких.

3. «Циклоферон» может быть рекомендован для широкого использования в комплексном лечении впервые выявленных больных на ранних стадиях лечения.

Литература:

1. Братусь Е.В. Протективное действие индукторов интерферона при бактериальных инфекциях. Киев, 1999. С.16.

2. Карпов О.И. COMPLAENS антибиотикотерапии и инфекций дыхательных путей. Антибиотики и химиотерапия.-1999.- №8.-С.37–45. 3. Лядова И.В., Цыганов Е.Н., Костюкевич М.В. Нейтрофилы при туберкулезе: протекция или патология? Туб. и болезни легких.-2012.- №7.-С.12-22.

4. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. — СПб.: Евразия, 1999. — 478с.

5. Boehm U., Klamp T., Groot M., Howard J.C. Cellular response to interferon// J. Ann. Rev. Immunol. 2002.-Vol.15.-P.745-795

6. Dobi S. J., Lenkey B. Two types of Ig G immunocytes in man// Acta Physiol. Acad. Sei. Hung. 1999.- Vol.60.- P.9-25.

7. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lancet 1996; 348:383–6.

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ<sup>7</sup>

*Сагалакова О.А.*

Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия.

Патопсихологическая модель анализа разнообразных нарушений психической деятельности опирается на синдромальный анализ при определении степени искажения звеньев психической деятельности (установление структуры патологии) с выявлением главного(ых) компонента(ов) нарушения. Структура расстройства соотносится с определением сохранных сторон психической деятельности, анализом согласованного исполнения психической деятельности при решении познавательных, коммуникативных и других задач в условиях патопсихологического эксперимента, моделирующего «реальный плат жизни» человека (Б.В. Зейгарник) [2, 3]. Сохранные звенья психической деятельности выступают коррекционно-восстановительным ресурсом. При патопсихологическом анализе диагностически значимо определение первичного, вторичного, иногда и третичного компонентов нарушения

---

<sup>7</sup> Статья публикуется при поддержке Гранта Президента РФ (МК-219.2011.6)

Статья публикуется при поддержке Гранта РГНФ «Целевой конкурс по поддержке молодых ученых 2012 года» (12-36-01252)

психической деятельности (В.В. Николаева). Первоначально сохранные психические функции, организованные в согласованное исполнение психической деятельности, но осуществляемые в неблагоприятных условиях болезни, искажаются под влиянием первичного дефекта. Психическая деятельность «подстраивается» к неблагоприятным условиям болезни, искажая свой «нормальный» ход. «Вторичные» и «третичные» симптомы выступают как результат приспособления к условиям болезни. В контексте исследования социальной тревоги (далее СТ) патопсихологическая модель позволяет не только воссоздать структуру нарушения, но и определить границу нормального уровня выраженности СТ в оценочных ситуациях и патологического. СТ представляет собой переживание субъективной угрозы, тревоги и страха негативного оценивания, критики, осмеяния, отвержения в оценочных ситуациях (при проверке знаний, оценке внешности, способностей, знакомстве с людьми, выражении чувств / мнения и пр.).

Синдромный анализ предполагает формулирование представлений о нормативной модели протекания психических функций и их патологии при разных психических нарушениях. Согласно теории деятельности и теории «психологических орудий», психические процессы мыслятся как интериоризированные посредством знаковой системы и в процессе социализации виды изначально внешней развернутой деятельности. Внешние виды деятельности постепенно интериоризируются во внутренний пласт осуществления, становясь свернутыми, автоматизированными видами психической деятельности, обеспечивающей организованный и опосредствованный характер целеполагания [1]. Компоненты психической деятельности при анализе патопсихологического синдрома опираются на теорию деятельности А.Н. Леонтьева, а также теорию «психологических орудий» (Л.С. Выготский). В настоящий момент переосмыслено понимание роли методологического и методического инструментария патопсихологии, основных идей патопсихологической школы Б.В. Зейгарник. Патопсихологический, нейропсихологический синдром может быть определен при реализации соответствующего эксперимента, проводимого с использованием нейро- и патопсихологических методик. При определении синдрома средствами нейро-, патопсихологического эксперимента клинический психолог выносит обоснованное экспертное суждение, составляет заключение, в рамках которого указывается констелляция первичного(ых) фактора(ов), взаимосвязанных с ними и взаимообусловленных вторичных (иногда и третичных) симптомов, протекающих на фоне сохранных компонент психической деятельности. На основании определения структуры нарушения можно прогнозировать динамику состояния, вырабатывать необходимые тактики и подбирать средства восстановления и реабилитации психической деятельности.

Моделирование патопсихологического эксперимента с использованием разработанной в школе К. Левина (основателя теории поля и учителя Б.В. Зейгарник) методики Ф. Хоппе «Уровень притязаний» позволяет оценить степень влияния на процесс целеполагания ситуации оценочного

стресса. Кроме того, методика позволяет выявить степень организации / компенсации / дезорганизации поведения при моделировании ситуации «неуспеха» и «успеха», критики или похвалы, наличия и отсутствия помощи, ограничения времени выполнения «умственного» задания (регламентация деятельности). Исследование уровня притязаний необходимо при диагностике СТ, оценки рисков декомпенсации.

Целеполагание при личностных аномалиях достаточно подробно изучено Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусем. Авторы экспериментально определили критерии дифференциальной диагностики личностных аномалий и невротических расстройств (слипание, гиперразведение реальных и идеальных целей), а также создал пространство эмпирических индикаторов оценки степени (глубины) первичной и вторичной личностной аномалии [1, 2, 3]. На основе данной методики можно судить о степени устойчивости самооценки, особенностях влияния ситуации на самооценивание и выбор тактики поведения, степени овладения эмоциями и поведением при экспертном оценивании результатов деятельности. Ситуация экспертного оценивания, моделируемая в методике Ф. Хоппе, представляет собой моделирование ситуации критического оценивания, оценочного стресса, требующего мобилизации совладающих стратегий реагирования, удержания фокуса внимания на содержательной цели деятельности, произвольности в сохранении организованности, подконтрольности, опосредствованности эмоций и поведения.

Моделирование ситуаций оценивания является продуктивным диагностическим средством определения выраженности СТ и степени ее влияния на процесс осуществления познавательной деятельности в условиях регламентации времени, для определения доминирующих стратегий совладания с оценочным стрессом (избегание, обесценивание, блокировка признаков тревоги, мониторинг и предвосхищение негативной критики и др.) [5]. Именно эти критерии и служат диагностически значимой границей нормальной и «патологической» социальной тревоги, в широком смысле, - это степень дезорганизующего влияния эмоций страха и тревоги в оценочных ситуациях. Это возможность «овладения» поведением даже в ситуации прямого негативного оценивания за счет стабилизации самооценивания средствами коррекции уровня притязаний, обновления способов, гибких тактических решений в процессе удержания образа цели и на пути ее достижения. Исследовательская модификация целей, инструкции, индикаторов диагностики методики Ф. Хоппе позволяет использовать данное методическое средство для дифференциальной диагностики целеполагания при социальной тревоге (нормальной и патологической). Процедура данной методики предполагает, что страх оценивания будет сформирован, определенный уровень социальной тревоги возникнет (дефицит времени, прямое оценивание деятельности, авторитетный эксперт). Достижения и неудачи публично регистрируются и оцениваются в моделируемой стрессовой оценочной ситуации. При этом фиксируется целенаправленность, подконтрольность, критичность к полученным результатам, способность

организовывать и поддерживать временно созданную для достижения поставленной цели динамическую функциональную систему. Диагностически значимыми параметрами в анализе поведения испытуемого с СТ оказывается оценка степени гибкости / ригидности тактики целеполагания, соотношения реальных и идеальных целей (уровень притязаний и самооценивание), адекватности реагирования на успех и неуспех, возможность саморегуляции деятельности, определение наличия или отсутствия устойчивой тактики целеполагания, дезорганизации деятельности в ситуации стрессового оценивания.

Особенностью СТ является эмоционально-мотивационное рассогласование между страхом оценочных ситуаций, тенденцией к их избеганию и желанием участвовать при уверенности в успехе. Зачастую потребность участия в таких ситуациях с исходом «успех», ценность позитивного оценивания значительно выше, чем у лиц с низким и средним уровнем выраженности СТ [5]. При патологическом уровне СТ характерно одновременное сочетание мотивации избегания и мотивации достижения. Высокий уровень притязаний и потребность позитивного оценивания сочетается с субъективно невыносимой ситуацией негативного оценивания, столкновения с неуспехом (избегание). Уровень притязаний включает в себя уровень трудности намечаемых человеком задач, подход к их решению, реакция на успех и неуспех, коррекция выбора в зависимости от уровня достижения, адекватность линии поведения, отраженной в стратегии выбора, а, следовательно, продуктивность отработанной тактики, степень ее лабильности или устойчивости [1, 2, 3].

Очевидным маркером выраженной СТ выступает снижение уровня регуляции аффекта в оценочных ситуациях, вызывающее дезорганизацию деятельности, потерю контроля, владения своим поведением и эмоциями в ситуации, избегание или другие стратегии дезадаптивного копинга. Страх негативной оценки, критики, осмеяния, отвержения, публичного унижения могут полностью парализовать социальную активность, которая всегда сопряжена с «проверкой» способностей, контролем результатов деятельности, «аттестацией» навыков, подтверждением компетентности. Ослабление гибкости динамического регулирования познавательных процессов искажает целенаправленный характер деятельности, избирательность когнитивно-перцептивной деятельности в социальных ситуациях оценивания. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия подчеркивали, что когнитивная регуляция деятельности есть активный, динамический и гибкий процесс, выстраиваемый в соответствии с поставленной целью, регулируемый мотивами деятельности [4].

При выраженной патологической СТ характерна патология как целеполагания, так и мотивационного компонента деятельности. Так, первоначальные адекватные мотивы социального характера (желание понравиться, стремление к совершенству, мотивация достижения успеха) с течением времени претерпевают «сдвиг мотива на цель». Теперь не стремление к достижению побуждает и придает смысл деятельности

человека, а – желание «не испытывать тревогу и напряжение в социальных ситуациях», максимально скрывать признаки собственной тревоги. В более серьезных случаях СТ происходит сдвиг «цели на средства». Социально-значимый мотив (донести информацию до слушателей), диктуемый ситуацией, отходит на второй план по сравнению с мотивом патологическим («окружающие не должны заметить признаки волнения», «необходимо отслеживать проявления», «это недопустимо, чтобы окружающие заметили некомпетентность») [5]. Вспомогательные операционально-технические средства донесения информации в ситуации выступления перед аудиторией (тон голоса, положение тела, физиологические проявления, т.п.) смещаются с периферии произвольного внимания, теряя автоматизированный характер реализации и «прозрачность» данной функции, становясь основным его фокусом (или флуктуируя в зазоре между произвольной содержательной целью и вспомогательными операциями ее достижения). В таких условиях, деятельность (например, выступление перед аудиторией, ответ на экзамене) теряет свою целенаправленность. В стрессогенных ситуациях оценивания, проявляемых в виде реального или потенциального «социального провала», деформируется саморегуляция, упорядоченность нейродинамического процесса выполняемой деятельности, теряется ее скоординированность. Все когнитивно-перцептивные процессы должны быть выстроены, согласованы и организованы в соответствии с реализуемой в настоящий момент целью деятельности при постоянном отторгивании отвлекающих стрессогенных стимулов (кто-то разговаривает в аудитории, преподаватель что-то помечает в блокноте, лицу стало жарко, вопрос задан «недружелюбно» и пр.). Способность произвольно управлять аффектом в субъективно стрессовой, оценочной, например, ситуации выступления перед аудиторией, регулировать деятельность в соответствии с целью (содержанием), а не в соответствии с второстепенными стимулами («отслеживать, как я выгляжу в глазах окружающих», «скрывать признаки волнения», «определенные мысли опасны»), связана с возможностью формировать и использовать различные, а не фиксированные способы регуляции деятельности при решении конкретных задач, создавать символические формы овладения собственным поведением, использовать культурные знаки для организации тревоги. По мысли А.Р. Лурии, «...Символический прием, включенный в систему поведения, так же, как и речь, опосредствует реакцию, отсекает возбуждение от непосредственного переключения на моторику и ведет к сложной организованной структуре реактивного процесса. ... Символическая система может служить мощным приемом преодоления и организации аффекта» [4, с.518]. А.Р. Лурия экспериментально показывает роль символических приемов в овладении аффектом. Задача овладения поведением заключается в замене непосредственной, импульсивной или «волевой» реакции «реакцией сложной, опосредствованной...» [4, с.508].

#### Литература:

1. Братусь Б.С., Павленко В.Н. Соотношение структуры самооценки

и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии // Вопросы психологии. - 1986. – №4 – с. 146-155.

2. Зейгарник Б.В. Исследование уровня притязаний у психически больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1972; 72(11): 1656–1658.

3. Зейгарник Б.В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии // Вестник Московского университета. Сер. Психология. - 1981; (2): 9–15.

4. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов. – М.: Когито-Центр, 2002.

5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4 (15). – URL: <http://medpsy.ru>

### МЕТАКОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ У СОТРУДНИКОВ МЧС В КОНТЕКСТЕ РИГИДНОСТИ МЫШЛЕНИЯ<sup>8</sup>

*Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.*

Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия.

В научной психологии проблема регуляции поведения в экстремальных ситуациях в настоящий момент является одной из наиболее насущных, требующих исследовательского внимания (В.И.Лебедев, О.С. Лобастов, Л.И.Спивак, Б.П. Щукин, К.В. Сельченко, др.). Вопрос регуляции поведения изучается в условиях экстремальных видов профессиональной деятельности (М.В. Вавилов, И.Н. Елисеева, В.Ю. Рыбников, Ю.С. Шойгу, Т.Б. Дмитриева, А.М. Никифоров, др.), условиях чрезвычайного стресса и доминирования аффекта (А.Р. Лурия) [3], при психических нарушениях в контексте личностных изменений, снижения опосредствования и патологии целеполагания (Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, др.) [2, 5].

В исследованиях в рамках когнитивной психологии показана роль когнитивных и метакогнитивных стратегий в совладании со стрессом (А. Вэлс, А. Мэттьюс). Процесс совладания с субъективно стрессогенными стимулами сопровождается актуализацией метакогнитивных стратегий регуляции деятельности. Согласно модели А. Вэллс, А. Мэттьюса, метакогниция – свойственная высокоорганизованному сознанию функция внутреннего контроля собственной когнитивной активности, а метакогнитивная стратегия – один из способов совладания с мыслями и эмоциями [4, 6]. В понимании отечественной патопсихологической традиции способность к метаанализу психических явлений выступает в качестве «критичности» к своим поступкам, действиям, мотивам, обеспечивающей

---

<sup>8</sup> Статья публикуется при поддержке Гранта РГНФ (региональный конкурс, № 12-16-22001)



возможность опосредствовать «не только свои отдельные действия, но и поведение в целом» [2, с.79]. Б.В. Зейгарник отмечает, что «...Основным радикалом развитой личности является возможность опосредствования своего поведения, ...его регуляции, умение увидеть свои ошибки...» [2, с.78-79]. Проблема управления, овладения поведением, критичность к нему в ситуации с высокой вероятностью временного «перевеса» эмоций, по существу, и составляет проблематику специфики реагирования в условиях экстремальности.

Метакогнитивные стратегии, наряду с обеспечением критичности, - способны длительно фиксировать внимание человека на переживаниях и мыслях, что негативно сказывается на общем эмоциональном состоянии и функционировании человека. Изучение метакогнитивных стратегий регуляции поведения в экстремальных (чрезвычайных) ситуациях (далее - ЧС) проводится с учетом важнейшей роли ригидности мыслительной деятельности, фиксированности паттернов реагирования в провоцировании и поддержании симптомов посттравматического стресса (ПТСР).

Исследование реализовано с использованием следующих методов и методик: 1) тестирования (ОТС - Опросник травматического стресса И.О. Котенева; Опросник особенностей концентрации внимания и метакогнитивных стратегий CAS-1 А. Уэллса; Опросник метакогнитивных схем MCQ-30 А. Вэллса, С. Картрайта-Хаттона); 2) экспериментально-психологические методы (цветовой тест отношений Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинда (ЦТО); методика на ригидность мышления А. Лачинса); 3) методы математико-статистической обработки данных (кластерный анализ; корреляционный анализ; дисперсионный анализ; критерий *H*-Краскела-Уоллеса, таблица сопряженности). Данные обработаны в программе SPSS 17.0. Испытуемые: члены личного состава МЧС, работа которых связана с ликвидацией ЧС (25 мужчин, стаж до 5 лет). Исследование проходило на базе ГУ МЧС России по Алтайскому краю и пожарной части № 1 г. Барнаула Алтайского края. В исследовании принимала участие студентка 5 курса М.Ф. Герман. В ходе экспертного опроса испытуемых выделено 13 ситуаций, наиболее часто встречающихся в профессиональном опыте; 1) профессиональная подготовка и совершенствование; 2) работа в СИЗОД (средства индивидуальной защиты органов дыхания); 3) спасение людей и имущества; 4) тушение пожара с наличием ЛВЖ (легковоспламеняющаяся жидкость) и/или газового баллона; 5) отработка и сдача нормативов; 6) выезд на ДТП (дорожно-транспортное происшествие); 7) хозяйственные работы; 8) оказание помощи пострадавшим; 9) постоянный риск; 10) ненормированный график /работа по суткам; 11) высотные работы; 12) тушение пожара с наличием людей; 13) проблемы с водой.

Субъективное отношение к данным ситуациям определено с помощью методики ЦТО (значимое, противоречивое – разные сочетания, негативное). При диагностике доминирующих типов метакогнитивных искажений, характерных для спасателей, матрица данных методики MCQ-30 подвергнута кластеризации. Получено три кластера метакогнитивных искажений: 1)

«Отсутствие выраженных метакогнитивных искажений»; 2) «Положительные убеждения о беспокойстве и волнении; постоянное изучение когниций» («Я много думаю о своих мыслях», «Я должен управлять своими мыслями все время», «Я постоянно думаю о своих мыслях», «Волнение помогает мне справляться с жизненными трудностями»); 3) «Отрицательные убеждения об опасности и неуправляемости волнения и беспокойства» («Мое волнение опасно для меня», «Мои беспокойные мысли никуда не исчезают, несмотря на попытки остановить их», «Я обращаю большое внимание на то, как работает мой разум», «Когда я начинаю волноваться, я не могу остановиться», «Я могу быть наказан за то, что не смог контролировать свои мысли», «Не могу положиться на свою память», др.).

Аналогично анализируем данные по методике CAS-1. Выявляем типы «когнитивного синдрома внимания». Определено четыре кластера: 1) «Отсутствие выраженных метакогнитивных стратегий»; 2) «Поведенческое, когнитивное и эмоциональное избегание» («Фиксация на возможной угрозе позволяет чувствовать себя в безопасности», «Сильные эмоции опасны»; «Если я буду слишком много беспокоиться и сосредотачиваться на проблемах, это навредит мне»), 3) «Мониторинг угрозы в ситуации «применение различных веществ»» («Обсуждать, волноваться и сосредотачивать внимание на своих проблемах», «Если я буду переживать о проблеме и постоянно о ней думать, это поможет мне справиться», «Использовал алкоголь/медикаменты»); 4) «Блокировка симптомов» («Контролировал свои симптомы», «Важно контролировать мысли»). «Сопряжении» кластерных матриц позволило сделать вывод, что при «невыраженных метакогнитивных искажениях» и «отрицательных убеждениях об опасности беспокойства» не характерна фиксированность внимания на внутренних эмоционально-когнитивных образах и переживаниях, но могут возникать сознательные попытки переключиться с неприятных явлений психической жизни. При наличии «положительных метакогнитивных убеждений о беспокойстве» свойственны искажения внимания: 1) «тотальное избегание», 2) «блокада симптомов», 3) «мониторинг угрозы, применение алкоголя / медикаментов». Симптомы ПТСР (зависимые переменные) специфичны для разных экстремальных ситуаций (независимая переменная), с которыми сталкиваются сотрудники МЧС. Анализ достоверных различий с помощью критерия Н-Краскала-Уоллеса выраженности симптоматики ПТСР в каждой из ситуаций позволил заключить (при  $p \leq 0,05$ ), что в ситуации «спасение людей и имущества» может наблюдаться «притупленность эмоций», а также явления «ярости» и «тревоги». При переживании «негативного отношения» к данной ситуации, выраженность симптома «притупленность эмоций» минимальна, а при переживании «неоднозначного отношения» (и значимая, и негативная) - максимальна. Ликвидатор ЧС зачастую прибегает к сдерживанию интенсивности противоречивых эмоций или избеганию ситуации. Для эмоций тревоги и ярости характерна иная тенденция. При «негативном отношении» к ЧС - выраженность данных эмоций минимальна, а при

«значимом» или «нейтральном» отношении, - максимальна. Однозначное негативное, отрицательное отношение, ее личностная незначимость для ликвидатора, в самой ситуации обеспечивает больший контроль над эмоциями. В ситуации «оказание помощи пострадавшим», воспринимаемой ликвидатором «неоднозначно» актуализируется «бдительность», а «блокировка эмоций» оказывается невозможной. Если ситуация однозначно «эмоционально значима» для ликвидатора ЧС, - «бдительность» имеет низкую выраженность. Сотрудник МЧС переживает сильные эмоции, лично вовлечен и не контролирует интенсивность переживаний в данной ситуации, что может привести к профессиональной ошибке. При «значимом отношении» и при любом типе «неоднозначного» отношения (значимо-негативном и нейтрально-значимом) к ситуации «тушение пожара с наличием ЛВЖ и/или газового баллона» высоко вероятно актуализируются симптомы ПТСР «депрессивное реагирование» и «злоупотребление ... веществами». В ходе личной беседы большая часть испытуемых отмечала, что алкоголь часто используется как средство расслабления. Для ситуаций, «связанных с угрозой для гражданского населения», характерны симптомы ПТСР в виде эмоционального реагирования: «тревога», «ярость», «притупленность эмоций», а для ситуаций, «связанных с угрозой жизни самого ликвидатора ЧС», - в виде «депрессивной реакции» и «злоупотребления веществами». Также удалось показать, что при усилении симптомов «притупленность эмоций», «нарушение памяти и внимания», «непрощенные воспоминания и галлюцинаторные переживания», «вина выжившего» усиливается и «общая склонность к метакогнитивным искажениям». Положительная корреляция со шкалами «травматического стресса» характерна для убеждений, вошедших в кластеры «Мониторинг угрозы; применение алкоголя/медикаментов» и «тотальное избегание». Данные стратегии связаны с симптомами ПТСР: «агрессия», «непрощенные воспоминания», «притупленность эмоций», «нарушение памяти, внимания». Данные типы стратегий, представляющих способы совладания со стрессом после завершения ЧС, определяют наиболее деструктивный профиль симптоматики, дезорганизующий поведение сотрудника в повседневной жизни, приводящий к поведенческим рискам в семье и на работе, снижению управления над эмоциями.

Профессиональную ситуацию «нехватка воды при тушении пожара» сопровождают характеристики «неожиданность» и «дефицит времени». Пожар еще не потушен, а резерв воды исчерпан, источник водоснабжения далеко - это предполагает готовность к экстренным действиям. Чтобы соответствовать требованиям ситуации - все эмоциональные оценки, по мнению ликвидаторов ЧС, должны быть сведены к минимуму («блокированы»). При «негативном» отношении к ситуации «тушение пожара с наличием ЛВЖ, газового баллона» характерна «блокада симптомов» или «отсутствие метакогнитивных искажений». «Негативное» и «отстраненное» отношение позволяет ликвидатору ЧС контролировать проявление эмоций, однако, после завершения ситуации, «блокировка

симптомов» приводит к возникновению посттравматических переживаний в виде «депрессивных реакций» и «злоупотребления ... веществами». Данный «порочный круг» является психологической мишенью, которую необходимо учитывать при оказании психологической помощи сотрудникам МЧС. При исследовании роли ригидности мышления в специфике метакогнитивного, когнитивного, поведенческого и эмоционального реагирования определено, что при гибком мышлении характерно метакогнитивное убеждение «Если я буду много сосредотачиваться на проблеме, это навредит мне», что обеспечивает возможность многостороннего анализа ситуации. Ригидный стиль мыслительной деятельности не позволяет сформироваться метакогниции о субъективной опасности чрезмерной сосредоточенности, наоборот, такая сосредоточенность воспринимается как необходимый элемент адаптации. Субъективная «опасность» чрезмерной фокусировки внимания на проблеме характерна лишь для гибкого стиля мышления, - это позволяет своевременно переключиться на другие аспекты ситуации, что при ригидном стиле невозможно. Ригидность мышления провоцирует убеждения о важности и необходимости контроля своих мыслей, их блокировки и избегания («Избегал ситуацию», «Старался не думать об этом») (Г.В. Залевский, др.) [1, 5]. К наибольшей дисрегуляции поведения в ЧС и непосредственно после участия, приводит не столько содержание метакогнитивных искажений, не столько их специфика при определенном типе отношения в разных профессиональных ситуациях, - сколько ригидная тактика их использования и статичная оценка ситуации, фиксированность поведенческих, когнитивных, эмоциональных паттернов при переживании стресса. Таким образом, невозможность своевременной трансформации стратегий реагирования, а не их содержание и даже не их выраженность, наибольшим образом усиливает и поддерживает симптоматику ПТСР, приводит к «потере произвольности», невозможности «овладения» поведением в ЧС. Роль фиксированности метакогнитивных стратегий и ригидности мышления оказывается фундаментальной при анализе механизмов, провоцирующих и поддерживающих симптомы посттравматического стресса.

#### Литература:

1. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). - Томск: Томский государственный университет, 2004. - 460 с.
2. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. - М.: Изд-во Московского ун-та, 1980. - 157с.
3. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов. - М.: Когито-Центр, 2002. - 527с.
4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Метакогнитивные стратегии при социальном тревожном расстройстве // Вектор науки Тольяттинского гос.ун-та. - 2012. - №1(8). - С.254-257.

5. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опосредствование и нарушение произвольной регуляции в патогенезе фиксированных форм поведения // Сб. материалов IV Сибирского психол. форума "Ценностные основания психологии и психология ценностей" (16-18 июня 2011 г.). – Томск: Томское университетское изд-во, 2011. - С.213-215.

6. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Руминации в контексте метакогниций, неадаптивных схем и психической ригидности // Известия Алтайского государственного университета. – Барнаул, 2011. - № 2/1. - С.69-72.

## ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

*Салимов М.И.*

Екатеринбургский филиал Уральского государственного университета  
физической культуры, г. Екатеринбург, Россия

Анализ состояния здоровья детей показывает, что с возрастом происходит увеличение доли детей с отклонениями в состоянии здоровья. За последние пять лет рост инвалидности в целом составляет 8-10% при резком увеличении детей-инвалидов. Дети с умственной отсталостью представляют собой «группу риска» с точки зрения психосоциальной дезадаптации [1]. Преодоление психосоциальной дезадаптации детей с ограниченными умственными возможностями предполагает, прежде всего, изменение отношения общества к этой категории населения. В настоящее время широко обсуждается проблема интеграции инвалидов в общество, т.е. процесс, при котором инвалиды не являются социально обособленными или изолированными, участвуя во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными членами общества. Физическая культура для этой группы населения может выступать как эффективное средство реабилитации и социальной адаптации [3].

Социальная адаптация учащихся вспомогательных школ реализуется посредством их участия в общественно – полезном труде. Показателем (результатом) успешной социальной адаптации является удовлетворённость (психическое состояние) школьника с лёгкой степенью умственной отсталости этой средой [2,4].

В абсолютном большинстве труд умственно отсталых школьников возможен в специальностях, для которых характерна повышенная *двигательная активность*. В тоже время, учебная нагрузка по предмету «Физическая культура» для умственно отсталых школьников, предусмотренная государственной программой, по мнению специалистов, недостаточна и не позволяет создать «двигательную базу», необходимую для будущей трудовой деятельности выпускников школ [5].

В нашем исследовании мы решили выяснить, как занятия адаптивной физической культурой влияют на психическое состояние школьников с лёгкой умственной отсталостью, которое в свою очередь влияет на уровень их социальной адаптации. Для оценки психического состояния мы

использовали психологические методы, характеризующие развитие интеллекта, личности, межличностные отношения и коммуникативные качества личности.

В ходе эксперимента, на основании разработанного нами плана – графика экспериментальная группа помимо школьной программы, дополнительно занималась в кружке (секции) по общей физической подготовке (ОФП). Включение систематических дополнительных кружковых (секционных) занятий физической культурой и участие в соревнованиях (по правилам «Специальной Олимпиады») является основной особенностью экспериментальной группы. Контрольная группа занималась по традиционной школьной программе.

Динамика физической подготовленности школьников с лёгкой умственной отсталостью 12-15 лет представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика физической подготовленности  
школьников с лёгкой степенью умственной отсталости

| Тесты                                                                                                             | Экспериментальная группа |             |                       |       | Контрольная группа |             |                       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------|--------------------|-------------|-----------------------|-------|
|                                                                                                                   | Исход-<br>е              | Конеч-<br>е | % к<br>исход-<br>ному | P     | Исход-е            | Конеч-<br>е | % к<br>исход-<br>ному | P     |
|                                                                                                                   | X1±m1                    | X2±m2       |                       |       | X3±m3              | X4±m4       |                       |       |
| 1. Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа (кол-во раз)                                                            | 16,8±0,59                | 27,4±2,11   | 163,1                 | <0,05 | 16,0±1,07          | 19,5±0,78   | 121,9                 | <0,05 |
| 2. Поднимание туловища из положения лёжа до вертикального положения с фиксацией ног, руки за головой (кол-во раз) | 32,0±1,03                | 42,8±1,08   | 133,8                 | <0,05 | 31,8±0,70          | 33,3±0,61   | 104,7                 | >0,05 |
| 3. Прыжок в длину с места (см)                                                                                    | 147,9±1,7                | 170,1±0,1   | 115,0                 | <0,05 | 146,1±2,4          | 149,1±2,4   | 102,1                 | >0,05 |
| 4. Бег со старта 30 м (с)                                                                                         | 5,98±0,03                | 5,46±0,14   | 91,3                  | <0,05 | 5,99±0,06          | 5,86±0,05   | 97,8                  | >0,05 |
| 5. Бег 600 м (мин)                                                                                                | 4,51±0,08                | 4,09±0,03   | 90,7                  | <0,05 | 4,45±0,08          | 4,41±0,08   | 99,1                  | >0,05 |
| 6. Гибкость - наклон вперёд (см)                                                                                  | -5,2±1,12                | 6,0±1,79    | 115,4                 | <0,05 | -5,4±1,12          | -3,0±0,96   | 55,6                  | >0,05 |
| 7. Динамометрия правой кисти (кг)                                                                                 | 16,5±0,11                | 24,9±1,02   | 150,9                 | <0,05 | 16,4±0,11          | 17,8±0,19   | 108,5                 | >0,05 |

Для измерения тесноты связи между физической подготовленностью и психическим развитием использовался корреляционный анализ (ранговая корреляция по Спирмену), результаты которого представлены в таблице 2.

С помощью корреляционного анализа мы отмечаем тесную взаимосвязь и взаимозависимость физической подготовленности и изменениями психического развития школьников с лёгкой степенью умственной отсталости.

Таблица 2

Коэффициент корреляции между психическим развитием и физической подготовленностью школьников с лёгкой степенью умственной отсталости

| Тесты                                                                                             | Мышление    | Уровень понятийного развития | Тревожность (личностная) | Межлические отношения | Коммуникативная | Группа  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|---------|
| Сгибание и разгибание рук в упоре лёжа                                                            | <b>0,84</b> | <b>0,9</b>                   | <b>0,84</b>              | <b>0,87</b>           | <b>0,85</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,24        | 0,22                         | 0,18                     | 0,45                  | 0,38            | Контр.  |
| Поднимание туловища из положения лёжа до вертикального положения с фиксацией ног, руки за головой | <b>0,84</b> | <b>0,9</b>                   | <b>0,81</b>              | <b>0,9</b>            | <b>0,85</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,52        | 0,5                          | 0,63                     | 0,77                  | 0,77            | Контр.  |
| Прыжок в длину с места                                                                            | <b>0,94</b> | <b>0,88</b>                  | <b>0,8</b>               | <b>0,92</b>           | <b>0,84</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,63        | 0,53                         | 0,66                     | 0,75                  | 0,67            | Контр.  |
| Бег со старта 30 м                                                                                | <b>0,94</b> | <b>0,87</b>                  | <b>0,79</b>              | <b>0,9</b>            | <b>0,84</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,58        | 0,51                         | 0,6                      | 0,53                  | 0,67            | Контр.  |
| Бег 600 м                                                                                         | <b>0,97</b> | <b>0,93</b>                  | <b>0,87</b>              | <b>0,92</b>           | <b>0,83</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,51        | 0,41                         | 0,37                     | 0,62                  | 0,68            | Контр.  |
| Гибкость - наклон вперёд                                                                          | <b>0,93</b> | <b>0,9</b>                   | <b>0,82</b>              | <b>0,92</b>           | <b>0,87</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,63        | 0,39                         | 0,45                     | 0,62                  | 0,81            | Контр.  |
| Динамометрия правой кисти                                                                         | <b>0,97</b> | <b>0,89</b>                  | <b>0,81</b>              | <b>0,93</b>           | <b>0,85</b>     | Экспер. |
|                                                                                                   | 0,53        | 0,53                         | 0,57                     | 0,67                  | 0,55            | Контр.  |

Таким образом, результаты исследования, полученные нами в ходе эксперимента, достоверно указывают на положительное влияние адаптивной физической культуры на процесс и результат приспособления школьников с лёгкой умственной отсталостью к условиям социальной среды, через освоение ими жизненно необходимых умений, навыков, представлений и отношений, позволяющих личности комфортно поддерживать существование в обществе и успешно реализовывать в нём свои потребности и цели, т.е. на социальную адаптацию.

Литература:

1. Белякова, И.В. Психология умственно отсталых школьников [Текст] / И.В. Белякова, В.Г. Петрова. – М., 2002. – 160 с.
2. Власова, Т.А. Современное состояние исследований по изучению, обучению и трудовой подготовке аномальных детей [Текст] / Т.А. Власова // Дефектология. - 1984.- №4.- С.4-10.
3. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теор. и практ. физич. культ. - 1998 - № 1.
4. Коркунов, В.В. Социально - трудовая адаптация учащихся и выпускников вспомогательных школ: Методические рекомендации [Текст] / В.В. Коркунов - М., 1990. – 36 с.
5. Салимов, М.И. Физическое развитие школьников с нарушениями интеллекта, занимающихся физической культурой и спортом [Текст] / М.И.Салимов, М.Г. Новицкая // Мониторинг физического развития, физической подготовленности различных возрастных групп: Материалы первой Всероссийской науч.-практ. конф. – Нальчик: Каб.-Балк. ун-т, 2003.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОГРАММЫ НАПРАВЛЕННОЙ НА  
ПРЕОДОЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНОГО КРИЗИСА В СИТУАЦИИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ<sup>9</sup>

*Селин А.В., Сотников В.А.*

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Онкологическое заболевание как пример особенно тяжёлой соматической патологии разрушает, или дестабилизирует уже сложившуюся систему смыслов, ценностей, паттернов отношения к себе и поведения в целом. Обратив свой взгляд на эпигенетическую теорию Э.Эриксона, мы можем обозначить данное явление как кризис идентичности[1], но кризис не связанный с каким-то определённым возрастным этапом, а обусловленный новой социальной ситуацией, в которую попадает личность. Человек всю свою жизнь решает задачу на обретение идентичности и столкновение с онкологическим заболеванием является мощным провокатором перестройки представлений о себе и выстраивания новой системы самоидентичности.

В консультативной традиции теоретической основой кризисной интервенции является теории кризиса Э.Линдемана [2]. В данной концепции кризис понимается, как состояние человека при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности, внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией) либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому

---

<sup>9</sup> Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК- 4130.2011.6 «Структура и динамика жизненного пути личности в социальной ситуации тяжелого соматического заболевания (на примере кардиологической, гастроэнтерологической, гинекологической и онкологической патологии)».



жизненному циклу, этапу развития, когда перед лицом жизненных обстоятельств отказывают обычные механизмы эффективно справиться с ситуацией. В этом случае работа с клиентом строиться по трёхэтапной модели:

1. кризисная поддержка (установление терапевтического контакта, мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты);

2. кризисное вмешательство (когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации, коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.);

3. повышение уровня адаптации (поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации, выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными механизмами, а также их преодоление, введение новых значимых лиц для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.).

При работе с онкологическими больными данная модель должна быть адаптирована под ряд специфических особенностей данной группы патологий:

- широкий спектр элементов идентичности, подверженных трансформации в результате кризиса;
- наличие изменений в сфере социальных отношений
- наличие негативных социальных мифов заболевания;
- изменение соотношения временных модусов существования личности.

Основываясь на проведённом нами исследовании, мы можем выделить пять дестабилизированных уровней идентичности, которые должны являться мишенями в проведении кризисной интервенции с онкологическим больным:

1. Уровень межличностных отношений – семья, друзья, коллеги, родственники, соседи. Способность к контактам. Способность к установлению и поддержанию отношений.

2. Уровень отношения к заболеванию. Коррекция влияния социальных мифов и установок на восприятие онкологического заболевания как смертельного и неизлечимого.

3. Уровень самопринятия. Адекватное восприятие себя в роли больного. Продуктивное принятие роли больного.

4. Ценности (личностные, семейные, профессиональные, мировоззренческие), надежды на будущее, перспективы, смыслы (особенно в семье), горизонты жизни.

Психологическим содержанием коррекционной работы должно являться фокусировка на ресурсных элементах настоящего момента и прошлого опыта, обращение к чувствам и их продуктивное выражение. Целью коррекционной работы должна стать помощь больному в самостоятельном преодолении сформировавшейся позицию пассивного заложника жизненного сценария и переходе к позиции активного творца своей собственной жизни.

В технологическом плане, коррекционная работа с онкологическими больными должна проводиться в двух основных формах: индивидуальной и групповой. Каждая из этих форм имеет определённый перечень решаемых задач. В индивидуальной работе максимальный акцент делается на дезактуализацию травмирующего переживания и переосмысление ситуации заболевания, продуктивное принятие роли больного. Укрепление достигнутого эффекта осуществляется посредством групповой работы, которая удовлетворяет повышенную потребность пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В фокусе занятий группы должны находиться высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас». Работа в группе способствует удовлетворению потребности в психологической поддержке и практической помощи, установлению значимых отношений взамен утраченных, необходимости создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации.

Литература:

1. Ericson E.H. Identity, youth and crisis. L.: Faber and Faber, 1968
2. Лидеман Х., Селье Г. Неизвестные силы в нас/ Лидеман Х. Система психофизического саморегулирования. М., 1992.

## КАЧЕСТВО КОНТАКТА МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ РАННИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.

*Симоненко И.А.*

Курский государственный медицинский университет. Г. Курск. Россия.

В настоящее время много внимания уделяется охране и поддержке психического, соматического и социального здоровья будущего поколения. Но, к сожалению, частота распространенности психосоматических расстройств среди детей неуклонно растет. Несмотря на широкую теоретическую и практическую освещенность данной проблематики, аспект психосоматических нарушений в младенчестве и раннем детстве достаточно мало изучен, существует потребность в разработке эффективных способов диагностики и программы помощи на ранних этапах развития детей с психосоматическими нарушениями.

История ранних отношений матери и младенца была предметом пристального внимания на протяжении всего развития психологии. Вначале в теории психоанализа и теории объектных отношений (Р.Шпиц, М Малер, М Кляйн, в межперсональных психоаналитических теориях (Д.Винникот, Д.Штерн [5]) к которым относят и теорию привязанности (Дж.Боулби [1], М.Эйнсворт). Среди отечественных психологов можно выделить вклад Л.С. Выготского [2] в изучение психики младенца с точки зрения культурно-

исторической концепции психического развития, концепцию о генезисе общения М.И.Лисиной, и современные работы Г.Г. Филлиповой [4], Р.Ж. Мухаммедрахимова, Н.Н. Авдеевой, Е.О. Смирновой, и др.

Однако обширные экспериментальные исследования диады мать-младенец появились только в последние несколько десятилетий и внесли свой существенный вклад в понимание младенца как активного участника взаимодействия с матерью, находящегося в поиске и активном выборе прежде всего социальных стимулов, инициирующем общение и строящим свой ответ на отношение к нему матери и значимых взрослых. В силу слабости, только начинающей развиваться дифференциации психического и соматического, ответ младенца на неблагоприятно развивающуюся эмоциональную связь лишь у здоровых и сильных младенцев будет крик и уход от контакта, в подавляющем же большинстве это соматические реакции: нарушения функционирования пищеварительной системы, в более сложных случаях, дыхательной системы, и в крайних - так называемые внезапные смерти младенцев (Р.Шпитц). Именно эту взаимосвязь, качества контакта матери и младенца и наличия психосоматических нарушений у последнего, мы рассматриваем в настоящей статье.

Участие в исследовании матерей и младенцев трех-четырех месячного возраста связано с тем, что с одной стороны, к этому возрасту складываются первые паттерны взаимодействия в диаде, которые в последствии станут основой для формирования привязанности, а с другой, выявление наиболее ранних нарушений в функционировании диады, позволяет повысить эффективность психотерапевтической помощи младенцу и его матери.

Выбор нозологической группы психосоматических расстройств обусловлен явным превалированием среди последних нарушений пищеварительной системы и, прежде всего, младенческой колики, а также аллергические реакции не выясненного генеза.

Особой задачей настоящего исследования стал поиск психодиагностического инструментария для определения качества контакта у младенцев 3-4 х месяцев и их матерей, а также ответ на вопрос, существуют ли качественно отличающиеся типы контактов в диаде на рассматриваемом возрастном этапе, и каковы их характеристики.

В соответствии с поставленными проблемами нами были сформулированы следующие задачи исследования:

1. Выявить различные типы контакта матери и младенца 3 – 4 месяцев, используя структурированное наблюдение и анализ видеозаписей, и описать специфические характеристики типов контакта.
2. Изучить особенности типа контакта в диаде мать-ребенок 3-4 месяцев у детей с ранними психосоматическими расстройствами.
3. Разработать методические рекомендации для врачей педиатров и клинических психологов с целью раннего выявления детей группы риска, развивающихся по типу ненадежной привязанности.

Характеристика выборки: возраст испытуемых был уравнен - в исследовании принимали участие женщины в возрасте 19–27 лет и их младенцы в возрасте 3–4 месяцев, от первой беременности и первых родов. Общее число испытуемых составило 32 пары. В эксперименте также участвовали лишь полные семьи.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ "Курская детская городская поликлиника №7" с 9:00 до 16:00 в кабинете профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка - КЗР). Исследование проводилось в течении 2010-2012 годов.

Функции экспериментатора заключались в том, чтобы давать инструкцию матери, следить за временем и фиксировать взаимодействие матери и ребенка на видеокамеру. Матерям давалась следующая инструкция: «Мы просим Вас повзаимодействовать со своим ребенком так, как Вы обычно это делаете». Процедура эксперимента состояла из предъявления матери инструкции, осуществления видеосъемки 2 – 3 минуты и ведения протокола по окончанию видеосъемки.

Видеоматериалы анализировались дважды. Группой экспертов, работающих с младенцами. И группой экспериментаторов с использованием системы балльных оценок по единицам наблюдения «Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S).

Перейдем к обсуждению полученных результатов.

С помощью анализа группы экспертов нами были выделены три типа контакта среди участвующих в эксперименте пар. Мы обнаружили, что некоторые проявления, характеризующие качество привязанности, описанные Эйнсворт, можно наблюдать уже в 3-4-х месячном возрасте. Так, дети по-разному отвечают на стимуляцию матери. Некоторые дети легко откликались, были заметны положительные эмоциональные проявления, а часть младенцев не реагировала на различную стимуляцию матери, или, при настойчивой гиперстимуляции, реагировали уходом (отводом взгляда, поворотом головы и всего туловища) или даже плачем. Достаточно очевидным был также основной эмоциональный настрой младенца при взаимодействии с матерью. От спокойно-радостного до напряженно-раздраженного и недовольного, значительно различались матери и по способности утешить ребенка. У матерей с хорошим контактом особенно заметно то, что Д.Штерн называл «совместным танцем матери и младенца». Они отзеркаливали друг друга в выражении лица, интонации голоса, подражании звука. Создавалось впечатление «созданного, своего мира», у наблюдателей неизменно этот мир вызывал чувство схожее с радостной безмятежностью и умиротворением.

На противоположном полюсе по качеству контакта мы наблюдали взаимодействие в котором большинство сигналов младенца либо игнорировалось матерью, либо негативно интерпретировалось, в свою очередь, ребенок также чаще всего не откликался на сигналы матери, уходя от контакта. Складывалось впечатление двух, практически не

пересекающихся миров. В резонансных чувствах наблюдателей чаще всего присутствовала грусть.

Группа матерей и их младенцев, которую эксперты не смогли отнести к двум выше описанным отличалась тем, что эти «танцы» - совместный, плавный и два одиночных, с болезненными столкновениями на одной площадке, чередовались. Как будто мама умела подхватывать и вести в этом танце, однако периодически была захвачена чем-то извне, не замечая растерянности и фрустрированности ребенка внезапным прерыванием взаимодействия, с резким переключением на другой слог, темп, интонацию и т.д. В резонансных чувствах наблюдателей, также чередовались чувства спокойной радости и растерянности, досады. В результате работы экспертов три описанные группы были названы по аналогии с описанными Эйнсворт типами привязанности: надежный, амбивалентный и тревожно-избегающий.

Далее все видеоматериалы были проанализированы группой экспериментаторов с использованием системы наблюдения описанной в «Мангеймской шкале оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S) по семи единицам наблюдения матерей и трем младенцев, а также двум суммарным шкалам для оценки проявлений матерей и младенцев. Следующей задачей для нас стало установление различий по частоте проявлений кодируемых нами характеристик взаимодействий матерей и младенцев в выделенных ранее трех группах. Анализ полученных различий по проявлениям младенцев и матерей подтвердил выдвинутую нами гипотезу о существовании качественно отличных типов контакта матери и ребенка 3 - 4 месяцев.

Так нами были получены статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) по таким проявлениям младенцев, как: Эмоции ( $p=0,0004$ ), Проявления голоса ( $p=0,0005$ ), Реакция на стимуляцию матери ( $p=0,0112$ ) и Общий суммарный балл ( $p=0,0001$ ) по наблюдаемым показателям младенцев, а также искренность ( $p=0,0156$ ), реактивность ( $p=0,0314$ ) и содержание речи ( $p=0,0179$ ) матерей. Показатели таких шкал как: эмоция, проявления голоса и суммарный балл по проявлениям матерей, находятся на уровне статистической тенденции, и возможно при увеличении выборки дадут значимые различия.

Проведенная нами работа позволяет утверждать наличие качественно отличающихся типов контакта матерей и младенцев 3-4 х месяцев и более полно, с учетом двух этапов анализа видеозаписей.

Следующей проблемой нашего исследования встал вопрос о существовании взаимосвязи между качеством контакта матери и младенца в рассматриваемом возрасте и наличием психосоматического заболевания у младенца.

В результате проведенного нами исследования мы разделили нашу выборку на 2 группы – условно здоровые и нездоровые дети в зависимости от наличия или отсутствия у детей психосоматических расстройств. Расчеты показали, что доля детей с неблагоприятным контактом (в связи с небольшой выборкой, две группы с неблагоприятными типами контакта мы объединили

в одну) значимо больше. В группе младенцев с психосоматическими заболеваниями ( $p=0,0283<0,05$ ), что подтверждает выдвинутое нами предположение о наличии связи между качеством контакта матери и младенца 3-4 х месяцев и наиболее распространенными в этом возрасте психосоматическими заболеваниями.

Далее мы сравнивали характеристики взаимодействия в диаде мать – ребенок 3-4 месяцев используя единицы наблюдения «Мангеймской шкалы» в контрольной и экспериментальной группах детей. Результаты показали значимые различия в группе здоровых детей и детей с психосоматическими нарушениями более всего по проявлениям детей в диадном взаимодействии. В частности статистически значимых различий ( $p\leq 0,05$ ) достигли такие проявления детей как эмоции, наблюдаемые в выражении лица и звуках, проявления голоса, в которых оценивалась частота и интенсивность издаваемых им звуков, а также суммарный балл по трем описанным выше проявлениям ребенка. Различия в проявлениях взаимодействия матери в контрольной и экспериментальной группах менее выражены. В частности в зоне статистических тенденций ( $0,05<p\leq 0$ ) находятся показатели изменчивости, т.е. способности матери предлагать разнообразные формы взаимодействия, действовать не стереотипно, активно управлять вниманием ребенка. В результате проведенного экспериментального исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Существуют различные типы контакта матери и младенца 3-4 месяцев. В складывающейся эмоциональной связи на изучаемом возрастном этапе мы можем выделить паттерны взаимодействия в диаде, развивающиеся по типу надежной, тревожно-избегающей и амбивалентой привязанности.

2. У детей с неблагоприятным контактом в диаде мать-ребенок 3-4 месяцев наблюдаются сомато-вегетативные реакции в виде психосоматических расстройств – прежде всего системы пищеварения. Наиболее частым является младенческая колика.

3. Младенцы 3-4 месяцев с психосоматическими расстройствами в контакте с матерью проявляют сниженный эмоциональный настрой, реже улыбаются и выглядят заинтересованными, сосредоточенными с широко открытыми глазами. Значимо реже в ответ на стимуляцию матери реагируют проявлениями голоса. Наблюдается частое отсутствие или негативная реакция на стимуляцию матери. Матери описываемой группы отличаются стереотипным повторением поведения при попытках вызвать или управлять вниманием ребенка, отсутствием новых попыток или вариантов нового поведения.

4. Результаты исследования могут быть использованы педиатрами и клиническими психологами для раннего выявления нарушений контакта матери и младенца 3-4 месяцев и психотерапевтического сопровождения с целью предупреждения дальнейшего развития, как психосоматической симптоматики, так и профилактики развития нарушений привязанности в раннем детстве.

Литература:

1. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Академический проект, 2003 – с. 447.
2. Выготский Л.С. Младенческий возраст. - М.: Педагогика, 1984.
3. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
4. Филиппова Г.Г. Психосоматические особенности ребенка в раннем онтогенезе // Перинатальная психология и психология родительства, 2004 г., №2.
5. Штерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития - Спб.: Восточно – Европейский институт психоанализа, - 2006 – с. 376.
6. Esser, G., A. Scheven, A. Petrova, M. Laucht und M.H. Schmidt (1989): Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter (MBS-MKI-S), Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 17, 185–193.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФЕНОМЕНА НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ СРЕДИ  
РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Ситчихин П.В.*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Специализированная психиатрическая больница № 7» департамента  
здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар, Россия

Увеличение средней продолжительности жизни населения России в условиях низкой ценности как соматического, так и психического здоровья, способствует накоплению груза болезней. В случаях несвоевременной обращаемости к специалистам (в том числе к психиатрам), отсутствия приверженности к назначенному лечению, сохранению опасного для здоровья образа жизни (профессиональные вредности, курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, состояние хронического дистресса, недостаточное для восстановления организма время отдыха и проч.), прогрессирование расстройств функций организма может привести к тяжёлым последствиям. Например, если гражданин вследствие психического расстройства становится неспособен понимать значение своих действий или руководить ими, то он может быть признан судом недееспособным с последующим установлением опеки (ст. 29 Гражданского кодекса РФ).

В России зафиксировано увеличение количества недееспособных лиц (НЛ) в течение последнего десятилетия [1, 3, 5]. Сотрудники психиатрических служб в соответствии с Положением об учреждениях, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, утв. постановлением Правительства РФ от 25.05.1994г. № 522, участвуют в решении вопросов опеки, оказании консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи НЛ, а также оказывают им помощь

в социально-бытовом устройстве. Эффект от указанных мероприятий во многом зависит от вида психического расстройства, а объём мероприятий – от распространённости явления среди контингента, обслуживаемого психиатрическим учреждением. Но официальные статистические формы не предоставляют возможности анализировать ни нозологический состав внутри группы НЛ, ни распространённость феномена недееспособности среди отдельных нозологических групп во внебольничных условиях [4]. Данная информация позволила бы ранжировать группы риска и приступить к разработке превентивных мер. Самостоятельных исследований распространённости феномена недееспособности среди различных диагностических групп психических расстройств по МКБ-Х в РФ не опубликовано. Сравнительное изучение небольших групп НЛ (52 чел.) [2] не позволяет в XXI веке экстраполировать полученные данные на уровень крупного города или субъекта РФ. В то же время действующие Советы по опеке и попечительству не могут вести достоверный оперативный учёт психических расстройств НЛ, так как не являются психиатрическими учреждениями.

Целью исследования явилось изучение распространённости феномена недееспособности среди различных диагностических групп психических расстройств во внебольничных условиях на примере крупного краевого центра субъекта РФ.

Материалы и методы. В качестве материала использованы данные электронного медицинского архива Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница № 7» департамента здравоохранения Краснодарского края, содержащего сведения обо всех лицах г. Краснодара (население на 01.01.2011г. – 871600 чел.), получавших специализированную психиатрическую медицинскую помощь. Репрезентативность обеспечена ежедневным обновлением сведений, на основании которых с 1993г. в электронном виде формируются как официальные годовые отчёты (ф.10, ф.36, ф.36-ПЛ), так и оригинальные формы отчётов о НЛ на территории обслуживания. Т.к. лишение недееспособности может быть обусловлено только хроническим или затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (критерий установления диспансерного наблюдения в соответствии со ст. 27 Закона РФ от 02.07.1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), следовательно, изучать распространённость феномена недееспособности во внебольничных условиях среди психически больных целесообразно именно в группе диспансерного наблюдения (Д-наблюдение).

Выборка произведена сплошным методом из электронного медицинского архива вышеуказанного учреждения на момент сдачи официальных статистических форм отчётности за 2010 год. Критерием включения служило нахождение лица с психическим расстройством под Д-наблюдением психиатра в г. Краснодаре. Требования к возрасту не



предъявлялись, т.к. общая доля граждан в возрасте до 18 лет в структуре лиц с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением (далее ДЛПР), составляла лишь 6,6%, а часть из них после достижения совершеннолетия признавалась недееспособными. Диагноз (шифр по МКБ-X) указан в соответствии с заключением комиссии врачей-психиатров. Гражданин считался недееспособным с момента получения больницей решения суда о лишении дееспособности. Все НЛ состояли под Д-наблюдением и получали показанные виды психиатрической помощи в необходимом и достаточном объёме.

Статистический анализ выполнялся с применением пакета статистических программ «Statistika 6.0» («Stat. Soft. Inc.», USA), в т.ч. модулей описательных статистик и сравнения долей (р двусторонний). Статистически значимым считался критерий достоверности  $p < 0,05$ . Для исключения ложноположительных результатов, достоверность указана только в случаях более 5 наблюдений.

Распространённость феномена недееспособности на конец 2010г. в г. Краснодаре составила 95,4 чел. на 100 тыс. всего населения, а среди всех лиц, получавших психиатрическую помощь в вышеуказанном учреждении в виде консультативно-лечебной помощи и всех видов Д-наблюдения, – 2,8032%, что равнозначно 2803,2 чел. на 100 тыс. всех душевнобольных. На конец 2010г. в г. Краснодаре под Д-наблюдением психиатра состояло 8788 ЛПР, из них недееспособными являлись 816 чел. (9,3%). Среди групп психических заболеваний НЛ преобладали умственная отсталость (УО) всех видов (293 НЛ – 35,9%, I место), шизофрения (283 НЛ – 34,6%, II место) и деменции всех видов (180 НЛ – 22,1%, III место).

По результатам проведённого анализа выявлена следующая тенденция: наибольшая доля НЛ зафиксирована в группах тех нозологий, среди которых интенсивность патологического процесса, обуславливающего слабоумие, максимальна, а его манифест и прогрессирование наблюдались в более раннем возрасте.

Например, первые три места заняли различные виды олигофрении (за исключением УО лёгкой степени). Доля НЛ среди лиц с тяжёлой УО (F72) составила 45,3% (106 НЛ из 234 ДЛПР), среди лиц с глубокой УО (F73) – 37,5% (24 НЛ из 64 ДЛПР), среди лиц с умеренной УО (F71) – 31,9% (109 НЛ из 342 ДЛПР). Различия долей между F72/F71 статистически значимы ( $p=0,0012$ ), а между F72/F73 и F73/F71 не имеют статистической значимости ( $0,26 < p < 0,39$ ). Меньшая частота НЛ среди ДЛПР с глубокой УО по сравнению с тяжёлой УО обусловлена меньшей распространённостью лиц с глубокой УО в амбулаторных условиях вследствие высокой смертности и оперативного социального устройства в психоневрологические интернаты.

Следующие четыре места распределились между деменциями различных видов. Среди больных деменциями при болезнях, квалифицированных в других разделах (F02), НЛ составили 25,8% (66 НЛ из 256 ДЛПР), среди страдающих неуточнёнными деменциями (F03) –

15,4% (2 НЛ из 13 ДЛПР), среди лиц с диагнозом деменция при болезни Альцгеймера – 14,1% (10 НЛ из 71 ДЛПР), а среди больных сосудистой деменцией – 11,5% при большом общем числе НЛ с данной патологией (102 НЛ из 886 ДЛПР). Это может быть объяснено большой частотой парциальных форм сосудистых деменций лёгкой степени. При данной патологии «сохраняется ориентировка в месте, собственной личности (ориентировка во времени может быть приблизительной), способность к самообслуживанию и, в значительной мере, способность к самостоятельному проживанию» (см. Клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утв. приказом Минздрава РФ от 06.08.1999г. № 311). Различия долей между F02/F01 статистически значимы с  $p < 0,0001$ , а между F02/F00 с  $p = 0,0397$ , при этом пик выявления деменций при болезнях, квалифицированных в других разделах, приходится на более молодой возраст по сравнению с деменцией при болезни Альцгеймера и сосудистой деменцией, что соответствует выявленной тенденции.

Доля НЛ среди последних четырёх мест меньше, чем в среднем по группе (9,3%,  $n=8788$ ). Среди всех шизофренических расстройств (F20) процент НЛ составил 8,9% (283 НЛ из 3153 ДЛПР), среди лиц с УО лёгкой степени (F70) – 5,1% (54 НЛ из 1059 ДЛПР), среди лиц с органическим расстройством личности (F07) – 3,9% (54 НЛ из 1375 ДЛПР). Наименьшая доля НЛ зафиксирована среди больных органическим шизофреноподобным (бредовым) психическим расстройством (F06.2) – 3,1% (6 НЛ из 194 ДЛПР). Данные виды психических расстройств более благоприятны с точки зрения положительного эффекта от современных видов терапии, в т.ч. психофармакотерапии, а также возможностей по социальной адаптации.

Однако, группа шизофренических расстройств очень разнородна по клиническим и прогностическим признакам. Кроме того, доля шизофрении на уровне диагностических групп среди всех НЛ была наибольшей (34,7%,  $n=816$ ) и статистически значимо ( $p < 0,0001$ ) отличалась от следующей по частоте встречаемости нозологии (умеренная УО – 13,4%,  $n=816$ ). Поэтому изучение её нозологических форм было продолжено до уровня диагностических категорий (первый знак после точки в шифре диагноза по МКБ-Х).

Доля НЛ среди больных остаточной шизофренией (F20.5) была наибольшей среди всех рассмотренных нозологий – 67,5% (27 НЛ из 40 ДЛПР) (различия долей между F20.5/F72 статистически значимы с  $p = 0,0099$ ). Выявленный факт может быть объяснён этапностью эндогенного процесса, при котором указанный диагноз констатирует конечную стадию заболевания. Среди больных другим типом шизофрении (F20.8) и простой шизофренией (F20.6) доля НЛ составила соответственно 12,2% (9 НЛ из 74 ДЛПР) и 12,1% (8 НЛ из 66 ДЛПР), что объяснимо небольшой частотой встречаемости данной патологии среди диспансерной группы психически больных.

Наименьшая распространённость НЛ выявлена среди больных шизофренией параноидной (F20.0), кататонической (F20.2) и недифференцированной (F20.3). В группе лиц с параноидной шизофренией недееспособным являлся каждый тринадцатый больной (8,1%, 233 НЛ из 2875 ДЛПР). Данный факт обусловлен наличием благоприятных форм шизофрении с качественными ремиссиями и достаточным уровнем социальной адаптации. Например, среди состоящих под Д-наблюдением больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения и стабильным эмоционально-волевым дефектом (F20.02) доля НЛ составила лишь 5,2% (11 НЛ из 213 ДЛПР).

Несколько выше процент НЛ среди больных недифференцированной шизофренией – 9,3% (4 НЛ из 43 ДЛПР), а доля НЛ среди лиц с кататонической шизофренией достигла 10,5% (2 НЛ из 19 ДЛПР). Распространённость последней указанной формы заболевания значительно уменьшилась в результате внедрения современных антипсихотических препаратов, фигурируя нередко лишь в виде синдрома «кататонических включений» в рамках диагноза параноидной шизофрении не развиваясь до кататонического ступора или онейроида.

Распространённость феномена недееспособности существенно варьирует в зависимости от вида психического расстройства. Она максимальна среди заболеваний с глубоким и ранним психическим дефектом (тяжёлые формы умственной отсталости) и минимальна среди малопрогрессирующих психотических форм (F20.02, F06.2) и заболеваний с умеренными стабильными эмоционально-волевыми деформациями личности (F70, F07), не исключающими социальной адаптации.

Таким образом, для предотвращения увеличения распространённости феномена недееспособности среди умственной отсталости необходимо использовать все меры, влияющие на заболеваемость населения имбецильностью и идиотией, в первую очередь увеличение доступности генетического консультирования и качественных услуг перинатальной и педиатрической служб. Для уменьшения доли НЛ среди больных деменциями необходимо своевременное полноценное лечение заболеваний, обуславливающих развитие деградации личности, а также повышение ценности как соматического, так и психического здоровья в обществе. Учитывая, что из психотических форм психических расстройств доля НЛ максимальна среди конечных форм заболеваний, все усилия медицинских и социальных работников, а также иных служб должны быть направлены на коррекцию негативной симптоматики и замедление её развития. Таким образом, уменьшение доступности психиатрической помощи в условиях отсутствия специализированных программ для реабилитации недееспособных лиц может существенно влиять на увеличение их распространённости в обществе.

#### Литература:

1. Аргунова Ю.Н. Судебная практика признания гражданина недееспособным // Независимый психиатр. журнал. – 2009. – №II. – С.56-61.
2. Климов В.А. Клинико-социальные характеристики лиц, признанных недееспособными, состоящих под диспансерным наблюдением // Российский психиатр. журнал. – 2007. – №1. – С.11-17.
3. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической службы РФ в 2010г.: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» МЗСР России, 2011. – Вып. 19. – С. 177-187.
4. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространённость психических расстройств в РФ в 2008 году // Российский психиатр. журнал. – 2009. – №4. – С. 35-40.
5. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Шаповалов Д.Л., Ивашова Н.Н. Особенности СПЭ по делам о дееспособности в аспекте постановления конституционного суда от 27.02.09 года №4-П // Научно-мед. вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 4. – С. 54-66.

### ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ 18-22 ЛЕТ.

*Смольнякова О. В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Начиная со 2-й половины XX века на смену заболеваниям, вызываемым социально-бытовыми условиями и инфекционными факторами, приходят болезни человека, возникшие в результате издержек промышленной и научно-технической революций, сопровождающихся деформацией окружающей среды – болезни цивилизации. Глобализация урбанизационных процессов, наряду с непрерывной технической модернизацией, значительно расширила спектр стрессорных воздействий, что, в свою очередь, привело к преумножению перечня означенных заболеваний, появлению в их составе пограничных и патологических состояний психоэмоциональной сферы [1,3,7,8].

Хроническая психологическая нестабильность способствует быстрому износу и краху механизмов регуляции физиологических функций, что находит отражение в дезадаптационных срывах вегетативных показателей. По данным А. Б. Смулевича [3,8] в настоящее время частота психосоматических расстройств, в значительной мере спровоцированных стрессорными воздействиями, в российской популяции в целом достигает значений от 15 до 50%, а среди пациентов первичной практики до 57%. Эмоциональная дезадаптация изучается, в основном, в контексте расстройств аффективного спектра, включая депрессивные и тревожные состояния, отнесенные, согласно МКБ-10, к разделу F4 (расстройство приспособительных реакций, F43.2), частота встречаемости которых, по данным литературы, варьирует в пределах от 22,0% до 89,7% [9].

Так как развитие вегетативной дисфункции зачастую сопровождаются значительным изменением психологического статуса [2,4,5,6], выражающимся в срыве психологической адаптации и, как следствие, повышением уровня тревожности - в рамках данной работы выявлялись особенности её проявлений в различных аспектах.

Методы исследования. В исследовании использовалась методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), представляющая собой оригинальный психолого-диагностический инструмент для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по 5 новым факторам (субшкалам) тревоги как неспецифического, сложного по генезу аффективного регулятора поведения личности и тревожности как личностно-типологической характеристики. С целью проверки эмпирической валидности, связанной, главным образом, с корреляционными соотношениями между использовавшимся интегративным тестом и результатами исследований с помощью других методик, позволяющих оценивать исследуемые качества, применялась методика исследования тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты исследования. В исследование включено 126 лиц женского пола. Критерии включения: наличие проявлений психологической дезадаптации, возраст 18-22 года. Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой или нервной системы, требующая постоянной медикаментозной коррекции, психиатрическая патология, наличие противопоказаний к используемым методам коррекции.

В выборках распределение отличалось от нормального, были применены непараметрические методы статистики. Результаты представлены в виде: *mediana* [1<sup>st</sup>quartile; 3<sup>rd</sup>quartile].

В ходе исследования подтверждено преобладание уровня тревоги ситуативной (СТ) над тревожностью личностной (ЛТ). Полученные данные однонаправлены; как ИТТ, так и методика Спилбергера-Ханина имеют сходные результаты - средние значения показателя СТ (в баллах) 21,0 и 32,5; показателя ЛТ – 20,5 и 49,5, соответственно.

При исследовании структуры личностной тревожности получены следующие данные (результаты приведены в баллах): 175,0 [126,0; 203,0]; 150,0 [100,0; 200,0]; 65,0 [29,0; 180,0]; 165,0 [100,0; 200,0]; 157,0 [143,0; 171,0]. В структуре ситуационной тревожности распределение показателей выглядело следующим образом – 175,0 [150,0; 226,0]; 140,0 [129,0; 200,0]; 123,0 [37,0; 131,0]; 149,0 [93,0; 166,0]; 157,0 [114,0; 171,0]. Данные значения являются цифровым отражением выраженности в удельном весе структуры «тревога-тревожность» таких подшкал, как эмоциональный дискомфорт (ЭД), астенический компонент тревожности (АСТ), фобический компонент (ФОБ), тревожное ожидание перспективы (ОП), социальная защита (СЗ) соответственно.

Четко прослеживается превалирование показателя «эмоциональный дискомфорт» - как в составе личностной, так и ситуативной тревожности.

Минимальные же цифровые значения в обоих случаях соответствуют критерию «фобический компонент тревоги», отражающему, наряду с параметром «ожидание перспективы», тандем «тревога-тревожность» в его специфике. Учитывая, что показатель ЭД не является первостепенным в общей структуре показателей, можно говорить о достаточной «доброкачественности» тревожных проявлений в исследуемых группах; такие характеристики как ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности в настоящий момент не являются первостепенными для испытуемых, что, возможно, объясняется их возрастной и социальной спецификой.

Выводы. В результате исследования выявлено преобладание значений уровня ситуационной тревожности по отношению к уровню тревожности личностной. В структуре данного показателя наиболее выраженными являются такой параметр, как «эмоциональный дискомфорт» (результат в баллах – 175,0 [126,0; 203,0] и 175,0 [150,0; 226,0] для ЛТ и СТ), минимальной выраженностью обладает критерий «фобический компонент тревоги» (65,0 [29,0; 180,0] для личностной и 123,0 [37,0; 131,0] для ситуационной тревожности).

#### Литература:

1. Dillon, K.M. Positive Emotional States and Enhancement of the Immune System / K.M. Dillon, F. Minchoff, K.H. Baker // *International journal of Psychiatry in Medicine*. – 1985, №15, – P. 13–18.
2. Lorenzi P., Hardoy M. C., Cabras P. Life crisis and the body within // *Psychopatology*. 2000. V. 33, N 6. P. 283—291.
3. Е. Р. Исаева, М. И. Фещенко. Психологические механизмы адаптации к стрессу у больных психосоматическими и невротическими связанными со стрессом расстройствами // *Вестник ЮурГУ*. 2010. №27. С. 91-96
4. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. – 25 с.
5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: Монография. Кострома, 2004. – 473 с.
6. Москова М.В. Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. – 28 с.
7. Рутман, Э.М. Как преодолеть стресс / Э.М. Рутман / – АСТ М.: 2000. – 156 с.
8. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения // *Руководство по психиатрии* / под ред. Тиганова А.С.,- М.: Медицина, 1999.- т.2.-с.527-607.
9. Чернышева, В.Н. Организация медико–социальной помощи населению / В.Н. Чернышева, Ю.Г. Элланский / – Ростов н/Д, 1995. – 182 с.

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ЭФФЕКТА  
ДИДАКТИЧЕСКИХ РАЗРАБОТОК КАФЕДРЫ ФИЗИКИ,  
ИНФОРМАТИКИ И МАТЕМАТИКИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

*Снегирева Л.В., Тарасова С.А., Снегирев К.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Согласно современным данным, за годы обучения в вузе число здоровых студентов уменьшается на 25,9%, а хронически больных увеличивается на 20%. То есть, за время обучения одна пятая часть студентов переходит из категории относительно здоровых в категорию людей, страдающих хроническими заболеваниями. Не в последнюю очередь этому способствует переутомление учащихся в процессе учебной деятельности, предполагающей необходимость усвоения больших объемов информации в условиях дефицита времени, неполноценного питания, конфликтных ситуаций. Причиной может являться и эмоциональный дискомфорт: проблемы в отношениях с преподавателями, страх не соответствовать ожиданиям родных и близких, страх ситуации проверки знаний, страх самовыражения и тому подобное. Формирующиеся в процессе обучения состояния переутомления, дистресса и им подобные, могут в свою очередь, привести к нарушениям психического здоровья, а затем могут трансформироваться в патологию медицинского характера - пограничные нервно - психические и другие функциональные расстройства, психосоматические заболевания.

В этой связи особую актуальность приобретает проблема увеличения эффективности учебного процесса в высшей школе, достижения поставленных целей (выполнения учебной программы), при минимализации временных затрат учащихся.

В рамках поиска решения указанной проблемы сотрудниками кафедры физики, информатики и математики было проведено исследование среди студентов 1 курса факультета клинической психологии с целью выявления факторов, составляющие основу эмоционального дискомфорта учащихся при изучении дисциплины «Математика» в медицинском вузе.

Большинство студентов отметило, что источниками эмоционального дискомфорта являются

- Осознание отсутствия прочной базы школьных знаний для овладения материалом
- Отсутствие мотивации при изучении дисциплины, нехватка примеров применения конкретной темы в профессиональной деятельности.

Кроме того, большой объем материала, представленного в учебнике, необходимость использования сразу нескольких источников для усвоения темы, серьезные временные затраты при отборе информации студенты отметили в качестве факторов формирования состояния переутомления в процессе обучения.

Полученные данные убедили нас в необходимости создания собственного учебного пособия, которое бы позволило студентам освоить в полном объеме учебный материал, минимизировав временные затраты на его изучение. Для этого издание должно отличаться:

- четкой структурой;
- полнотой и ясностью изложения теоретического материала;
- конкретными ссылками на школьный курс математики;
- подбором заданий с учетом профессиональной направленности
- подробными примерами решения задач.

Работа по созданию такого учебного пособия была начата в 2010 году, а с 2011 года электронное издание активно используется нами в учебном процессе.

В текущем году мы решили проанализировать

- эффективность использования электронного учебного пособия в учебном процессе;
- временные затраты студентов на освоение учебного материала с помощью электронного пособия.

Поскольку в 2009-2010 учебном году кафедра только приступила к разработке учебного пособия, то коэффициент его использования был принят за ноль. В 2010-2011 учебном году пособие готовилось к регистрации, отдельные элементы электронного издания апробировались в учебном процессе (8 тем из 18), поэтому коэффициент использования оказался равным  $8:18=0,44$ . В июне 2011 года было получено свидетельство о государственной регистрации «Учебного пособия по математике для студентов факультета клинической психологии». Таким образом, пособие применялось в процессе обучения на протяжении 2011-2012 учебного года, и его коэффициент использования в указанном году мы приняли равным единице.

В качестве показателей учебной деятельности студентов мы использовали:

- величину среднего балла по математике в учебном году;
- количество оценок «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно» на курсовом экзамене по математике;
- число студентов, рекомендованных кафедрой к освобождению от экзамена по итогам рейтингового контроля;
- величину среднего балла на экзамене по математике;
- количество учащихся – призеров и победителей олимпиад по дисциплине «математика»;
- величину среднего балла по практическим навыкам студентов.



Таблица 1.

|                    |                                     | 2009-2010          | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|
| 1                  | Коэффициент использования пособия   | 0                  | 0,44      | 1         |
| 2                  |                                     | количество человек |           |           |
| Оценка на экзамене | 5                                   | 3,8%               | 14,3%     | 17,2%     |
|                    | 4                                   | 13,5%              | 8,2%      | 20,7%     |
|                    | 3                                   | 30,8%              | 32,6%     | 39,7%     |
|                    | 2                                   | 11,5%              | 4,1%      | 6,9%      |
|                    | недопуск                            | 25%                | 26,5%     | 15,5%     |
|                    | неявка                              | 15,4%              | 14,3%     | 0         |
| пере-сдача         | первая                              | 44,2%              | 42,9%     | 19%       |
|                    | вторая                              | 34,6%              | 24,5%     | 6,9%      |
| рейтинг            | участие в рейтинге                  | 13,5%              | 22,4%     | 34,5%     |
|                    | освобождены по рейтингу             | 0                  | 6,1%      | 8,6%      |
|                    | призеры олимпиады                   | 0                  | 6,1%      | 3,4%      |
| 3                  | средний балл на экзамене            |                    |           |           |
|                    |                                     | 3,16               | 3,55      | 3,57      |
| 4                  | средний балл за практические навыки |                    |           |           |
|                    |                                     | 3,48               | 3,38      | 4,0       |
| 5                  | средний балл за учебный год         |                    |           |           |
|                    |                                     | 2,93               | 3,14      | 3,17      |

Оказалось, что с внедрением в учебный процесс электронного учебного пособия кафедры количество отличных оценок на курсовом экзамене увеличилось с 4% в 2009-2010 учебном году до 17% в 2011-2012 учебном году. Подобного рода динамика наблюдалась и по числу оценок «хорошо». В 2009-2010 учебном году хорошие знания показали 13% студентов, а в 2011-2012 учебном году – уже 17% учащихся. С 31% до 40% возросло число студентов, ответивших на экзамене удовлетворительно. С момента начала использования пособия сократилось количество неудовлетворительных оценок на курсовом экзамене с 12% в 2009-2010 учебном году до 7% в 2011-2012 учебном году, а число студентов, не допущенных к экзамену по причине отсутствия зачета по дисциплине «Математика» уменьшилось с 25% до 15%.

С 2009-2010 учебного года увеличилось число учащихся, принимавших участие в системе рейтингового контроля по дисциплине «Математика». Если в 2009-2010 учебном году доля таких студентов составила 13,5%, то в

2010-2011 учебном году уже 22,4%, а в 2011-2012 учебном году 34,5%. Значительно увеличилось число студентов, получивших рекомендацию кафедры к освобождению от курсового экзамена по результатам рейтингового контроля: с 6,1% до 8,6%.



Рисунок 1. Результаты курсового экзамена по математике на факультете клинической психологии в 2009-2010 учебном году.

С момента введения учебного пособия в учебный процесс наметился рост величины среднего балла на экзамене. В 2009-2010 учебном году он составлял 3,16, в 2010-2011 учебном году уже 3,55, а в 2011-2012 учебном году 3,57. Возросло количество студентов, прошедших отбор по результатам успеваемости в течение учебного года для участия в олимпиадах по математике. Если в 2009-2010 учебном году таких студентов не было вовсе, то в последующие годы их число составило 6,1% и 3,4% соответственно.

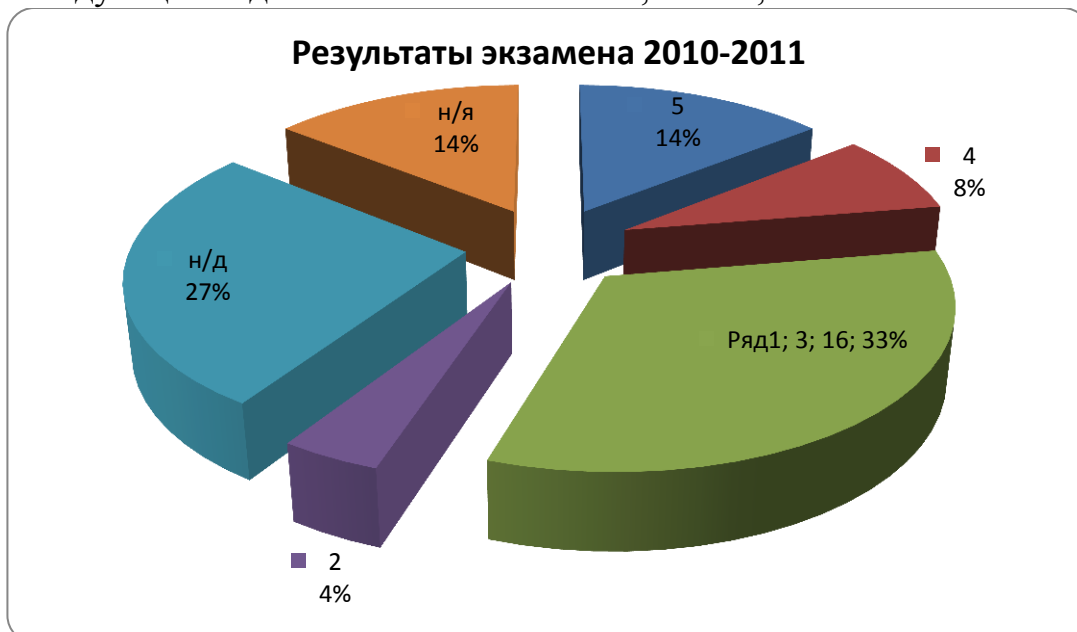


Рисунок 2. Результаты курсового экзамена по математике на факультете клинической психологии в 2010-2011 учебном году.

Использование учебного пособия оказало помощь студентам и в подготовке к сдаче практических навыков по математике. Об этом свидетельствует динамика изменения величины среднего балла за практические навыки. Средний балл увеличился с 3,48 в 2009-2010 учебном году до 4,0 в 2011-2012 учебном году.

Одновременно наблюдалась отрицательная корреляция между коэффициентом использования учебного пособия в учебном процессе и числом студентов, присутствовавших на первой пересдаче экзамена по математике. Количество учащихся на пересдаче сократилось на 25,2 % в 2011-2012 учебном году по сравнению с 2009-2010 учебным годом.

Аналогичную ситуацию мы наблюдали на второй пересдаче экзамена, поскольку в 2011-2012 учебном году число неуспевающих студентов составило 6,9% по сравнению с 34,6% и 24,5% в 2009-2010 и 2010-2011 учебных годах соответственно.



Рисунок 3. Результаты курсового экзамена по математике на факультете клинической психологии в 2011-2012 учебном году.

А вот средний балл по дисциплине в учебном году вырос по сравнению с 2009-2010 учебным годом с 2,93 до 3,17 в 2011-2012 учебном году.

Все приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности использования «Учебного пособия по математике для студентов факультета клинической психологии» в учебном процессе на кафедре физики, информатики и математики и о целесообразности применения продуманных, четко структурированных электронных учебных пособий для выполнения учебной программы. По мнению студентов кафедры, учебное пособие по математике позволяет им уменьшить временные затраты на изучение материала учебного курса, снижая утомляемость и одновременно повышая

успешность освоения дисциплины, что может свидетельствовать, на наш взгляд, о безусловном здоровьесберегающем эффекте дидактических разработок кафедры физики, информатики и математики.

Литература:

1. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учебное пособие /А.М.Митяева. - Москва: Академия, 2010. -192 с.
2. Осин, А.В. Электронные образовательные ресурсы нового поколения в вопросах и ответах/ А.В. Осин, И.И.Калина. -Москва, Агентство "Социальный проект", 2007г. - 28с.
3. Селевко, Г.К. Педагогические технологии на основе информационно-коммуникационных средств/ Г.К.Селевко.- Москва: НИИ школьных технологий, 2004. -224 с.

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОКАХ БИОЛОГИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ

*Старосельцева Т.С.*

ОКОУ «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без  
попечения родителей №2», г.Курск, Россия

На современном этапе развития человеческого общества такие универсальные ценности как жизнь и здоровье человека, приобретают особое значение. А проблема здоровья детей становится как никогда актуальной. Можно с уверенностью утверждать, что именно педагог в состоянии сделать для здоровья современного ученика больше, чем врач. Это не значит, что учитель должен выполнять обязанности медицинского работника. Просто педагог должен работать так, чтобы обучение детей в школе не наносило ущерба их здоровью, не снижало уровня мотивации обучения, и прежде всего Учебно-познавательных мотивов ученика.

Значительный эффект в решении этих проблем может быть достигнут благодаря использованию здоровьесберегающих технологий которые относятся к качественной характеристике любой образовательной технологии и показывают насколько решается задача сохранения здоровья учителя и учеников. Их применение дает возможность: осуществлять личностную направленность обучения, создавать комфортные условия для школьников с учетом индивидуальных психологических особенностей (восприятие, мышление, память) и индивидуального темпа работы; достигать прогнозируемого результата, осуществлять в определенные сроки с определенным уровнем затрат ресурсов, физического и психического здоровья учителя и ученика; осуществлять неразрывную связь с теорией деятельного подхода в обучении; организовывать самостоятельную работу учащихся, научить их работать со справочным материалом.

Здоровьесберегающие технологии – это образовательные технологии, удовлетворяющие основным критериям: Почему и для чего? – однозначное и строгое определение целей обучения. Что? – отбор и структура содержания. Как? – оптимальная организация учебного процесса. С помощью чего? – методы, приемы и средства обучения. Кто? – реальный уровень квалификации учителя. Так ли это? – объективные методы оценки результатов обучения, - а также принципам здоровьесбережения, которые сформулировал Смирнов Н.К.: «НЕ навреди» - все применяемые методы, приемы, используемые средства должны быть обоснованными, проверенными на практике, не наносящими вреда здоровью ученика и учителя.

А число здоровых детей с каждым годом уменьшается. За период обучения в школе ребята приобретают массу хронических заболеваний. Такая тенденция – уменьшение количества здоровых детей – прослеживается и в нашей школе. Из 110 детей – 98 страдают хроническими заболеваниями: глазная патология – 20 воспитанников, желудочно-кишечный тракт – 34 воспитанника, мочеполовая система – 33 воспитанника, эндокринная патология – 27 воспитанников, сердечно-сосудистые заболевания – 17 воспитанников, психические расстройства – 12 воспитанников, поведенческие нарушения – 47 воспитанников.

Считаю, что никакой другой предмет, как биология, ни ориентирован на сохранение здоровья учащихся во время учебно-воспитательного процесса. Курс этой образовательной области выстроен так, что практически каждый урок несет элементы здоровьесбережения. Режим обучения стараюсь организовать так, чтобы он обеспечил высокую работоспособность на протяжении всего времени учебных занятий, позволил отодвинуть утомление и избежать переутомления. Сохранить высокую работоспособность на уроке помогает правильная регламентация продолжительности урока и чередование различных видов деятельности, переключение с одного вида деятельности на другой.

Рациональная плотность урока должна составлять не менее 60% и не более 75%. Количество видов учебной деятельности на уроке должно быть 4-7, а их смена осуществляться через 7-10 минут. Однообразие урока способствует переутомлению школьников. В урок необходимо включать виды деятельности, способствующие развитию памяти, логического и критического мышления. В течение урока должно быть использовано не менее 2-х технологий преподавания, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения учащихся.

Обучение должно проводиться с учетом ведущих каналов восприятия информации учащимися. На уроке нужно создавать благоприятный психологический климат и обязательно ситуации успеха и эмоциональной разрядки, т.к. результат любого труда, а особенно умственного зависит от настроения, от психологического климата – в недоброжелательной обстановке утомление наступает быстрее. Для увеличения работоспособности и подавления утомляемости на 20-ой и 35-ой минутах

урока провожу физкультминутки длительностью 1 мин., состоящие из 3-х упражнений.

Предлагаю следующий комплекс:

I. Для улучшения мозгового кровообращения:

1. Исходное положение – сидя на стуле. 1-2 – отвести голову назад, 3-4 – голову наклонить вперед, плечи не поднимать. Повторить 4 раза.

2. ИП – сидя, руки на поясе. 1 – поворот головы направо, 2 – ИП, 3 – поворот головы налево, 4 – ИП. Повторить 4 раза.

3. ИП – стоя или сидя, руки на поясе. 1 – махом левую руку занести через правое плечо, голову повернуть налево. 2 – ИП. 3-4 – то же правой рукой. Темп медленный. Повторить 4 раза.

II. Для снятия утомления с плечевого пояса и рук:

1 – правую руку вперед, левую вверх.

2 – поменять положения рук. Повторить 3-4 раза, затем расслабленно опустить вниз и потрясти кистями, голову наклонить вперед. Темп средний.

3. ИП – сидя, руки вверх. 1 – сжать кисти в кулак. 2 – разжать кисти. Повторить 6-8 раз, затем руки расслаблено опустить вниз и потрясти кистями.

Огромную роль в укреплении здоровья учащихся играет экологическое пространство: проветривание, озеленение и освещение кабинета. Благотворно на здоровье и настроение влияют запахи, лучший источник которых – растения. Кроме этого решается воспитательная задача: дети, привлеченные к уходу за растениями, приучаются к бережному отношению к ним, ко всему живому, получая основы экологического воспитания.

При подготовке к урокам стараюсь подобрать такой материал, который бы не оставлял учащихся равнодушными, способствовал их интеллектуальному развитию, создавал эмоциональный настрой.

Приведу некоторые примеры.

Первый урок в IX классе начинаю такими словами: «Человек стал человеком, когда услышал шепот листьев и песню кузнечика, журчание весеннего ручейка и звон серебряных колокольчиков, жаворонка в бездонном, летнем небе, шорох снежинок и завывание вьюги за окном, ласковый плеск волн и торжественную тишину ночи, услышал и, затаив дыхание, слушает сотню и тысячу лет чудесную музыку жизни (В.А.Сухомлинский)»

Для того, чтобы привлечь внимание учащихся к изучению темы «Значение цветков, плодов и семян в природе и жизни человека» на доске записываю эпиграф урока: «Не рвите цветы, не рвите...

Пусть будет нарядной земля,

А вместо букетов дарите

Васильковые, незабудковые и ромашковые  
поля»

(М.Пляцковский)

Это все стимулирует познавательный интерес и помогает более легкому и прочному запоминанию. А познавательный интерес связан не

только с интеллектуальной, или только с волевой, или только с эмоциональной сферой личности, это их сложное сплетение. Особенно велика связь познавательного интереса с непроизвольным вниманием, способствует повышению умственной работоспособности, является средством оптимизации функционального состояния учащегося.

Курс биологии 8 класса может сыграть основную роль, так как при изучении собственного организма нельзя не рассматривать вопросы сохранения своего здоровья. Ни для кого не является секретом, что число здоровых детей с каждым годом уменьшается. За период обучения в школе ребята приобретают массу хронических заболеваний. И если я, как учитель, обеспечиваю школьнику возможность сохранения здоровья, формирую у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, учу использовать полученные знания в повседневной жизни, использую на уроках элементы здоровьесбережения:

- 1) оптимальная плотность урока;
- 2) рациональное чередование видов учебной деятельности;
- 3) уважительный стиль общения;
- 4) эмоциональная разрядка;
- 5) физкультурная пауза;
- 6) правильная рабочая поза;
- 7) положительные эмоции – я на верном пути.

И если мы научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, то только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения будут здоровы и развиты не только личностно, интеллектуально, духовно, но и физически. Наблюдения показывают, что использование здоровьесберегающих технологий в учебном процессе позволяет учащимся более успешно адаптироваться в образовательном и социальном пространстве, раскрыть свои творческие способности, а учителю эффективно проводить профилактику асоциального поведения.

Литература:

1. Козина Е.Ф., Степанян Е.Н. Методика преподавания естествознания. М.: Изд. Центр «Академия», 2007
2. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М.: АРКТИ, 2008
3. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. М.: Сентябрь, 2009

## ТОЛЕРАНТНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВРАЧА

*Т.А. Старостенкова*

Российская медицинская академия после дипломного образования,  
г. Москва, Россия

На сегодняшний день довольно много говорят и пишут о проблеме толерантности и ее проявлениях в различных сферах человеческой жизни. Как правило, рассматривают ее религиозные, политические и этнические аспекты.

Имеют место споры в отношении толкования самого термина «толерантность». Многие авторы определяют это понятие как синоним терпимости, милосердия. Некоторые используют его как синоним индифферентности. Декларация принципов толерантности провозглашенная ЮНЕСКО, Преамбула Устава ООН говорят о толерантности как о готовности к пониманию и сотрудничеству между людьми, о социальной норме и ценности [1].

Очевидно, что, несмотря на различные споры, относительно этого понятия и его толкования, речь идет о качестве личности, которое способствует ее успешному взаимодействию с другими людьми. Во всех определениях речь идет об активном социальном поведении, к которому человек приходит добровольно и сознательно. Можно сказать, что речь идет о принятии норм и правил общественного поведения, а также о принятии другого человека таким, каков он есть.

С позиции психологии очень значимым, на наш взгляд, является именно этот аспект, связанный с принятием другого человека. Причем, что особенно важно, принятием добровольным, а не вынужденным.

В такой сфере деятельности как медицина, в лечебном процессе, где непосредственно осуществляется взаимодействие и общение между врачом и пациентом, принятие и терпеливость просто необходимы. Успешное взаимодействие врача и пациента – это важнейший фактор, способствующий выздоровлению.

Очевидно, что терпеливость является профессионально важным качеством врача. Но терпеливость предполагает некоторое преодоление (я не согласен, мне не нравится, я вынужден с этим мириться и терплю). Это зачастую присутствует в работе врача. Стоит отметить, что преодоление связано с напряжением и психоэмоциональными затратами. Длительные же напряжения, как известно, ведут к усталости, истощению и могут вызывать социально-психологические выгорания.

Таким образом, постоянное проявление терпения не всегда безопасно для личности самого врача. Но когда речь идет о толерантности, то ситуация в корне меняется. Поскольку толерантность как принятие другого человека не вызывает напряжений и является естественным состоянием ведущим к гармоничному взаимодействию между людьми.

Конечно врач, так же как и пациент в первую очередь является личностью, имеющей свои особенности. Очевидно, что в системе: врач-



пациент, врач – это лицо, облаченное властью (в смысле принятия решений в отношении здоровья другого человека) и результат лечения в большей степени зависит именно от него. Поэтому так важно, чтобы врач обладал высокой степенью психологической зрелости.

Следует сразу отметить, что на сегодняшний день такие понятия как психическая и психологическая зрелость часто отождествляют. На наш взгляд это не верно. Психическая зрелость – понятие, относящееся к особенностям развития и формирования психических процессов в различные возрастные периоды жизни человека. Это то, что имеет отношение к психике как таковой.

Психологическая же зрелость отражает именно социальную сущность личности, степень ее самосознания, ее развития как члена общества, как профессионала. Можно также выделить отношения в семье и отношения между мужчиной и женщиной как составляющие психологической зрелости. Очевидно, что понятие психологической зрелости имеет множество аспектов и их составляющие могут иметь различную степень развития. Например, человек может быть профессионалом в своем деле, но при этом не способным налаживать открытые и доверительные отношения в семье с близкими людьми.

Фредерик Перлз, определял психическую зрелость как способность перейти от опоры на среду и регулирования средой, к опоре на себя и саморегуляцию. Для ее достижения необходима тщательная работа над собой, отмечал он [2, С. 174].

Абрахам Маслоу выделил и описал личностные качества самоактуализирующихся людей, которых он считал образцами психологической зрелости и психического здоровья. Качества, описанные им, касаются различных сторон жизни человека, затрагивая и межличностные отношения людей. Одной из характеристик такой личности он считал высокую степень принятия себя и других. Абрахам Маслоу писал также, что «...Не принятие других всегда связано с невротическим защитным поведением» [3, С. 192].

Таким образом, очевидно, что толерантность и психологическая зрелость личности непосредственно связаны друг с другом. Толерантность является важнейшей составляющей психологической зрелости и важнейшим фактором психического здоровья.

Понимая исключительную важность для общества врачебной деятельности и, учитывая вышеизложенное, нами были проведены исследования. Их цель состояла в изучении структуры психологической зрелости и ее составляющих врачей различных специальностей. В качестве методики использовался опросник самооценки психологической зрелости, составленный на основе перечня качеств, описанных А. Маслоу [4, С. 60]. В исследовании принимали участие врачи, имеющие ученые степени кандидата медицинских наук и доктора медицинских наук с опытом работы от 5 до 33 лет, проходившие обучение в РМАПО, всего было обследовано 107 человек. Результаты показывают, что 65,4% опрошенных не считают себя людьми,

имеющими высокую степень принятия других и себя. Причем, 83,2% опрошенных утвердительно ответили на вопрос о том, что они делают добрые дела и не ждут награды. Очевидно, что бескорыстное, милосердное отношение к людям для врачей нашей выборки является, безусловно, более значимым качеством, чем принятие себя и других. Но на наш взгляд, все-таки не менее значимым должна быть и толерантность. Она способствует не только успешному взаимодействию врача и пациента, но и позволяет сберечь психическое здоровье самого врача.

Очевидно, что врач, не зависимо от его возраста, должен быть психологически более зрелым, чем специалист в любой другой сфере человеческой деятельности. Именно поэтому так важно, чтобы это качество прививалось в процессе обучения в медицинском Вузе, и развивалось в течение жизни, не деформируя личность специалиста, а гармонизируя ее.

Таким образом, толерантность, является важнейшей составляющей психологической зрелости личности врача и основой его психического здоровья. Формирование и развитие личности врача с учетом вышеизложенного будут способствовать гармоничному взаимодействию в системе врач-пациент и успешному протеканию лечебного процесса.

Литература:

1. Толерантность / Общ.ред. М. П. Мчедлова. - М.: Республика, 2004.
2. Дж. Фэйдимен, Р. Фрейгер. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. М. 1996.
3. А. Маслоу. Мотивация и личность. Из-во: ПИТЕР, 2007.
4. Т. Старостенкова. Введение в психологию. Уч. мед. пособие. М.: РМАПО, 2006.

## ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА КАК ОБРАЗЦА ПСИХИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

*Старостенкова Т.А.*

Российская медицинская академия после дипломного образования, г. Москва,  
Россия

Проблема сохранения здоровья как общества в целом, так и отдельного индивида является одной из важнейших. Ее решение во многом зависит от формирования и развития общей культуры здоровья населения, самосохранения, здорового образования и просвещения. Однако на практике решение этой проблемы в основном сводится к программам образования школьников и некоторых профессий групп риска. В то же время, не секрет, что одна из самых затратных в отношении здоровья психического, а порой и физического – это профессия врача. Некоторые специальности предъявляют высокие требования к соматическому здоровью. К ним относятся практически все хирургические специальности. Некоторые специальности, как, например, терапевтические, требуют высоких психо-эмоциональных

затрат. Кроме того, профессия врача предполагает высокие морально-нравственные стандарты, являясь социально значимой для общества.

В настоящее время в обществе существует множество неблагоприятных факторов, способствующих тенденции потере духовно-нравственных ориентиров у молодежи. Часто это связано с не правильным выбором профессии, и как следствием неудовлетворенностью самой учебной деятельностью, снижением интереса к интеллектуальному развитию, а также проблемами, связанным с социальными, межличностными отношениями, и т.д.

В связи с этим возникает необходимость в организации и разработке мероприятий в образовании с учетом реалий сегодняшнего дня, способствующих развитию и формированию личности врача как определённого идеала, человека, имеющего приоритетное значение для общества в конкретно - исторических социокультурных условиях.

В концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России сказано: Современный национальный воспитательный идеал — это высоконравственный, творческий, компетентный гражданин России, принимающий судьбу Отечества как свою личную, осознающий ответственность за настоящее и будущее своей страны, укоренённый в духовных и культурных традициях многонационального народа Российской Федерации [1].

Данные концептуальные положения приобретают особую значимость применимо к образованию и воспитанию специалистов медицинских профессий с позиции образовательного стандарта нового поколения, использующего компетентностный подход .

Известно, что целью медицинского образования и воспитания являются: формирование и развитие профессиональной компетентности врача, способного обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения. Профессиональная компетентность врача-специалиста имеет свою специфику, которая определяется готовностью к самостоятельному и ответственному выполнению практической деятельности через решение профессиональных задач согласно требованиям рабочего места в условиях сотрудничества с коллегами и профессиональной межличностной средой [2] .

Таким образом, социальная сущность и значимость медицинской профессии для общества предполагают:

- высокие требования к социально-психологической компетенции;
- высокую степень психологической зрелости, включающую в себя личностную и социальную зрелость;
- развитую систему мотивов, главным образом широких социальных мотивов долга и ответственности перед обществом, а также мотив самореализации себя как профессионала;
- нервно-психическую устойчивость личности;

- соответствие нравственных и духовных ценностей личности ключевым ценностям профессии; жизни человека и его здоровья;
- широкий диапазон межличностных отношений как внутри коллектива, профессионального сообщества, так и в контексте отношения с пациентами, их родственниками, а также отношение к себе как специалисту;
- наличие поведения, соответствующего профессиональной идентичности, способствующего формированию у населения здорового образа жизни, являющегося важнейшей задачей современной медицинской науки.

Данные положения целесообразно начать реализовывать в процессе обучения в медицинских учебных заведениях не только с первого курса, а начиная с этапа выбора профессии. Своевременно и грамотно проведенная профориентационная работа позволит выявить именно тех молодых людей, у которых есть склонность к данному виду деятельности. Кроме того, в процессе профориентации важнейшим фактором для принятия решения должен являться мотивационный. Наши исследования показывают, что внутренним мотивом при поступлении в медицинские вузы руководствуются всего 30 % абитуриентов. Но 80 % аспирантов РМАПО, т.е. тех, кто остался в профессии и успешно в ней развивается, имели при поступлении в вуз именно внутренний мотив.

Очевидно, что существует множество специальностей, специализаций и направлений медицинской деятельности. И каждое из направлений, будь то хирургия, функциональная диагностика, или психотерапия требуют от человека определенных особенностей его характера. Поэтому, реализовать себя как профессионала в медицине может каждый, кто имеет интерес к профессии и смотрит на нее как на социально-психологическую роль. В связи с этим целесообразно проводить профессиональный психологический отбор для обучения, но основной целью данного вида отбора должно быть выявление профессионально-непригодных, т.е. тех, у кого есть явные противопоказания к профессии. О важности данного мероприятия известно и многие профессионалы пишут об этом, но в реальности отбора не проводится. Поэтому мы еще раз хотим обратить внимание на это важное мероприятие, которое необходимо внести как обязательный пункт при поступлении в медицинский Вуз. Что на наш взгляд должно являться противопоказанием к профессии? В первую очередь это:

- несоответствие уровня соматического здоровья, в том числе физического развития;
- низкий уровень мотивации к выбранной профессии;
- нервно-психическая неустойчивость;
- такие личностные черты как агрессивность, тревожность, импульсивность, конфликтность.

Наряду с формированием знаний, навыков и умений, необходимых для непосредственной работы, следует особое внимание уделять социально-психологической компетентности, формированию психологической

зрелости, развитию профессиональных мотивов и интересов. Для этого целесообразно включение в учебные программы специальных тем, формирующих социально-психологическую компетентность. Обязательным на наш взгляд должен быть курс о профессиональных деформациях и ятрогениях.

Не достаточно также просто выявлять тех, кто хочет учиться, важно это желание и интерес сохранять и развивать. А это уже зависит от уровня преподавания. Таким образом, еще одна важная задача – это тщательный подбор и обучение самих преподавателей новым психолого-педагогическим технологиям, способствующим поддержанию внутренней мотивации обучения, созданию психологического климата в коллективах, направленных на высокие моральные и нравственные ценности, гуманизм и милосердие. Целесообразно также создавать в Вузах сайты обратной связи, где каждый студент мог бы высказать свое мнение о том или ином преподавателе.

Не секрет, что во врачебной практике по ряду известных причин могут возникать конфликтные ситуации, которые отрицательно сказываются на психическом состоянии врача и являются одной из причин социально-психологических выгораний и профессиональных деформаций. Поэтому формирование коммуникативных навыков и навыков выхода из конфликтных ситуаций это важная задача, которую следует научиться решать в процессе обучения, а не тогда, когда проблема возникла уже на рабочем месте. Также целесообразно обучение навыкам поведения и саморегуляции в условиях стресса.

Как было отмечено, врач – это в первую очередь человек, личность, социальная идентичность которого связывается в обществе с такими качествами как: толерантность, аутентичность, гуманность, ответственность. Вопросу толерантности как добровольному, безоценочному принятию другого человека таким, каков он есть, посвящено одно из наших исследований. Это сложный вопрос и речь здесь идет о принятии не только другого человека, но и себя самого. Поскольку очевидно, что нельзя принять другого человека, если ты не можешь принять себя самого, таким как есть. Конечно, речь идет о развитии личности, о ее психологической зрелости.

В процессе обучения в Вузе необходимо психологическое сопровождение. Об этом также много пишут, и в ряде Вузов уже есть такие службы. Их задачей должно быть, в том числе, проведение тренингов личностного роста, способствующих работе над принятием себя, отношением к себе самому и развитию рефлексии.

Очевидно, что здоровье врача во многом зависит от его образа жизни. Ведь известно, что 50% на наше здоровье влияет именно образ жизни. Поэтому формирование здорового образа жизни - это важнейший жизненный приоритет. Кроме того, профессиональная идентичность врача предполагает следованию правилам здорового образа жизни. В связи с этим, необходимо включить в учебные программы обязательные темы по формированию здорового образа жизни. Исследовательские данные свидетельствуют о том, что студенты – медики недооценивают вредного

влияния на здоровье курения, алкоголя, не правильного питания и отсутствие физической активности [3]. Поэтому следует формировать в процессе обучения негативное отношение к курению, наркотикам и не умеренному употреблению алкоголя. Также следует организовывать борьбу с вредными привычками (запрет курения в медицинских учебных заведениях). Необходимо разъяснять и пропагандировать необходимость здорового сбалансированного питания, физической активности и занятий физкультурой.

Таким образом, социальная сущность профессии врача, предполагает, следование высоким духовно-нравственным стандартам, представляя собой образец психической зрелости и здоровья. В процессе обучения в Вузе происходит формирование и развитие личности врача. Социально-психологическая компетенция, развитие мотивационной сферы, способность к саморегуляции в условиях стресса и здоровый образ жизни позволят избежать негативных влияний на психику и здоровье врача, способствуя успешному решению профессиональных задач и профессиональному долголетию.

Литература:

1. Данилюк А.Я., Кондаков А.М., Тишков В.А. Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России. М.: Просвещение, 2009.
2. Шестак Н.В. Технологическое обеспечение системы дополнительного образования в здравоохранении. Дис. на соиск. Уч. ст. Доктора педагогических наук. М. 2010.
3. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – Москва: Изд-во «Академия естествознания», 2009.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСИИ ЧЕЛОВЕКА В СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Степанов Н.С., Тони О.Н.*

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия  
Центр социальной помощи и организации - Агентство «Ментор», США,  
Калифорния.

Жизнедеятельность личности неотделима от ситуации жизни. Изучение ситуации как бы безотносительно к личности позволяет выделить социальные группы по критерию общей судьбы (по несчастью) тех, кто попал в аномалию. Тогда они воспринимаются как «жертвы» насилия, бедности, риска, болезни и т.д.). Соединяя ситуацию с конкретно рассмотренной личностью, можно обнаружить индивидуальную специфику и уникальность воплощения ее жизненного пути (у каждого свой путь существования и выживания в аномалии, поиска техник их преодоления).

Примером может служить ситуация заболевания. Всякая болезнь оказывает влияние на человека в целом. В патологическом процессе принимает участие вся личность, полностью реагирующая на заболевание и характеризующая его основное значение, распространение, протяженность. Вторым слагаемым являются чувства, впечатления как неотъемлемые реакции на болезнь. Важно и третье слагаемое, которое носит социально-психологический, социологический характер, характеризующее связи и взаимоотношения больного человека с другими людьми, с группами и коллективами. Все это обобщается понятием «поведение во время болезни».

Поведение во время болезни создает различные осложнения, которые затрудняют восстановление здоровья и возвращение к нормальной жизни.[1,с. 242-243].

Поэтому важно знать особенности переживания больного и его отношение к заболеванию, способность к самоорганизации в преодолении такого рода аномальной трудности. Переживание трудностей заболевания вызывается идущими изнутри раздражениями и ощущениями, что приводит к нарушению или ограничению функционирования и осознанию начала заболевания. Осознание может быть внезапным, медленным, постепенным, что воздействует на эмоциональную сферу, изменяет самочувствие, вызывая утомляемость, подавленность. Характер тяжести и остроты болезни вызывает специфические симптомы при острых и хронических заболеваниях.

Переживание болезни зависит от ряда факторов, но, прежде всего, от личности больного. Личность больного влияет на осознание симптомов болезни. Причиной болезни могут служить и личностные свойства человека, склонность к конфликтам, страсти, инстинкты. Свойствами личности определяется и то, как человек переносит болезнь, как относится к ней, ведет себя в процессе болезни и выздоровления.

Важное значение имеет единство психических и физических переживаний в отношении к оценке того или иного заболевания в жизни личности. Возникновение болезни, реакция на нее, все чувства и поступки, связанные с болезнью - единое целое. Более зрелая личность реагирует на беду, болезнь совсем иначе, чем ребенок. Уверенный в себе человек также воспринимает болезнь иначе, чем неуверенный.

Человек по-разному ощущает, воспринимает, истолковывает, объясняет, эмоционально реагирует на патологические процессы. Выделяют два типа поведения: преувеличение роли симптомов болезни и пренебрежение, недооценка, преуменьшение значения болезни в своих собственных глазах и в глазах других людей.

Больной старается осознать заболевание, оценить его, придав ему свое значение. Осознание и оценка зависит от индивидуальной информированности о заболевании, степени образованности и культуры, отношения к предрассудкам, обычаям, поведения окружающих, врача.

Человек пытается преодолеть болезнь, так как она может для него означать трудности, опасности, утраты. Угроза и опасность переживается человеком как страх перед неизвестностью различных последствий, актуализированных в настоящее время прошлым опытом и впечатлениями от результатов подобных заболеваний знакомых, друзей, членов семьи. Опыт прошлого помогает прояснению ситуации, снятию неопределенности.

Многие исследователи особо подчеркивают психическое воздействие заболеваний отдельных органов, например, глаза, сердца, половых органов, так как это может привести к:

- прерыванию отношений между людьми;
- нарушению психического равновесия;
- помехам в проявлении ценных сторон личности, его самооценки, самореализации, изменению роли человека в обществе, группе, семье.
- утрате прежних самоощущений, возникновению подавленности настроения, депрессии;
- нарушению привычных представлений о «схеме тела», то есть отдельных частях тела, их соотношениях в пространстве, отношению ко всему телу в целом.[2, с. 212-221].

Отдельные больные факт заболевания превращают в преимущество и облегчение, помощь в избавлении от выполнения неприятных функций, решения трудных жизненных задач и проблем, что отражает понятие «роль больного».

Понятие «роль больного» имеет важное значение в понимании поведения человека. Общество заботится о больном человеке, но наряду с определенными льготами и преимуществами, наряду с правами это сопряжено для больного с определенными обязанностями. Права больного сводятся к тому что:

- больной человек освобождается от той ответственности, которую нес до заболевания (в семье, на производстве и т.д.);
- больной имеет право на получение помощи со стороны родных и близких, а в более широком плане общество осуществляет заботу о больных в рамках организованной законной медицинской помощи и обслуживания в различных лечебных учреждениях.

Права больного дают ему определенные «преимущества заболевания», которые делятся на первичные и вторичные. Первичные преимущества заболевания дают внутреннюю возможность избежать социальных, межличностных, производственных трудностей за счет «спасения, ухода в болезнь». Вторичные преимущества проявляются в том, что определенное заболевание или симптомы сопряжены с рядом преимуществ, льготами внешнего характера, идущими от общества и государства.

На основе прав и преимуществ формируются его обязанности:

- больной обязан сделать все необходимое в интересах своего выздоровления, и как это станет возможным, отказаться от роли больного;



- больной обязан сотрудничать с лечащим врачом, персоналом, выполнять все назначения лечащего врача.[3].

На основе трудностей заболевания, прав, преимуществ формируется сфера переживания субъектного отношения человека к заболеванию, выражающееся в специфическом поведении и выборе индивидуальных техник преодоления трудностей заболевания.

Для изучения техник преодоления жизненных затруднений больных людей нами опрошено 669 человек, находящихся на стационарном лечении в Курской областной клинической больнице и больницах города Курска.[4].

У больных людей доминируют две техники: 33,9% стремятся преодолеть затруднения и достичь своих целей, 26,46% используют возможные шансы, которые имеются в их распоряжении.

От пятнадцати до двадцати процентов больных респондентов приспосабливаются к трудностям в зависимости от ситуации (19,73%) и занимаются поиском или поддержанием социальных контактов с людьми, которые могут помочь (16,74%).

От десяти до пятнадцати процентов респондентов используют следующие техники: надеются на помощь социальных институтов здравоохранения, социальных служб, администрации (14,80%), принимают трудность заболевания как неизбежность (13,45%), откладывают на задний план свои насущные потребности и приступают к лечению (13,5%), 12,56% используют техники избегания, уклонения от мыслей о заболевании. Столько же респондентов считает, что заболевание заставляет их использовать техники самоутверждения, быть уверенными в себе, 12,26% ищут помощи и защиты у других, 11,51% используют и перенимают опыт преодоления заболевания другими людьми (родителями, членами семьи и т.д.).

До десяти процентов респондентов используют более многочисленные техники преодоления затруднений при заболевании. При заболевании происходит психическое и эмоциональное напряжение (9,72%), человек начинает обвинять себя в причинах заболевания (8,82%), пытается противодействовать заболеванию, активно выполняет предписания врача и не сдаётся болезни (7,92%), 7,77% впадает в состояние депрессии, разочарования в результатах лечения, 6,88% - приспосабливаются к другим больным, сравнивают их симптомы болезни со своими и пытаются вести себя так, как ведут другие больные. Встречаются больные, использующие агрессивные техники, критикующие методы лечения, деятельность врачей и обслуживающий персонал, возможности медицины в целом. Группа больных с подобной техникой преодоления трудностей немногочисленна и составляет 6,58%. 5,23% респондентов в преодолении трудностей заболевания полностью полагаются на других.

Выявлены немногочисленные группы больных, которые склонны обвинять окружающих в собственных трудностях (4,78%), перестают

использовать внутренние возможности и резервы в преодолении болезни (4,63%), полностью поддаются и смиряются с болезнью (4,33%).

Для рассмотрения взаимосвязи техник преодоления затруднений здоровых и больных людей мы выявили коэффициент ранговой корреляции Спирмена на основе сравнения ранговых значений процентных распределений, используемых техник для каждой из групп.

Выявлена высокая степень связи используемых техник преодоления трудностей здоровыми и больными людьми. Вместе с тем, данные исследования позволяют утверждать, что есть общее и специфическое в предпочтении тех или иных техник в отдельных группах. Нет разницы в использовании здоровыми и больными людьми следующих тактик преодоления затруднения:

- направленность на преодоление трудностей и достижение своих целей;
- использование возможных шансов, которые имеются в распоряжении;
- приспособление к особенностям и потребностям окружающих («как все»);
- поиск или поддержание социальных контактов с людьми, которые могут помочь;
- отказ от насущных потребностей ради преодоления затруднений;
- разочарование и депрессия.

В отличие от здоровых больные меньше:

- стремятся перенимать и ориентироваться на опыт близких людей, членов семьи;
- противодействуют трудностям;
- обвиняют себя в создавшихся трудностях;
- впадают в состояние разочарования и депрессии;
- пытаются избегать, уклоняться от трудностей.

Незначительно, но меньше больные:

- обвиняют окружающих в создавшихся трудностях;
- внутренне отстраняются от трудностей;
- мысленно их не допускают;
- поддаются и смиряются с трудностями.

Таким образом, можно говорить, что больные больше надеются на помощь социальных институтов здравоохранения, социального обслуживания, администрации. У них напрягается психика и соматика. Болезнь они воспринимают как неизбежность. Собственные трудности пытаются переложить на других, ища у них помощи.

Все это свидетельствует о необходимости расширения реабилитационных услуг по восстановлению индивидуальной и социальной субъектности человека и обеспечения психического и душевного благополучия в преодолении трудностей заболевания.

#### Литература:

1. Науменко М.И., Степашов Н.С. Поведенческие реакции человека в ситуации заболеваний особого риска // Актуальные проблемы медицины и фармации / Сборник научных трудов. - Курск: КГМУ, 2001.- С. 242-243.
2. Шафранская К.Д. Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами // Психология межличностного познания / Под ред. А.А. Бодалева.- М.: Педагогика, 1981. - С. 212-221.
3. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным. - Будапешт, 1988.
4. Степашов Н.С. Феномен жизненных затруднений. – Курск: КГМУ, 2002.

### ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 9-11 ЛЕТ

*Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В современном мире мы все чаще сталкиваемся с заболеванием ЖКТ у детей младшего школьного возраста. Семья является окружающей средой для ребенка, поэтому, невозможно отрицать тот факт, что отношения, складывающиеся внутри семейной системы, оказывают влияние на развитие ребенка. По мнению таких авторов как Э.Г. Эйдемиллер, В.Н. Дружинин, Д.Х. Олсон, семейные отношения характеризующиеся сплоченностью, эмоциональной близостью, доверием способствуют нормальному развитию личности ребенка. И в противоположность, семейные отношения характеризующиеся возникновением каких – либо противоречий, конфликтных ситуаций, могут привести к аномальному развитию. Ребенок очень эмоционально переживает семейное неблагополучие, конфликты. Вслед за этим у него возникают психологические и физиологические проблемы. Болезнь члена семьи всегда приводит к изменению уклада в семейной системе, особенно если заболевает ребенок, который нуждается в дополнительной заботе и опеке. Когда заболевание носит хронический характер, семья должна адаптироваться к новой ситуации, выбрать пути регуляции взаимоотношений. Таким образом, ребенок бессознательно переключает внимание родителей с их межличностной проблемы на проблему его здоровья, пытаясь установить прежнее равновесие в семейной системе. Вопрос о влиянии характера семейных отношений на возникновение хронического соматического заболевания ЖКТ остается на сегодняшний день открытым, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

В «циркулярной модели» Д.Х. Олсона подчеркивается способность семейной системы адаптироваться к изменениям ситуации и стрессам. Тип семейной структуры определяется двумя основными параметрами (семейная

сплоченность и семейная адаптация) и одним дополнительным (коммуникация).

Д.Х. Олсон в своей модели дает определение семейной сплоченности и семейной адаптации.

Семейная сплоченность — это степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной — автономны и дистанцированы друг от друга [3].

Семейная адаптация - характеристика того, насколько гибко или, наоборот, ригидно способна семейная система приспосабливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров [3].

Д.Х. Олсон выделяет 16 типов семейных систем, 4 - сбалансированные, 4 — экстремальные, 8 других типов являются средними (среднесбалансированными). Члены семей сбалансированных типов способны сочетать собственную независимость и тесные связи со своими семьями и обеспечивают оптимальное семейное функционирование. Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы.

Семейная сплоченность и семейная адаптация характеризуют степень удовлетворенности существующей семейной системой [3].

Согласно Э.Г. Эйдемиллеру, семейно-обусловленные психотравмирующие переживания являются тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в нервно-психическое или соматическое расстройство индивида [4].

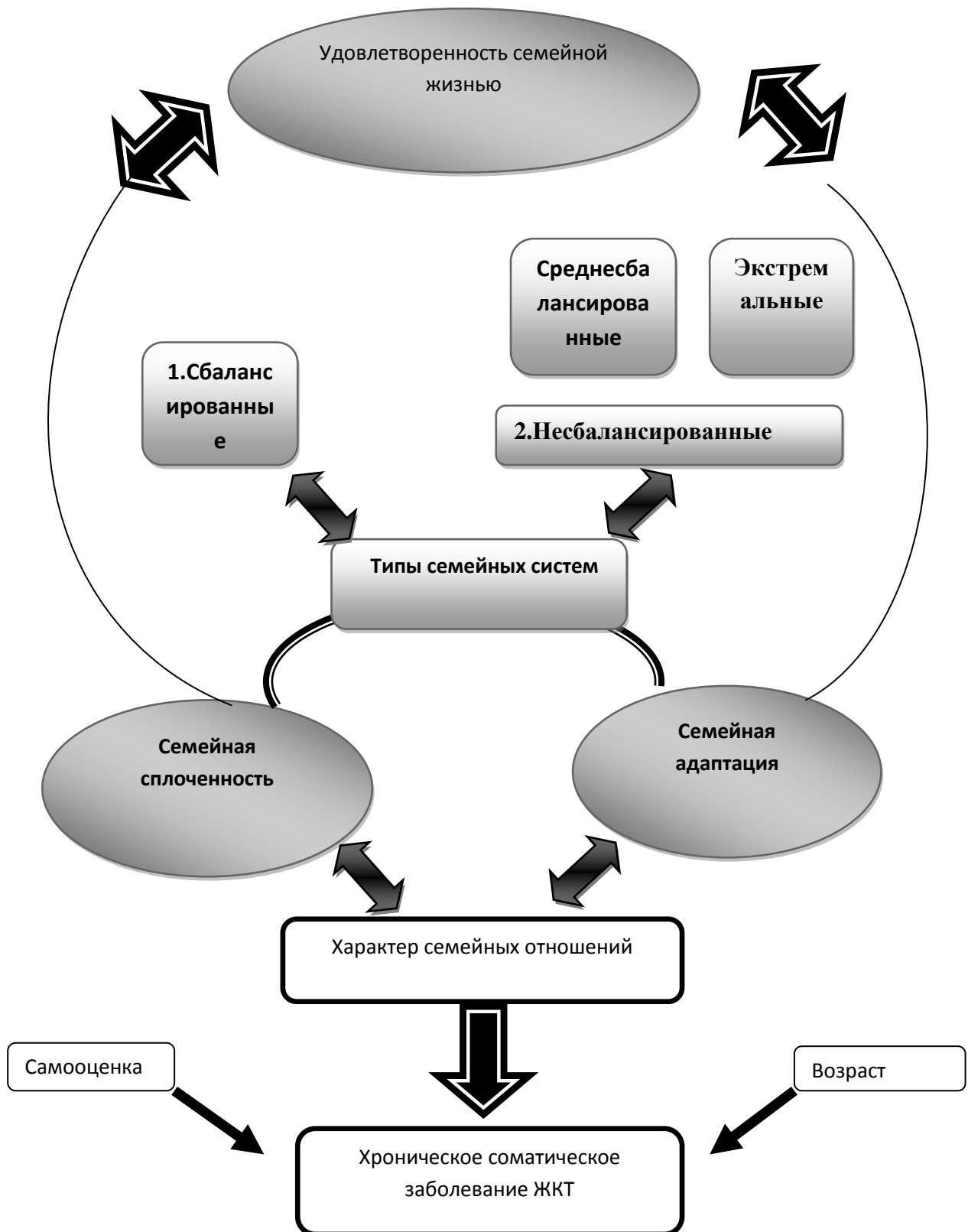
С. Куперсмит и М. Розенберг указывают, что определяющим условием развития у ребенка позитивной самооценки являются отношения, складывающиеся в его взаимодействии с окружающей средой, те особенности жизни в семье, которые ассоциируются для него с ощущением собственной ценности и успешности. Опираясь на результаты исследования С. Куперсмита, Р. Сирсом была выдвинута и в последующем экспериментально подтверждена гипотеза, согласно которой установки родителей, благодаря которым ребенок чувствует, что его любят, принимают в семье, порождают у него аналогичную самооценку, приводящую к ощущению ценности и успешности. Адекватная самооценка развивается в семьях отличающихся сплоченностью и солидарностью [1].

Согласно концепции Р. Лазаруса о возникновении психосоматических расстройств, физиологические реакции человека на психоэмоциональный стресс опосредованы когнитивными процессами оценки характера угрозы организму, которую содержит ситуация, и типом защитной реакции, которую эта угроза актуализирует. Таким образом, развитие тех или иных психосоматических расстройств, связано со спецификой переживаемых человеком психоэмоциональных конфликтов [2].

Разработанная концептуальная модель выражает влияние характера семейных отношений на возникновение хронического соматического заболевания ЖКТ у детей 9-11 лет.

Для анализа характера семейной системы мы рассматриваем 3 компонента: удовлетворенность семейной жизнью ребенком, семейная сплоченность и семейная адаптация [3].

Семьи, имеющие несбалансированные типы семейной системы (среднесбалансированный, экстремальный) имеют ригидную структуру, не позволяющую быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и возникающим стрессам в жизни семьи. Отношения в таких семьях характеризуются уровнями сплоченности и адаптации отличными от нормативных показателей. Возникает угроза распада, нарушения гомеостатического баланса семьи. Психотравмирующие переживания ребенка по поводу возникшей угрозы являются фактором, способствующим трансформации нарушения в нервно – психическое или соматическое расстройство. Удовлетворенность семейной жизнью, за счет не гармоничности уровней семейной сплоченности и семейной адаптации, будет низкой, что в свою очередь является еще одним психотравмирующим фактором для ребенка.



Самооценка ребенка выступает в качестве внутренней дополнительной переменной. Неадекватная самооценка ребенка тесно связана с внутрисемейными отношениями, в частности, с уровнем семейной сплоченности и семейной адаптацией. Для каждого возрастного периода имеются свои особенности, поэтому в качестве еще одной дополнительной переменной выступил возраст испытуемых. В ходе эмпирического исследования нами была проведена проверка влияния характера семейных

отношений на возникновение хронического соматического заболевания ЖКТ у детей 9-11 лет.

При обработке данных, полученных с помощью методики «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3), мы получили показатели, отражающие особенности характера семейной системы у здоровые и больных детей. Выделенные показатели отражены ниже в таблице данных.

По показателям семейная сплоченность и удовлетворенность семейной жизнью различий не обнаружено. Обнаружены различия в группах больные и здоровые, по показателю семейная адаптация на достоверном уровне статистической значимости.

Для сопоставления типов семейной системы по частоте встречаемости в этих группах больных и здоровых мы обратились к критерию  $\chi^2$ - угловое преобразование Фишера.

Частота встречаемости больных и здоровых детей от типа семейной системы представлены ниже на диаграмме.



На диаграммах видно, что в семьях с несбалансированной системой преобладает количество детей с заболеванием ЖКТ над здоровыми. При сбалансированном типе семейной системы преобладает количество здоровых детей.

Семьи с несбалансированным типом семейной системы имеют ригидную структуру, не позволяющую быстро адаптироваться к изменяющимся условиям и возникающим стрессам в жизни семьи.

Различий в группах больные и здоровые, по показателю низкий уровень семейной сплоченности и сплоченные семья не обнаружено.

Частота встречаемости больных и здоровых детей от уровня сплоченности семейных отношений представлены ниже на диаграмме.

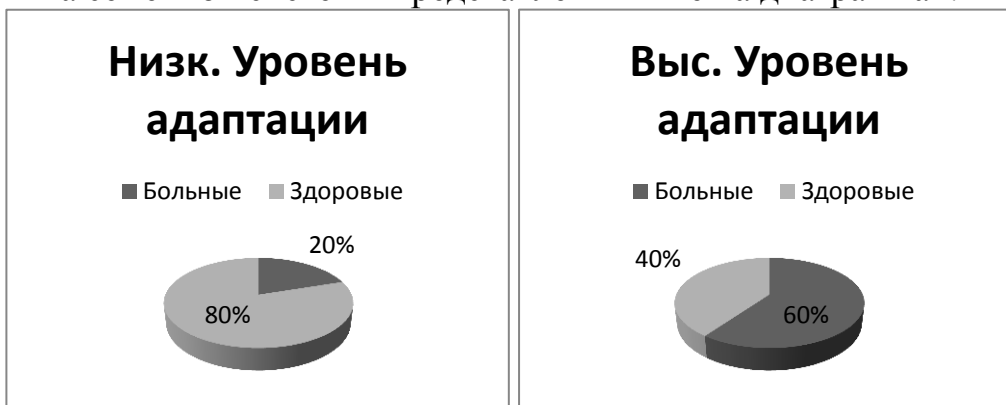


На диаграммах мы можем видеть преобладание больных детей в семьях с низким уровнем семейной сплоченности. Напротив в семьях характеризующихся сплоченностью больше здоровых детей.

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.

В группах больные и здоровые, по показателю нормальный и высокий уровень адаптации различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости. В группах больные и здоровые, по показателю низкий уровень адаптации различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости.

Частота встречаемости больных и здоровых детей в зависимости от типа семейной системы представлены ниже на диаграммах.



На диаграммах мы видим значительное преобладание в семьях с низким уровнем адаптации здоровых детей. В семьях с нормальным и высоким уровнем адаптации большее место занимают больные дети.

Данное положение говорит о том, что болезнь способствует повышению уровня семейной адаптации и перестройке семейных отношений.

На основании полученных результатов нами были сформулированы следующие выводы:

- Характер семейных отношений оказывает влияние на возникновение хронического соматического заболевания ЖКТ у детей 9-11 лет.



- В семьях с несбалансированным типом семейной системы, являющимся проблематичным, дети чаще страдают хроническим соматическим заболеванием ЖКТ, чем в семьях со сбалансированным типом.
- В семьях, с низким уровнем семейной сплоченности, преобладают дети с хроническим соматическим заболеванием ЖКТ. Психотравмирующие переживания ребенка по поводу возникшей угрозы распада семьи являются фактором, способствующим трансформации нарушения в нервно – психическое или соматическое. Напротив, в семьях характеризующихся сплоченностью больше здоровых детей.
- Болезнь способствует повышению уровня семейной адаптации и перестройке семейных отношений.

Литература:

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание.- М.: Прогресс, 1986, -322с.
2. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства (дайджест). Курск-2005г
3. Черников А.В. Системная семейная терапия. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 208 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психиатрия семьи- 2- е изд. СПб.:2000.

**ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ОСОБЕННОСТИ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГРУППАХ ДЕТЕЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ В  
КОНТЕКСТЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С РАЗЛИЧНЫМ  
ХАРАКТЕРОМ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ**

*Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Совместная деятельность младших школьников является важным компонентом для формирования сильного интегрированного «Я» ребенка, его психического здоровья, личностного роста, формирования деловых и межличностных отношений [1, 2, 3]. Совместная деятельность сложный многосторонний процесс на характер, которого оказывают влияние множество различных факторов, а именно индивидуально-личностные особенности членов группы, в частности уровень тревожности, характер взаимодействия при организации совместной деятельности и уровень неопределённости самой деятельности. Тревожность, можно рассматривать как устойчивую реакцию на внутреннюю неопределённость, связанную с противоречивостью, конфликтностью внутреннего мира личности, так и с устойчивыми тревожными реакциями на внешнюю неопределённость, связанную с противоречивыми, конфликтными отношениями в которую включена личность и с ситуациями множественного выбора.

Неопределенность рассматривается как результата оценки субъектом ситуации, имеющей несколько возможных исходов или содержащей непредвиденные события при необходимости принятия решения. Принятие решения включено в любую человеческую деятельность. Во всех тех случаях, когда человек сталкивается с ситуацией, имеющей несколько возможных исходов (альтернатив) или, по крайней мере, когда дело именно так представляется самому человеку, возникает необходимость сделать выбор. Появление новых событий тоже требует принятия решения. Ситуация, включающая неопределенность, а, следовательно, требующая принятия решения – проблемная ситуация. Подобные ситуации могут возникать на всех уровнях психического отражения окружающей действительности (сенсорно-перцептивном, мнемическом, интеллектуальном). И в связи с этим устойчивость к неопределенности проявляется на различных уровнях организации личности: индивидуальном, уровне индивидуальности, личностном и уровне субъекта деятельности и связано с оптимальным уровнем тревожности.

Эмпирическое исследование проводилось в период с октября 2011г. по май 2012г. на базе МБОУ «Средняя общеобразовательная школа с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла №27 им. А.А. Дейнеки». В исследовании приняло участие 80 детей в возрасте 7-8 лет, обучающихся в первом классе.

Для решения поставленных задач исследования мы использовали следующие методы:

1. Наблюдение. В процессе исследования производился тщательный анализ совместной деятельности детей, по специально разработанным и апробированным критериям наблюдения, в результате которого были получены объективные данные относительно лидерского потенциала группы, уровня ее кооперированности, организованности, сплоченности.

2. Моделирование. В качестве модели совместной деятельности используется аппаратная модель «Арка» (модификация А.С.Чернышева, Т.И. Сурьяниновой) [4] и изготовление «Совместной аппликации».

3. Психодиагностические методики: методика диагностики уровня школьной тревожности Филипса; тест тревожности (Р.Темпл, М.Дорки, В.Амен).

4. Статистические методы: корреляционный анализ r Спирмена; критерий  $\chi^2$  Пирсона. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoftSTATISTICA 6.0. для Windows.

При помощи методики диагностики уровня школьной тревожности Филипса и теста тревожности (Р.Темпл, М.Дорки, В.Амен) нами было выделено две группы детей: с высоким уровнем тревожности и низким уровнем тревожности.

По результатам изучения уровня тревожности были сформированы группы, состоящие из трех человек, всего 26 групп детей: 12 групп детей с высоким уровнем тревожности и 14 групп с низким.

При организации совместной деятельности в условиях «Арки» и изготовления "Совместной аппликации" нами были выделены группы: успешные и неуспешные. Успешные группы это те, которые с первой попытки и за малое количество времени справлялись со сбором «Арки», в «Совместной аппликации» успешными являлись те группы, продукт деятельности которых являлся результатом совместных усилий членов группы.

В ходе проведения эксперимента были выявлены группы: 1) с высоким уровнем тревожности - успешные; 2) с высоким уровнем тревожности - неуспешные; 3) с низким уровнем тревожности - успешные; 4) с низким уровнем тревожности - неуспешные.

При моделировании совместной деятельности в условиях "Арки" и "Аппликации" не было выявлено различий в плане успешности в группах низкотревожных детей, но имели место различия в группах высокотревожных детей. Эти результаты говорят о том, что низкая тревожность способствует большей устойчивости к неопределённости, чем высокая тревожность.

Более детально сравнивая все четыре группы между собой по содержательным характеристикам организации совместной деятельности детей младшего школьного возраста, мы выявили значимые различия по следующим критериям:

При сравнении групп по методике «Арка» по критерию Пирсона, были получены результаты на высоком уровне статистической значимости по шкалам «альтернативное лидерство» ( $p=0,00134$ ), «наличие высказываний с отрицательным отношением к совместной деятельности» ( $p=0,00036$ ), «конфликтность» ( $p=0,00108$ ), «обсуждение» ( $p=0,01687$ ), «выраженность речевого компонента» ( $p=0,01697$ ), «соблюдение инструкции» ( $p=0,02598$ ), «самостоятельность подгрупп» ( $p=0,02784$ ), «кооперированность» ( $p=0,07449$ ) обнаружены статистически достоверные различия.

При сравнении совместной деятельности детей в условиях «Аппликация» по критерию Пирсона, были получены результаты на достоверном уровне статистической значимости по шкалам «стиль лидерства» ( $p=0,01393$ ), «альтернативное лидерство» ( $p=0,04180$ ), «обсуждение» ( $p=0,03266$ ), «Наличие высказываний с отрицательным отношением к совместной деятельности» ( $p=0,02085$ ), «конфликтность подгруппы» ( $p=0,02413$ ), «Способность членов подгруппы подчинять личные интересы групповым» ( $p=0,01594$ ). На уровне статистической тенденции по критериям «Степень ролевой дифференциации подгруппы» и "Степень предварительного планирования".

Анализ результатов показал, что во всех неуспешных группах высокотревожных и низкотревожных присутствует ярко выраженный параметр противодействия основному лидеру. В группах высокотревожных неуспешных это противодействия достигает уровня конфликта, что говорит о большей выраженности конфликтности в группах неуспешных высокотревожных детей.

Сочетание успешности и тревожности приводят к различию выраженности феномена обсуждения в совместной деятельности детей в условиях как арки, так и аппликации. Ярче всего феномен обсуждения выражен в группах детей успешных высокотревожных, практически не выражено в группах неуспешных высокотревожных. Промежуточные показатели феномена обсуждения имеют место в группах низкотревожных успешных и неуспешных.

Параметры «соблюдения инструкции» и «самостоятельность групп» тесно связан с успешностью совместной деятельности. Выраженность этих параметров зависит от оптимальных показателей уровня тревожности. Очень высокая тревожность снижает выраженность этого показателя в неуспешных группах. Постоянная кооперированная деятельность всех членов наблюдается в низкотревожных успешных группах детей.

Установлено, что у неуспешных групп с высоким уровнем тревожности наблюдается или отсутствие лидера, или наличие авторитарного лидера и лидера с индивидуалистической направленностью. В успешных группах с низким уровнем тревожности наблюдается преобладание демократического лидера. Различия в стилевых особенностях лидерства особенно выражены в «Аппликации».

В успешных группах участники больше стремятся к согласованной деятельности, чем в неуспешных группах. На успешность совместной деятельности оказывает влияние заинтересованность членов группы в сотрудничестве. В группах с низким уровнем тревожности заинтересованность в совместной деятельности выше, чем в группах с высоким уровнем тревожности. Из выше сказанного вытекает, что у детей с низким уровнем тревожности стремление к согласованной деятельности выше, чем у детей с высоким уровнем тревожности.

В неуспешных группах планирование деятельности либо отсутствует, либо наблюдаются отдельные попытки, в успешных же группах предварительное планирование имеется и выполняется на практике.

При сравнении двух видов совместной деятельности «Арка» и «Аппликация» были выявлены статистические различия по критериям «Способность членов подгруппы подчинять личные интересы групповым» ( $p=0,00337$ ), «Самостоятельность подгруппы» ( $p=0,06056$ ), «Соблюдение инструкции» ( $p=0,09036$ ), «Степень предварительного планирования» ( $p=0,09790$ ).

Соотношение успешных и неуспешных в арке и аппликации отличаются, с аркой дети успешно справляются чаще, нежели с аппликацией. Корреляционный анализ показал большую связанность содержательных характеристик совместной деятельности в условиях «Арка», особенно у высокотревожных детей, и у низкотревожных - в условиях «Аппликация»; наименьшая связанность содержательных характеристик совместной деятельности наблюдается у высокотревожных в условиях «Аппликация» и низкотревожных – в условиях «Арка».

Совместная деятельность высокотревожных детей в условиях арки и аппликации была насыщена большей активностью, динамизмом и конфликтностью. Совместная деятельность детей низкотревожных, в условиях арки и аппликации выглядело более спокойной, менее конфликтной и более согласованной.

Наблюдения за содержательными характеристиками совместной деятельности детей в условиях «Арки» и «Аппликации» показало, что при переходе от арки к аппликации высокотревожные дети становились менее конфликтными и более согласованны вербально, особенно в успешных группах. В некоторых из успешных групп наблюдается ролевая дифференциация, повышение уровня "подчинение индивидуальных интересов групповым", возростал уровень "кооперированности", появлялся больше деловых высказываний, а так же наблюдается предварительное планирование и обсуждение. В неуспешных высокотревожных группах детей переход от «Арки» к «Аппликации» приводил часто к распаду совместной деятельности.

Группы низкотревожных детей в условиях «Аппликации» и «Арки» были менее конфликтны и у них в большей степени был выражен параметр подчинения индивидуальных интересов групповым, и подчинения взаимодействий требованиям инструкции, особенно ярко это проявлялась в успешных группах. Неуспешные низкотревожные группы были менее согласованы во взаимодействиях друг с другом в контексте совместной деятельности, но эта несогласованность по сравнению с высокотревожными детьми не достигала уровня конфликта. В целом арка активизирует групповой настрой, групповую активность детей, а аппликация способствует развитию более согласованных форм взаимодействия на вербальном уровне.

Соотношение уровня тревожности у успешных и неуспешных групп в условиях совместной деятельности «Арка» и «Аппликация» показала, что школьная тревожность в условиях арки имеет оптимальный уровень как в низких показателях(17-33%), так и высоких показателях (50-55%). В совместной аппликации оптимальный уровень тревожности для достижения успеха имеет показатели только в нижних значениях от 17% до 28%.

У высокотревожных детей неуспех совместной деятельности, прежде всего, обусловлен высокой конфликтностью взаимодействия, у низкотревожных неуспех совместной деятельности, прежде всего, проявляется недостатком согласованности и кооперированности взаимодействия.

Характер неопределённости деятельности влияет на успешность этой деятельности и особенности характера взаимодействия детей младшего школьного возраста: более высокий уровень неопределенности деятельности чаще дезорганизует кооперацию при взаимодействии детей и блокирует проявление лидерского потенциала группы, в то же время переход от «Арки» к «Аппликации» создаёт условия для появления качественно новых форм взаимодействия детей, в частности предварительного планирования деятельности, наличия обсуждения, наличия деловых высказываний, более

высокого уровня достигает вербальная согласованность участников взаимодействия особенно в успешных группах.

Соотнесённость характера неопределённости совместной деятельности («Арка», «Аппликация») и уровня тревожности детей, участвующих в организации этой деятельности, создаёт различные условия для преодоления неопределённости деятельности: в «Арке» выраженный высокий уровень тревожности детей не мешает успешности деятельности, в «Аппликации» высокий уровень тревожности затрудняет достижения успеха в совместной деятельности. В «Арке» низкий уровень тревожности является недостаточным для достижения цели совместной деятельности, в условиях «Аппликации» низкий уровень тревожности способствует кооперации и появлению согласованности на вербальном уровне.

#### Литература

1. Варга А.Я. Семейная системная психотерапия. СПб.: 2001.
2. Винникотт. Д.А. Маленькие дети и их матери. М.: 1998.
3. Ключева Н. В., Касаткина Ю. В. Учим детей общению. - Ярославль.: Академия развития, 1997.
4. Чернышев А. С., Сурьянинова Т. И. Генезис группового субъекта деятельности. Психологический журнал. 1990. Т.11.№2. стр.7- 15.

#### УРОВНИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

*Сысоева Ю.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Проблематика идентичности имеет междисциплинарный статус, попадая в поле зрения интересов социологии, истории, культурологи, когнитивной психологии, психологии личности и социальной психологии. В современной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления понятия феномена идентичности (Е.Р. Ярская – Смирнова (1996), Н.Н. Корж (1998), Н.Л. Иванова (2001), В.Н. Павленко (1998), Т.С. Баранова (1998), Е.П. Ермолаевой (1998, 2004), Д.И. Завалишиной (1997), Л.Б. Шнейдер (2001) и др.). Л.Б. Шнейдер (2001) дает определение понятия идентичности - это сложный феномен, «многослойная» психическая реальность, включающая различные уровни сознания, индивидуальные и коллективные, онтогенетические и социогенетические основания. Изучая теоретический аспект идентичности, более всего нас привлек феномен «Профессиональная идентичность» для дальнейшего теоретического и эмпирического изучения. Постановка проблемы профессиональной идентичности, ее структуры и генезиса, определение психологических оснований ее понимания и изучения являются актуальными задачами по причине отмечаемого исследователями кризиса идентичности современного человека (Е.П. Ермолаева, 2004). Профессиональная идентичность - это продукт длительного личностного и профессионального развития, который складывается только на достаточно высоких уровнях овладения профессией и выступает как устойчивое

согласование основных элементов профессионального процесса, а именно, согласование реальных и идеальных профессиональных образов «Я» (Е.П. Ермолаева, 2004). Переживание идентичности актуализируется и в профессиональной сфере человеческой жизни. Поэтому проблема идентичности возникает в плане реализации жизненной и профессиональной идеологии человека, в плане становления профессионализма, и в плане реализации профессиональной подготовки специалиста.

Формирование профессиональной идентичности происходит в процессе профессионализации. «Профессионализация - это процесс становления профессионала. Этот процесс включает выбор человеком профессии с учетом своих собственных возможностей и способностей, освоение правил и норм профессии, формирование и осознание себя как профессионала, обобщение опыта профессии за счет личного вклада, развитие своей личности средствами профессии. Важно выделить два основных аспекта в процессе формирования профессиональной идентичности: во – первых, уровни профидентичности; во – вторых, этапы профессионального становления специалиста. Профессиональная идентификация — это объективное и субъективное (т. е. данное в переживании) единство с профессиональной группой, делом, отдельным человеком, которое обуславливает преемственность профессиональных характеристик (норм, ролей и статусов) личности (Шнейдер Л. Б., 2001). Обратный процесс, связанный с объективным и субъективным отвержением этого единства и ломкой профессиональных характеристик личности, есть профессиональное отчуждение.

Шнейдер Л. Б. (2001) в своей работе выделяет механизмы профессиональной идентичности: Порождающий механизм: профессиональная идентификация и порождающий механизм: профессиональное отчуждение, реализующий и описательный механизмы. Рассмотрим подробнее каждый из механизмов:

- Порождающий механизм: профессиональная идентификация определяет социальное взаимодействие и специфические формы профессионального взаимодействия. Эти формы тесно связаны с границами профессиональных групп. Обнаруживаются два вида последствий, связанных с общением и контактами. Во-первых, обсуждение значимых вопросов происходит преимущественно в пределах одной (своей группы). Во-вторых, интенсивность контактов между разными группами обратно пропорциональна статусной дистанции между ее членами. Таким образом, через профессиональные идентификацию - отчуждение выражен исполнительный механизм профидентичности.
- Порождающий механизм: проявляется в профессиональном отчуждении. Такой механизм имеет место при избегании причисления себя к менее высоко оцениваемой профессиональной группе. Начинают действовать поведенческие ограничения: избегание продолжительных

контактов и наоборот. Разумеется, такое избегание может иметь разнообразные формы, вплоть до агрессивной враждебности.

- Реализующий механизм: профессиональная ситуация, профессиональные отношения, образ “Я”. Э. Фромм (1992) объясняет данный механизм как «Профидентичность, как единство человека и дела». Идентичность нарушается, когда нарушаются профессиональные границы.

Описательный механизм имеет три составляющие: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. Идентификация в когнитивном плане - это сравнение, в эмоциональном - оценивание, в поведенческом - уподобление. Эмоционально начавшись в детстве, продолжаясь в период обучения, она длится весь жизненный цикл. Во взрослом состоянии она захватывает профессиональную область. Таким образом, профидентичность может быть построена через три составляющие, которые в “Я-концепции” часто определяют как совокупность установок “на себя”:

1. Когнитивная составляющая установки (профессиональные знания и профессиональные убеждения)
2. Эмоционально - оценочная составляющая (эмоциональное отношение к профессиональным убеждениям и знаниям)
3. Поведенческая составляющая (соответствующая реакция, которая, в частности, может выражаться в поведении).

В нашем исследовании планируется изучение сотрудников Федеральной службы исполнения и наказаний, так как Федеральная служба исполнения и наказаний находится сегодня под пристальным вниманием государства, испытывает давление со стороны общества, и со своей стороны, оказывает немаловажное влияние на внешнюю среду. Сотрудники находятся в эпицентре активных процессов реформирования: с одной стороны происходит переход системы на качественно новый уровень деятельности: внедряются новые методы управления, происходит вынужденная перестройка системы под изменения социально-экономической жизни страны. На первый план выходят вопросы разработки системы показателей результативности и эффективности профессиональной служебной деятельности, формирования кадрового состава, адекватного реалиям социальной и экономической жизни страны. Таким образом, Федеральная служба исполнения и наказания может рассматриваться в психологии как орган власти и как вид профессиональной деятельности.

В настоящее время исследование находится на стадии разработки. Предполагаемой базой исследования станет ряд подразделений УФСИН России по Курской области. Количество испытуемых 250 человек из числа офицерского состава.



Литература:

1. Антонова Н. В. Проблема личностной идентичности в интерпретации психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии // Вопросы психологии, № 1, 1996.
2. Гузь А.В. Педагогические условия профессиональной идентификации будущего учителя. Автореф. Дисс. На соиск. Уч. Степ. К. пед. наук М., 1997.- 20 с.
3. Климов Е. А. Психология профессионала. М., Воронеж, 1996.
4. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., 1996. – 298 с.
5. Овсянникова В.В. Динамика «образа своей профессии» в зависимости от степени приобщения к ней// Вопросы психологии, 1981.- №5.- С. 20 - 25.
6. Официальный сайт ФСИН <http://fsin.su/>
7. Павленко В.И. Представление о соотношении социальной и личностной идентичности в современной западной психологии // Вопросы психологии. – 2000. - № 1. – С. 135 – 142.
8. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность Монография М МОРУ, 2001.-256с
9. Шнейдер Л. Б. Экспериментальное изучение профессиональной идентичности М 000 «Принт», 2001.-128с
10. Фромм Э. Человек для себя. Минск, 1992.
11. Ядов В. А., Социальная идентификация личности. Кн. 1 и 2. / Отв. ред. М., 1994.

ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ АТМОСФЕРА КАК ЗАЛОГ СОВЛАДАНИЯ С  
БОЛЕЗНЬЮ ПОДРОСТКОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-  
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Тимофеева И.В.*

Екатеринбургский филиал Уральского государственного университета  
физической культуры, г. Екатеринбург, Россия

Одной из актуальнейших проблем современного человечества является проблема реабилитации, т. е. восстановления лиц, жизнедеятельность которых связана с их физическими, психическими и социальными ограничениями. Это обусловлено тем, что в настоящее время во всем мире растет количество людей, имеющих ограничение, снижается качество их жизни.

В структуре заболеваний, которые приводят к детской инвалидности, преобладают заболевания опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает особое место в структуре заболеваемости и инвалидности детского населения. Анализ статистических данных показывает, что среди всех заболеваний детей в Российской Федерации болезни нервной системы занимают 7-е ранговое место. Распространенность ДЦП среди населения весьма значительна и составляет,

по мнению различных авторов, от 1,9 до 2,6-4 на 1000 детей. В настоящее время ДЦП рассматривают как особое состояние ребенка, как совокупность клинических, психологических и социальных факторов, дезадаптирующих человека, приводящих к ограничению его жизнедеятельности[2, 56].

Проблема изучения личностных особенностей детей с диагнозом детский церебральный паралич - одна из наиболее актуальных в психологии. Актуальность обусловлена значительной распространенностью и постоянным ростом количества детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Влияние семьи на психологические особенности ребенка и становление его личности неоднократно изучалось в зарубежной и отечественной психологии. В настоящее время достаточно широко рассмотрено влияние родительского отношения на зарождение отдельных личностных показателей ребенка, таких как: становление образа Я ребенка, нравственное и эмоциональное развитие, самостоятельность, но недостаточно описано это влияние на детей с детским церебральным параличом.

Семья является ближайшим и первым постоянным социальным окружением для ребенка. В процессе внутрисемейного взаимодействия с родителями и другими членами семьи формируется фундамент общечеловеческих и социально-культурных ценностей личности ребенка. Характер взаимоотношений ребенка с родителями обуславливает его эмоциональное благополучие и адекватность будущих отношений с социальной средой. То, что человек приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи обусловлена тем, что в ней человек находится в течение значительной части своей жизни. Одним из важнейших факторов, формирующих личность ребенка является характер эмоционального отношения родителей к ребенку. На развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны - отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Поэтому всегда нужно помнить о том, что личностные особенности детей, страдающих ДЦП, - результат тесного взаимодействия этих двух факторов. Следует заметить, что родители, при желании, могут смягчить фактор социального воздействия. Особенности личности ребенка с аномалиями в развитии, в том числе с ДЦП, связана, в первую очередь, с условиями ее формирования, которые значительно отличаются от условий развития нормального ребенка.

Реабилитация является не только психосоциальной, но и клинко-биологической проблемой, требующей для своего успешного функционирования понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Речь идет об использовании (регуливании) механизмов адаптации, компенсации, о механизмах физиологической и психологической защиты, играющие огромную роль в процессе реабилитации.

Штейнгаузенпо-своему рассматривает модель психосоциальной адаптации[4, 324]. Автор выделяет пять составляющих модели

психосоциальной адаптации. Во-первых он определяет общий опыт, приобретаемый из-за болезни. Каждый неполноценный ребенок вынужден познакомиться с опытом пребывания в больнице, медикаментозными назначениями, операциями, болями, ограничениями и своей «инаковостью» по сравнению со здоровыми детьми; и все это не только в течение какого-то ограниченного времени, но и перманентно. Во-вторых рассматривает специфические аспекты болезни: течение болезни, очевидность нарушения (проблема стигматизации), степень тяжести болезни. Тем не менее никогда нельзя заранее быть уверенным, что при большей соматической неполноценности менее благоприятной будет и психическая ситуация ребенка. В-третьих у ребенка происходит ограничение обычного жизненного опыта. Формирование социальных контактов для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата затруднено из-за их ограниченной мобильности. Как следствие, в-четвертых, уровень эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития снижен. Чтобы понять возможности ребенка совладать с болезнью, необходимо на каждой ступени развития учитывать уровень его эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития. Особо автор рассматривает такие реакции, как реакции ближайшего окружения и социального окружения. Если ребенок в очень тяжелой психической ситуации остается без поддержки семьи, это сказывается на совладании с болезнью негативно. Стигматизация со стороны окружения часто приводит не только к социальной изоляции ребенка, но и к социальной изоляции семьи.

По мнению Л.С. Выготского, важнейшим теоретическим положением, определяющим роль социальных условий в психическом развитии ребенка, выступает положение о специфическом пути развития ребенка как особом процессе присвоения социально-культурного опыта во взаимодействии с миром взрослых. Социальная среда (в данном случае внутрисемейная атмосфера) выступает не просто как внешнее условие, а как источник развития ребенка [1, 83]. Отечественный психолог А. Н. Леонтьев отмечает, что в процессе взаимодействия ребенка со взрослыми возникают, развиваются и интериоризируются различные формы психической деятельности, зарождаются и формируются личностные качества [3, 218].

Реакция семьи на нарушения развития или болезнь ребенка во многом определяется ее идеологическим стилем; однако верно и обратное: такой ребенок может оказать влияние на ценности семьи. Например, при рождении особого ребенка семья не только реагирует на сам этот факт, но и пересматривает сложившиеся в ней представления о людях с нарушениями. Характер взаимоотношений ребенка с родителями обуславливает его эмоциональное благополучие и адекватность будущих отношений с социальной средой. Воспитательная значимость семьи особенно возрастает при формировании личности детей с ограниченными возможностями здоровья. Создание в семье комфортной обстановки позволяет ребенку чувствовать себя значимым, в семье ребенок проходит первые этапы социализации, вступает в социальные отношения, начинается развитие его

личности. В таких семьях родители не зациклены на болезни ребенка. Они стимулируют и поощряют его самостоятельность в пределах допустимого. Они стараются сформировать у ребенка адекватную самооценку.

Нельзя упускать из виду и отношение к болезни самого ребенка. Очевидно, что и на него существенным образом влияет обстановка в семье. Исследования ученых показали, что осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7-8 годам и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и нехваткой общения. На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному: ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению; ребенок становится агрессивным, легко идет на конфликт.

Нелегкая задача по формированию у ребенка отношения к собственному физическому дефекту опять же ложится на плечи родителей. Очевидно, что этот непростой период развития требует от них особенного терпения и понимания. Нельзя пренебрегать и помощью специалистов. К примеру, переживания ребенка по поводу своей внешности вполне реально преодолеть благодаря хорошо поставленной психологической работе с ним.

Отношение к инвалиду - одна из важнейших характеристик семьи, определяющая ее внутренние ресурсы в процессе психосоциальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Совместное участие родителей и детей в психосоциальной реабилитации позволяет лучше узнать слабые и сильные стороны друг друга, вместе пережить чувство победы и поражения, испытать себя и членов семьи в сложных ситуациях, которые далеко не всегда встречаются в повседневной жизни. Каждая семья - это система отношений со своими собственными правилами, запросами, интересами. Родители нетипичных детей переживают особенные события, подчас неожиданные, долговременные, вызывающие сильнейшие стрессы.

Таким образом, психосоциальная реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата является одной из важных, сложных и вместе с тем до сих пор не в полной мере разрешенных проблем. Специфика названной проблемы связана в основном с ограничением возможностей реализации широкого спектра факторов социализирующего воздействия на детей - инвалидов с данной патологией.

#### Литература:

1. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций / [Текст] Л.С. Выготский. - М., 1967. - 236 с.
2. Газалиева А.М. Комплексная реабилитация больных с гемипаретической формой детского церебрального паралича [Текст] / А.М. Газалиева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2008. - № 1. - С.55-57.
3. Леонтьев, А.Н. Избранные психологические произведения в 2-х тт. [Текст] / А.Н. Леонтьев. - М.: Педагогика, 1983. - т. 1.- 473 с.

4. Steinhausen, H.C. Psychische Störungen bei Behinderungen und chronischen Kran InH. Remschmidt & M. H. Schmidt (Hrsg.), Kinder- und jugendpsychiatrie in Klinik (Bd. III: Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen). - 1984.-S. 322-348.

## ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ НА РАЗВИТИЕ МОРАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Филатова М.Л.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Моральное сознание - сложный социально-психологический и культурный феномен, выполняющий функции оценки окружающего мира, а также самооценки. Первичными элементами морального сознания являются нравственные чувства и эмоции.

Особую сферу морального сознания образуют потребности и установки. Нравственность - это сфера экзистенциальных, духовных потребностей (потребность в сочувствии, в поддержке, в уважении, в самоуважении, в смысле жизни).

Важнейшими элементами морального сознания являются ценности: понятия добра и зла, счастья, справедливости, смысла жизни. Ценности составляют реальные цели и прокламируемые мотивы человеческого поведения. Ценности формируются культурой и составляют экзистенциальные потребности личности, некоторые идеальные цели, придающие жизни культурное значение и нравственный смысл.

Классическая структура морального сознания зародилась еще в древности и состоит из трех элементов: нравственное сознание как таковое (ценности, убеждения, мотивы), деятельность и отношения, связывающие их.

Существует множество психологических теорий морального сознания. В своих работах проблемам морали уделяли внимание зарубежные и отечественные исследователи, представители психодинамического направления, бихевиоризма, когнитивного и деятельностного подходов.

В рамках психодинамического направления лежат идеи таких ученых, как З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг и др. Основное ограничение психодинамического подхода в том, что он сводит моральное развитие к процессу адаптации врожденных влечений к требованиям общества, к преодолению биологически обусловленных инстинктов и оставляет мало возможностей для нравственного совершенствования личности, предполагая, что основные черты человека, сложившиеся в детстве, остаются неизменными в зрелости. Однако несомненным достоинством подхода является анализ мотивационных процессов морального развития, обозначение внутренних факторов, влияющих на нравственное становление личности.

Представители бихевиорального подхода (Э. Торндайк, А. Бандура, Б. Скиннер и др.) замыкают процесс морального развития личности на внешнем аспекте, на присвоении образцов, подражании и системе поощрений и

наказаний. Нравственность сводится к просоциальному поведению; существуют механизмы влияния социального окружения на моральное развитие ребенка (имитация, идентификация).

Когнитивный подход (Ж. Пиаже, Л. Колберг, Д. Кребс, Н. Айзенберг) описывает моральное развитие как динамический, поступательный процесс. В них моральное развитие соотносится с общим направлением когнитивного созревания, и в этой системе координат представляется описание стадий моральных суждений.

Деятельностный подход к моральному сознанию, разработанный отечественными учеными, берет свое начало в концепции развития высших психических функций Л.С. Выготского. (2) Моральное развитие как формирование нормативной саморегуляции представлено в работах С.Г. Якобсон. Она рассматривает моральное развитие как форму нормативной регуляции, где человек совмещает в себе функции объекта и субъекта регуляции, при этом объектом моральной регуляции является актуальное поведение самого субъекта. По мнению С.Г. Якобсон (6), моральный выбор поведения является выбором самооценок. Ограничения подхода состоят в том, что изменения самооценки не оказывают прямого влияния на весь спектр морального развития (моральное сознание, моральные переживания, моральное поведение).

Как показывают исследования, просоциальное поведение берет свое начало в дошкольном детстве и может быть обнаружено у детей уже в раннем возрасте. Исследование моральных суждений и представлений позволило Ж. Пиаже выделить две стадии развития морали. Первая стадия - автономная мораль. На этой стадии ребенок считает, что все требования справедливы, за их нарушение следует нести наказание, причем важен сам факт нарушения, а испытываемые при этом чувства и условия происходящего не учитываются. Вторая стадия - гетерономная мораль. Ребенок вступает в равноправные отношения, где приобретает значение субъективной ответственности, т.е. учитываются намерения. Отношения между ребенком и взрослым носят обоюдный кооперативный характер.

Л. Колберг (4) выделяет три уровня в моральном развитии человека, каждому из которых соответствуют две стадии морального развития: преконвенциональный уровень (4-10 лет) - поступки определяются внешними обстоятельствами, и точка зрения других людей в расчет не принимается; конвенциональный уровень (10-13 лет) - человек придерживается условной положительной роли, заданной социумом, ориентируясь при этом на принципы других людей; постконвенциональный уровень (с 13 лет) - время достижения истинной нравственности, когда поведение регулируется высшими моральными принципами. Именно на этом уровне человек судит о поведении, исходя из своих собственных критериев, что предполагает и высокий уровень рассудочной деятельности. Данный уровень считается зрелым потому, что моральные принципы выбираются самостоятельно и не зависят от социального одобрения или неодобрения.

Решающее значение для формирования нравственного сознания в дошкольном возрасте играет появление произвольного поведения, соподчинения мотивов. Именно с этими изменениями в мотивационной сфере ребенка связывают начало становления его личности.

Мотивы приобретают разную силу и значимость, разнообразные интересы приобретают относительную устойчивость. Вследствие этого начинает складываться индивидуальная мотивационная сфера дошкольника.

В дошкольном возрасте у детей появляются новые мотивы: достижения успеха, соперничества, избегания неудачи. Равнодушие младших дошкольников к удачам и неудачам сменяется у средних дошкольников переживанием успеха и неуспеха (успех вызывает усиление мотива, а неуспех – уменьшение его). У старших дошкольников стимулом может выступать и неуспех. (3)

Наиболее сильным мотиватором в этом возрасте является поощрение, получение награды, более слабым – наказание. Еще слабее действует собственное обещание ребенка, что свидетельствует о неустойчивости его мотивационных установок. Самым слабым внешним воздействием на принимаемые ребенком решения обладает прямое запрещение каких-то его действий, не усиленное другими дополнительными мотиваторами. (1)

В процессе игры со сверстниками дошкольники учатся подчинять свое поведение определенным правилам, вступающим в противоречие с их мимолетными желаниями.

Сдерживанию непосредственных побуждений ребенка способствует присутствие взрослого или других детей. В старшем дошкольном возрасте ребенок уже начинает сдерживаться при воображаемом контроле других: образ другого человека помогает ему регулировать свое поведение вследствие предвидения осуждения, наказания.

Если у младших и средних дошкольников «внутренний фильтр» используется детьми в процессе мотивации лишь в некоторых случаях, то в преддошкольном возрасте он начинает принимать активное участие в процессе принятия решения, что связано с развитием не только нравственной, но и волевой сфер личности. К шести годам у детей отчетливо проявляется способность ставить себя на место другого человека (идентификация) и видеть вещи с его позиции, учитывать не только свои желания. Появляется чувство долга, регулирующее поведение ребенка в простых ситуациях. (3)

К концу дошкольного возраста ребенок начинает оценивать себя с точки зрения усвоенных правил и норм поведения уже постоянно, а не от случая к случаю. Обогащение представлений о самом себе ведет к появлению потребности в уважении, во взаимопонимании с окружающими, в их сопереживании.

Дошкольник начинает усваивать этические нормы, принятые в обществе. Он учится оценивать поступки с точки зрения норм морали, подчинять свое поведение этим нормам, у него появляются этические переживания.

Формирование у ребенка мотива «так надо» говорит о том, что в его сознании проявляется общезначимый характер моральных требований. Старшие дошкольники становятся способны выполнять непривлекательную деятельность, руководствуясь лишь моральными убеждениями. Появление собственно моральной мотивации в старшем дошкольном возрасте подтверждается и тем, что наблюдаются самостоятельные проявления чувства стыда. (1)

Деятельностью, в рамках которой формируются все составляющие морального развития, является игра. Игра представляет собой наиболее эффективное средство формирования общественных качеств и социальных норм у дошкольников.

Игровое действие, будучи направленным на другого, содержит в себе нравственный смысл, а сюжет игры в наибольшей степени отражает взаимоотношения людей и нравственные аспекты этих взаимоотношений. Игровые традиции содержат в себе нравственные нормы и регуляторы поведения. В игре ребенку задается общественно выработанный язык чувств, названия эмоций и их описание, характеристики экспрессии. В ней предусмотрены ритуалы примирения и поощрения, законы сотрудничества и моральные императивы. Игровая роль выступает одновременно и как образец нравственного поведения, выполняющий ориентировочную функцию, и как эталон поведения, выполняющий функцию контроля. Отношения между детьми в рамках принятых ролей моделируют нравственное поведение, а отношения по поводу игры способствуют интериоризации нравственных отношений.

Усвоение этических норм и социализация нравственного поведения ребенка протекают быстрее и легче при определенных отношениях в семье. У ребенка должна быть тесная эмоциональная связь, по крайней мере, с одним из родителей. Дети охотнее подражают заботливым родителям, чем безразличным. Кроме того, они принимают стиль поведения и установки взрослых, часто общаясь и включаясь в общую с ними деятельность. В общении с любящими их родителями они получают не только положительные или отрицательные эмоциональные реакции на свои поступки, но и объяснения, почему одни действия следует считать хорошими, а другие плохими. Все это приводит к более раннему осознанию этических норм поведения.

Таким образом, развитие морального сознания детей дошкольного возраста зависит от развития их мотивационной сферы. С развитием мотивации у детей появляется возможность «саморегулирования» поведения и усвоение, «интериоризация» культурных, нравственных и моральных норм, принятых в том обществе, в котором живет ребенок.

#### Литература:

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Под редакцией Д.И. Фельдштейна/ 2-е изд. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 352 с.



2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т.3 Проблемы развития психики/ Под ред. А.М. Матюшкина – М.: «Педагогика», 1983. – 368 с.
3. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. – СПб.: «Питер», 2002. – 512 с.
4. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М.: «Российское педагогическое агентство», 1996. – 374 с.
5. Пиаже Ж. Психология интеллекта. – СПб.: «Питер», 2003. – 192 с.
6. Якобсон С.Г. Психологические проблемы этического развития детей/ С.Г. Якобсон – М.: «Педагогика», 1984. – 144 с.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

*Хватова М.В*

Тамбовский государственный университет имени Г.Р.Державина, г.Тамбов,  
Россия

Проблема здоровья человека всегда привлекала внимание не только как личная ценность, но и как социально-психологическая и социально-экономическая проблема. В настоящее время политика достижения здоровья носит глобальный характер. Мировое сообщество выдвинуло идею и стратегию достижения в XXI веке «Здоровья для всех». Поддерживая данную стратегическую цель ВОЗ, в России была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации», где проблема охраны здоровья здоровых рассматривается как фактор национальной безопасности. Одним из проблемных аспектов, отраженных в рамках концепции, является методология поиска резервов. Смысл концепции здоровья здорового человека в этом ключе состоит в том, что прежний курс на фиксацию перехода здорового в больного необходимо сменить на контроль запаса резервов здоровья. Субъектом становится не больной, а здоровый человек. Контроль за здоровьем предусматривает не поиск скрытых симптомов болезни, а оценку резервов и функциональных возможностей индивидуума к тем нагрузкам и условиям, в которых он живет, учится или работает. Конечная цель – повысить вероятность реализации человеком потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни.

Идея здорового человека все более четко отражается в трудах современных философов и ученых. Так, философия здоровья пытается решить проблему здоровья человека, предлагая по-новому посмотреть на сам феномен здоровья. В современной феноменологической философии (Д. Ледер, М. Мерло-Понти) было замечено, что выразить и передать исходный опыт, ощущение здоровья бывает довольно трудно. Б.Г. Юдин определяет здоровье человека как меру его возможностей [10, с.70]. Подходя феноменологически, можно заключить, что опыт переживания здоровья дан нам не изначально, а лишь вторично. Ближайшим (с феноменологической точки зрения) шагом в развитии представлений об этом предмете будет осознание того, что болезнь –

это не только боль, это еще и ограничение моих возможностей сделать что-то. Соответственно, восстановление этих возможностей будет осознаться как восстановление здоровья и следовательно здоровье определяется не только сугубо негативно, как отсутствие болезни, но и вполне позитивно.

Маркин В.Н. отмечает, что в механизме функционирования и развития социума меняется статус человека. На место природного индивида (физическая сила, выносливость), общественного индивида (социальность, исполнительность) приходит Личность как авторская личность (человеческий капитал, человеческие ресурсы). Далее автор замечает, что постиндустриальное общество при всех других характеристиках (правовое, открытое, информационное и т. д.) это, прежде всего, общество акмеологического развития человека, стремящегося к вершине своей творческой деятельности. ... Это стремление принять вызов времени (жизни, судьбы), устремленность вперед через свой выбор и ответственность, т.е. через свой жизненный путь [3]. Здоровье в этом случае может рассматриваться как форма самоорганизации и условие самореализации личности.

Теоретический анализ научной философской и психологической литературы показал, что психологическое здоровье личности не сразу обрели необходимую четкость в понимании сущности этой проблемы. В ее определении эклектически соединились по крайней мере три самостоятельных области научного поиска: психологическая обусловленность здоровья, психология здорового индивида и характеристика психологического здоровья.

По нашему мнению исследование психологического здоровья следует дифференцировать среди близких, но иных направлений изучения психологических особенностей соматически здоровой личности (О.Е. Баксанский, В.М. Розин, Б.Г.Юдин и др.), психологических источников разных видов соматической патологии (Ф. Александер, В.Е. Каган, Б.Д. Карвасарский, В.В. Николаева, Т.В. Рогачева, М.В. Струковская, В.Д. Тополянский и др.), психологических аспектов валеологии (И.И. Брехман, Э.Н. Вайнер, Д.Н. Давиденко, В.П. Казначеев, В.П. Петленко и др.), психологических процессов и состояний человека в период болезни (О.В. Андрианов, И.Б. Бовина, Б.И. Поляков, С.Б. Шахсуварян, V.L. Banyard, V.J. Edwards, S. Hansen, K.A. Kendall-Tackett, и др.), психологии восприятия человеком собственного терминального состояния (Н.С. Данилов, В.Н. Катасонов, П.Д. Тищенко, А.Н. Умрихин, Y. Neria, S. Galea, F.H. Norris и др.), а также психологических условий преодоления зависимостей химического и нехимического типа (И.Н. Гурвич, А.Ю. Егоров, В.Ю. Завьялов, В.Д. Менделевич, I. Marks и др.).

Следует заметить, что при значительном количестве исследований проблемы психологических источников здоровья и психологического здоровья личности, она пока еще остается недостаточно решенной. Так, недостаточно определенными пока еще остаются базисные понятия психологического здоровья, его факторы и критерии.

Исследование психологического здоровья по нашему мнению представляет собой, прежде всего, изучение здоровой личности, тесно

интегрированной, успешно взаимодействующей и гармонично существующей как с самой собой, так и социумом.

Мы разделяем понятия психическое здоровье и психологическое здоровье. Основанием для этого явились следующие предпосылки, обнаруженные в трудах отечественных психологов. Анализируя тенденции современного общества, Б.С. Братусь заметил, что для все большего числа людей становится характерным диагноз: «психически здоров, но личностно болен» [1]. И.В. Дубровина отмечает следующую разницу между этими понятиями применительно к здоровью: «психическое здоровье, по сути, имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам; психологическое здоровье характеризует личность в целом, находится в непосредственной связи с проявлением человеческого духа» [4]. По мнению В.И. Слободчикова, данный теоретический ход осуществлен в духе традиций отечественной психологии [5]. Так, еще А.Н. Леонтьев указывал на необходимость разделения представлений о личности и о «психическом», говоря о «личностном» как об особом «измерении» [2].

Изучая контекст различий психического и психологического здоровья, следует отметить, что для психического здоровья норма – это отсутствие патологии, симптомов, которые мешают адекватной адаптации человека в обществе, следовательно, альтернативой норме в случае психического нездоровья является болезнь. В отношении психологического здоровья все обстоит иначе, поскольку для определения нормы психологического здоровья руководствуются его критериями, которые в настоящее время в различных исследованиях варьируют. Вместе с тем, можно отметить, что альтернатива норме (психологическое нездоровье) – отсутствие возможности в саморазвитии, самореализации, самоактуализации. Можно считать, что психическое здоровье создает основу для психологического здоровья как более высокого его уровня.

Проведенный анализ источников литературы и философское осмысление категории здоровья позволяют нам рассматривать психологическое здоровье как *совокупность личностных образований, которые позволяют успешно функционировать в осложненных условиях, сохраняя свой социально-личностный статус, реализуя собственный личностный потенциал, регулируя и самоограничивая свои нужды и потребности, гармонично взаимодействия и автономно существуя в социуме, адаптируясь к своему окружению и интегрируясь с ним, утверждая собственные идеалы при помощи конструктивных стратегий утверждения лично и социально значимых ценностей в системе значимых отношений, сферах деятельности и катаклизмах материального мира на пути к индивидуально-субъективному акме своего психологического статуса* [6, 9].

Согласно данному выше определению психологическое здоровье является необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе жизнедеятельности; адекватного выполнения человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей и обеспечивает возможность непрерывного развития в течение всей его жизни.

Психологическое здоровье можно рассматривать с позиции *инвариантной типологии* [7, 9] и *вариативных составляющих* [8, 9]. Инвариант как качественная категория представляет собой сущностную характеристику психологически здоровой личности. Инвариант психологического здоровья есть тот неизменный состав личностных свойств, который обеспечивает продуктивное функционирование личности в окружающей среде с сохранением ее социального статуса и индивидуальной автономии. Наши исследования дают основание утверждать, что *инвариантом психологического здоровья личности* можно считать объективно наблюдаемые показатели психологического здоровья: продуктивность, социальность и самоактуализацию личностного бытия, без чего ни самореализация личности, ни удовлетворение высших потребностей, ни личностный рост становятся невозможными. Продуктивность, социальность и самоактуализация представляют собой не только показатели психологического здоровья личности, но и его ресурс, поскольку в продуктивной деятельности, социальном взаимодействии и независимом существовании личность черпает запасы своей устойчивости, активности и развития. *Критериями инварианта* психологического здоровья личности являются устойчивость, повторяемость, обобщенность, стабильность и сопротивляемость вариативным колебаниям. Можно сказать, что психологически здоровая личность – это обобщенный инвариантный образ, позволяющий опознать психологически здорового индивида и отличить его от личности с психологическими проблемами.

Соотношение *инвариант – вариант* представляет собой диалектически взаимосвязанные стороны объективной реальности – устойчивость и изменчивость. Если инвариантность предполагает константное в изменяющемся, то вариативность означает колебания в определенных пределах от минимально допустимых до максимально возможных показателей. Нами были выделены вариативные компоненты психологического здоровья личности, которые достаточно симметрично распределяются внутри его инвариантной структуры следующим образом: *притязания, масштабность, достижения, самооценка, развитие* (инвариант социальность); *адаптация, иммунитет, ценности, отношения, реактивность* (инвариант продуктивность); *произвольность, надситуативность, смыслы, рефлексия, критичность* (инвариант самоактуализация).

Спецификой показателей вариативности психологического здоровья личности является их «срединный» статус, в соответствии с которым как минимум, так и максимум проявлений является нежелательным, в то время как средний уровень функционирования оказывается оптимальным для вывода о психологическом здоровье личности. Такое стремление вариативности к умеренности отличается от инвариантности, для которой нет предела верхних показателей. Например, продуктивность, социальность и самоактуализация (самодостаточность) личностного бытия могут быть сколь угодно высоко выражены и это будет свидетельствовать о надежном ресурсе психологического здоровья личности, реализующей себя в продуктивной деятельности, успешно социализирующейся в окружающей среде и демонстрирующей высокую степень

защищенности в осложненных обстоятельствах. В отличие от инварианта, вариативные компоненты психологического здоровья личности могут быть расценены как признаки личностной патологии в случае их чрезмерно высокого или слишком низкого развития.

Таким образом, нами выведено определение психологического здоровья, рассмотрен инвариантно-вариативный состав психологического здоровья личности. Инвариант психологического здоровья – это неизменное, обобщенное и воспроизводимое представление об изучаемом личностном феномене, облегчающем его распознавание, наделяющем его типичными признаками. Инвариантом психологического здоровья личности можно считать *продуктивность, социальность и самоактуализацию* личностного бытия. Вариативный состав показателей психологического здоровья симметрично распределен внутри инвариантного и включает притязания, масштабность, достижения, самооценка, развитие (инвариант продуктивность); адаптация, иммунитет, ценности, отношения, реактивность (инвариант социальность); произвольность, надситуативность, смыслы, рефлексия, критичность (инвариант самоактуализация). Выделены и раскрыты критерии для измерения психологического здоровья; показано, что вариативные признаки имеют тенденцию к средним значениям, в то время как инвариантные находятся в прямой зависимости и не имеют предела верхних показателей.

В целом, следует заметить, что здоровье в XXI в. осмысливается не как сугубо биологическое качество жизни, а как нечто иное, связанное не только с биологией и физиологией, но, прежде всего, с социальными, психологическими и культурными аспектами. Философия здоровья человека сводится, по сути, к тому, чтобы обеспечить ему осмысленную, интересную и общественно полезную жизнедеятельность.

#### Литература:

1. Братусь Б.С. Русская, советская, российская психология. М.: Флинта, 2000. 88 с.
2. Леонтьев А.Н. Избранные психологические труды: В 2 т. М.: Педагогика, 1983. Т.1. 392 с.
3. Маркин В.Н. Акмеологический принцип развития и самоорганизации человека как парадигма развития социума//Мир психологии № 4 2011. С.54-62
4. Практическая психология образования: Учеб. пособие. 4–е изд. / Под ред. И.В.Дубровиной. СПб.: Питер, 2004. 592 с. И.В. Дубровина [386
5. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91-105.
6. Хватова М.В. Акмеологические ресурсы психологического здоровья: история и теория проблемы: Моногр. / М-во обр. и науки РФ, ГОУ ВПО ТГУ им. Г.Р.Державина. Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2010. 164 с.

7. Хватова М.В. Инварианты акмеологических ресурсов психологического здоровья молодежи // Социально-экономические явления и процессы. 2011. №9. С. 323-324.

8. Хватова М.В. Вариативный состав акмеологических ресурсов психологического здоровья молодежи // Социально-экономические явления и процессы. 2011. №10. С. 289-301.

9. Хватова М.В. Онтология акмеологических ресурсов психологического здоровья: Моногр. / М-во обр. и науки РФ, ФГБОУ ВПО ТГУ им. Г.Р. Державина. Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2011. 179 с.

10. Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. / Ин-т философии РАН М., 2001. С. 62– 87.

## ЗАМЕТКИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ СТУДЕНТА-ПЕРВОКУРСНИКА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Худяков А.В., Сидорова О.С., Салов С.А., Урсу А.В.*

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново, Россия

На протяжении ряда лет нами проводились научные исследования, посвященные изучению психологического благополучия студентов медицинского вуза [1, 211; 2, 301; 3, 280; 4, 269; 5, 207]. Исследования показали, что наиболее благополучными в психологическом плане являются студенты 4 курса, поскольку они успели достаточно адаптироваться к условиям вуза, но перед ними еще не возникли проблемы самостоятельной профессиональной деятельности.

Со времени проведения исследования прошло более 7 лет. В связи с этим мониторинг ситуации требует проведения нового исследования с постановкой новых задач. Важнейшей из них являлась оценка роли сотрудников медицинской академии в решении жизненных задач, стоящих перед студентами.

Для исследования использовалась специально разработанная анонимная анкета, в которой были отражены пол, возраст, мотивы поступления в медицинский вуз, условия проживания, количество попыток поступления, а также значимость определенных жизненных ценностей (получение профессиональных знаний, взаимопонимание с преподавателем, взаимопонимание со студентами, хорошее проведение досуга, повышение культурного уровня, улучшение личного здоровья, взрослая, самостоятельная жизнь, материально-бытовое благополучие) и роль сотрудников вуза в достижении каждой из этих ценностей. Дополнительно использовался опросник «Уровень невротизации и психопатизации».

Всего было опрошено 136 студентов первого курса (средний возраст 18 лет) медицинского вуза в том числе 31,6% мужского пола и 68,4% женского, что примерно соответствует гендерному соотношению в общем числе первокурсников. 66 опрошенных были протестированы по методике УНП. 50,7% респондентов учились на платной основе, 49,3% на бюджетной. В общем числе поступивших на первый курс соотношение было с некоторым

перевесом обучающихся на бюджетной основе – 62,2% против 47,8%. В связи с этим все характеристики рассматривались с учетом формы обучения. В тех случаях, когда различия были статистически достоверны, они оговариваются особо.

Большинство студентов поступили в вуз с первой попытки – 90,4%, со второй попытки – 7,4%, с третьей – 2,2%. Подавали документы на поступление в другие вузы 36% опрошенных.

В результате проведенного исследования было определено, что основной мотивацией выбора вуза у студентов первого курса ИГМА являлось осознанное стремление к профессии – 81,6% от общего числа опрошенных, другие мотивы встречались значительно реже: случайный выбор – 7,4%, семейная традиция – 5,1%, влияние знакомых – 3,7%, материальные соображения – 2,2%. Показательно, что по мере увеличения числа попыток увеличивается роль осознанного стремления к профессии и у тех, кто поступил с третьей попытки, этот фактор составляет 100%.

Значимость жизненных ценностей определялась по десятибалльной шкале, где 10 баллов – максимальная значимость, а 0 баллов – отсутствие значимости. При оценке ответственности за достижение этих ценностей также исходили из 10 баллов – абсолютная ответственность и 0 баллов – отсутствие ответственности.

Получение профессиональных знаний оказалось самой значимой целью обучения в вузе: в 10 баллов его оценили 80,9% студентов, в 8-9 баллов – 16,1%, в 5-7 баллов – 3,0%. При этом ответственность за получение знаний студенты в основном возлагали на сотрудников академии: 10 баллов – 58,1%, 8-9 баллов – 26,5%, 5-7 баллов – 12,5%, 0-4 балла – 2,9%

Взаимопонимание с преподавателями также имеют для студентов высокую значимость: 48,5% первокурсников дали им самую высокую оценку – 10 баллов, 31,6% оценили в 8-9 баллов, 13,3% – в 6-7 баллов и только 6,6% указали минимальные баллы – 4-5. Оценка ответственности преподавателей за взаимопонимание со студентами распределилась следующим образом: в 10 баллов ее оценивали 36% студентов, в 8-9 баллов – 41,2%, в 6-7 баллов – 16,2%, в 4-5 баллов – 6,6%.

Значимость взаимопонимания с другими студентами на 8-10 баллов оценили 80,9% первокурсников, в 5-7 баллов – 18,5%, 0-4 балла – 0,6%. Показательно, что и в этом случае студенты в значительной степени полагаются на сотрудников академии: их ответственность в 8-10 баллов оценили 62,5% опрошенных, в 5-7 баллов – 25,8%, 0-4 балла – 11,8%.

Хороший досуг значительно уступает по своей значимости другим ценностям – в 8-10 баллов оценили 55,8% студентов, в 5-7 баллов – 31,7%, в 0-4 балла – 12,5%. Почти половина первокурсников считают, что хороший досуг должны им обеспечить сотрудники академии: их ответственность за проведение хорошего досуга на уровне 8-10 баллов оценили 47,1% первокурсников, в 5-7 баллов – 30,2%, в 0-4 балла – 29%.

Значимость повышения своего культурного уровня в 8-10 баллов оценили 77,3%, в 5-7 баллов – 19,8%, в 0-4 баллов – 2,9%. Ответственность за

повышение культурного уровня в 8-10 баллов отводили сотрудникам академии 64,8% респондентов, в 5-7 баллов – 31,6%, в 0-4 балла – 3,6%.

Значимость улучшения личного здоровья в 8-10 баллов оценили 69,1% опрошенных первокурсников, в 5-7 баллов – 24,3%, в 0-4 балла – 6,6%. Ответственность за улучшение личного здоровья в 8-10 баллов отводили сотрудникам академии 47%, в 5-7 баллов – 33,8%, в 0-4 балла – 19,2%.

Значимость взрослой, самостоятельной жизни в 8-10 баллов оценили 65,5% опрошенных, в 5-7 баллов – 27,2%, в 0-4 балла – 7,3%. Ответственность за взрослую, самостоятельную жизнь в 8-10 баллов возложили на сотрудников академии 38,2%, в 5-7 баллов – 37,5%, в 0-4 балла – 24,3%.

Значимость материально-бытового благополучия в 8-10 баллов оценили 62,4% опрошенных первокурсников, в 5-7 баллов – 25,8%, в 0-4 балла – 11,8%. Ответственность за материально-бытовое благополучие в 8-10 баллов возложили на сотрудников академии 35,4% студентов, 5-7 баллов – 33%, 0-4 балла – 31,6%.

Студентам было предложено выбрать три главных качества преподавателя. Наиболее значимым качеством оказался профессионализм – его отметили 92,7% первокурсников, справедливость – 75,7%, доброжелательность – 61,8, культура общения – 19,9%, либеральное отношение к студентам – 19,1%, эрудиция – 16,2%, строгость по отношению к студентам – 8,8% (эту характеристику указали почти исключительно студенты обучающиеся на платной основе).

Свои планы на работу после окончания вуза студенты видят следующим образом: собираются работать в государственных учреждениях здравоохранения – 46,3%, врачами частной практики – 39,7%, научными исследованиями планируют заниматься 5,1% опрошенных, не определились с выбором – 4,4%.

Условия проживания характеризовались таким образом: снимают жильё 50,0% опрошенных (30,9% в группе на контрактной основе, 19,1% – на бюджетной), проживают с родителями 19,1%, в общежитии проживают 18,4% опрошенных первокурсников (13,2% в группе обучающейся на бюджетной основе и 5,2% – на контрактной), проживают с другими родственниками – 6,6%, в собственной квартире – 5,9%.

Результаты теста УНП показали следующее: высокий уровень невротизации зарегистрирован у 12,3% студентов, средний уровень – у 12,3%, низкий уровень – у 75,4%; высокий уровень психопатизации отмечен у 23,1% студентов, средний уровень – у 43%, низкий уровень – у 33,9%.

Выводы. Наиболее важными целями обучения в медицинской академии студенты считают получение профессиональных знаний, взаимопонимание с преподавателями и другими студентами, повышение своего культурного уровня. Несколько ниже студенты оценивают значимость улучшения личного здоровья, взрослой самостоятельной жизни и материально-бытового благополучия. Наименее значимым оказалось хорошее проведение досуга. Указанное распределение значимости жизненных ценностей оказалось достаточно реалистичным, однако вызывает озабоченность недостаточной



оценкой значимости личного здоровья. К сожалению, значительная часть студентов возлагает чрезмерную ответственность за реализацию своих жизненных целей на сотрудников медицинской академии. Идеальный образ преподавателя оказался достаточно ожидаем – это справедливый и доброжелательный профессионал. Половина первокурсников не планируют связать свою дальнейшую профессиональную работу с государственными учреждениями здравоохранения, что является следствием низкой материальной оценки труда медицинских работников. Данные теста УНП свидетельствуют о том, что, по крайней мере, каждый пятый студент первого курса медицинской академии нуждается в психологической помощи.

#### Литература:

1. Худяков А.В., Калинин Р.В. Об аддиктивном поведении студентов-медиков / Наркозависимость и медико-социальные последствия: стратегии профилактики и терапии: Сб. материалов международной конф. – Казань.- 2003. – С. 211-212
2. Худяков А.В., Бурджалиева А.Д. Личностные особенности студентов медицинского вуза и проблемы адаптации / Социальная психология XXI столетия.- Т.2/ Под. Ред. Козлова В.В. – Ярославль.- 2003.- С.301-306.
3. Худяков А.В., Бурджалиева А.Д. О психологической адаптации студентов медицинского вуза (сообщение второе) / Психопрофилактика, психогигиена и психотерапия в становлении психологической службы России: Мат-лы всеросс. науч.-практ. конф. – Ч. II.- Воронеж: ВГПУ.- 2003.- С. 280-282.
4. Худяков А.В., Бурджалиева А.Д. Учебная успеваемость студентов и их психологическое благополучие / Журнал для психологов. – Вып. 2: Вестник интегративной психологии. – Ярославль-М. – 2004. – С. 269-271.
5. Худяков А.В., Бурджалиева А.Д. Сравнительный анализ психологических особенностей студентов медицинского и технического вузов / Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тезисы докладов. – Чебоксары. – 2005. – С. 207-209.

### НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ – МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ

*Цветков А.В.*

Московский психолого-социальный университет, г. Москва, Россия

Ведущая задача практической психологии образования – поддержка дифференцированного, вариативного обучения, адекватного возможностям каждого ребенка. Несмотря на значительное число методов в распоряжении психологов образования, с опорой как на качественную, так и на количественную интерпретацию данных, актуальной остается проблема

сопоставления данных, полученных на разных возрастных группах, сочетание диагностических возможностей метода с его компактностью и ориентацией на развитие, а не констатацию и т.д.

В течение последних 10-15 лет в практику работы со школьниками активно внедряется нейропсихологическая диагностика (см., например, Цветкова Л.С. [3]; Корсакова Н.К. с соавт. [1]; Семенович А.В. [2] и др.). Основными недостатками нейропсихологических методов являются значительные затраты времени на обследование ребенка и подготовку заключения, материальные затраты – на обучение специалистов пользованию этим инструментарием. Кроме того, по результатам проведенной диагностики не всегда можно провести адекватные формирующие или коррекционно-развивающие занятия: в каких-то случаях для них не разработаны методы, в каких-то требуется дополнительное обучение специалистов (педагогов, школьных психологов), но самая частая проблема – необходимость изыскания временного ресурса, и для диагностики, и для коррекции (особенно если речь идет об индивидуальных занятиях).

Следовательно, необходимым представляется создание экспресс-методики, позволяющей проводить фронтальное обследование школьников, обладающей достаточно высокой дискриминативностью и сопоставимой с нейропсихологическими методами по теоретическому базису для выявления детей, нуждающихся в развернутом индивидуальном обследовании и пригодной для дальнейшей разработки развивающих методов.

В результате апробации на разных возрастных группах (учащиеся 1х-7х классов общеобразовательной школы, взрослые) широкого круга методов в качестве таковой экспресс-методики нами отобраны следующие пробы: 1. образный ассоциативный тест, выполняемый на бланках формата А4, разделенных на 8 равных квадратов, с инструкцией подписывать нарисованное, 2. проба «Эталоны» (модификация исследования воображения в методике нейропсихологического обследования детей Л.С. Цветковой [3]) – нарисовать и назвать как можно больше предметов, содержащих части определенной формы (круг, квадрат, треугольник). Выполняется на бланках формата А4, разделенных на три части, в верхнем левом углу каждой из которых изображен эталон геометрической фигуры. На выполнение обеих рисуночных проб отводится 3 минуты. 3. Вербальный ассоциативный тест – ненаправленный (любые слова, кроме имен и названий городов, улиц); существительные; глаголы; фрукты. На каждую серию отводится 1,5 минуты.

При обработке материала по ненаправленным образным ассоциациям проводится семантический анализ (учитываются смысловая близость рисунков и взаимное расположение на листе), на основе которого вычисляется коэффициент семантизации (отношение числа предметов, входящих в семантические группы к общему числу предметов, умноженное на 100%) и средний размер групп; «Эталоны», с учетом общего признака (формы) изображенных предметов, семантическому анализу не подвергаются.

Будучи достаточно простой на первый взгляд, эта методика позволяет обеспечить многоуровневое взаимодействие 1) педагога, 2) школьного психолога, 3) дефектолога. Не является секретом, что школьный психолог, с одной стороны, часто оказывается в конкурентных или конфликтных взаимоотношениях с педагогическим коллективом, что обусловлено рядом причин, в том числе – его ролью посредника в конфликтах детей и учителей, отсутствием оценочных суждений в его общении с детьми (т.е. это общение более доверительное) и т.д. С другой стороны, школьный психолог часто оказывается конкурентом дефектолога, поскольку тот обладает и использует диагностический аппарат «высокого разрешения», ориентированный на конкретные познавательные и речевые функции, а также обладает и набором методов их коррекции, что вызывает вопрос – а нужен ли детский (школьный) психолог вообще? С третьей стороны, неподготовленному педагогу, а тем более родителю трудно понять психолога даже чисто на терминологическом уровне, как следствие – трудно понять необходимость в таком специалисте. Это не говоря уже о проблеме доступности психологической помощи вне рамок школы.

Для разрешения этой проблемы взаимного непонимания нами предлагается следующая модель общения педагог – школьный психолог – дефектолог. На первом этапе «планово» или по запросу педагогического коллектива (в случае, если трудности обучения и педагогического общения касаются группы детей – «трудный класс») школьным психологом проводится фронтальное обследование по описанной методике, занимающее не более 15 минут. При обработке собранного материала выделяются дети, предположительно испытывающие трудности в психическом развитии (у них снижены качественные и количественные показатели ассоциаций). Затем во время беседы с психологом учитель заполняет опросник, включающий следующие шкалы 7-балльной оценки: общий уровень развития в сравнении со сверстниками; уровень развития речи (словарный запас, речевая активность, грамматическое оформление высказываний); степень владения своим поведением (организованность, дисциплинированность); познавательная активность; широта сферы интересов (учебных, жизненных). В свою очередь психолог для родителей и учителей может подготовить краткую характеристику развития речи и образной сферы ребенка и дать (для детей, демонстрирующих выраженные трудности психического развития или, напротив, выраженную одаренность) рекомендацию на консультацию к дефектологу.

От дефектолога в этом «триумvirате» требуется: а) знание нейропсихологических основ развития и распада психики, включая знания по диагностике и коррекции высших психических функций у детей; б) умение практически определять причины трудностей психического развития и обучения и проводить их коррекцию; в) уметь оказать помощь педагогам в разработке новых методов обучения счету, письму, чтению и другим школьным дисциплинам, вызывающим трудности в обучении; г) помогать в раскрытии потенциала одаренных детей за счет гармонизации их развития

методами формирующего обучения; д) вести просветительская работа с учителями и родителями. Последние две задачи общие для дефектолога и школьного психолога. Более того, психопросветительская и развивающая работа напрямую связаны с работой по развитию личности и профилактике школьных конфликтов, которую ведет школьный психолог.

Таким образом, все участники многоуровневого взаимодействия смогут участвовать в создании развивающей образовательной среды. Более того, наш опыт внедрения такой модели в ряде образовательных учреждений г. Москвы (Южный административный округ) показал, что проведение еженедельных 40-60 минутных «брифингов» с участием педагогов, психологов и дефектологов и разбор «сложных случаев», актуальных проблем (например: агрессия, дефицит внимания, пищевое поведение и т.д.) приводит не только к эффективному и достаточно быстрому решению проблемных ситуаций (а в ряде случаев – и к их профилактике), но и к сплочению педагогического коллектива, снятию «конкуренции за детей» у специалистов разного профиля.

#### Литература:

1. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. – М.: РПО, 2001.
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002. – 232 с.
3. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 4-е, исправленное и дополненное. – М., Педагогическое общество России, 2002. – 96с.

## ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В РАЗЛУЧЕННЫХ (ДИСТАНТНЫХ) СЕМЬЯХ

*Цыцарь А.Л.*

Бендерский политехнический филиал ГОУ «ПГУ им. Т.Г. Шевченко»,  
г. Бендеры, Приднестровье, Молдавия

За последние годы в Приднестровье произошли существенные изменения в социально-экономическом плане, сказавшиеся на все стороны жизни общества. Впоследствии одной из наиболее острых проблем современной республики является проблема миграции населения за границу: свыше 300тыс. граждан (по неофициальным данным) работают за границей.

Семья как ячейка общества особенно чувствительна ко всякого рода изменениям в обществе, поскольку их результаты напрямую отражаются на уровне её жизни, стабильности и воспитательных возможностях. Так в настоящее время мы имеем в наличии новый тип семьи – «временно разлученные» или «дистантные семьи», которые стали далеко не редкостью, а даже альтернативной формой семьи. Под временно разлученными семьями

понимают семьи в которых один или оба родителя за границей в течение длительного времени (более 6 месяцев).

Научным исследованием развития ребенка в разлученных семьях занимались такие ученые как С.Ciofu, M.IBuianov, Vuzducea, Mitrofan, которые рассматривали разлучение с родителями как серьезный фактор, травмирующий личность ребенка и сказывающийся впоследствии на личность ребенка и его интеграцию в обществе.

Дети из разлученных семей больше подвержены стрессу, трудностям в адаптации и нарушению поведения [5, 56].

Разлука с родителем предполагает стрессовое состояние ребенка, которое способствует развитию тревожности, невроза, агрессии. Степень переживания разлуки определяется интенсивностью контактов с родителем. Дети с тесной эмоциональной связью с родителями намного труднее переносят разлуку, чем дети с ограниченными контактами, холодными отношениями [2, 10].

Ученые говорят об индивидуальных различиях в переживании разлуки в зависимости от возраста, пола, коэффициента IQ, темперамента.

Вопрос о влиянии родителей на психическое развитие ребенка был рассмотрен ещё З.Фрейдом и впоследствии продолжен Э.Эриксоном, К.Юнгом, К. Хорни, Э.Фроммом, А.Адлером, Роджерсом. Все они утверждали о важности присутствия родителей на всех возрастных этапах и наличии теплых отношений и безусловной любви, недостаток которых впоследствии сказывается на поведении взрослой личности, её самоощущении и социализации в обществе (Фрейд,1991; Эриксон,1993; К.Юнг,1995; К.Хорни,1993; Э.Фромм,1991; Хьел, Зиглер,1997).

Несмотря на теоретические и практические разработки проблема влияния Дистантной семьи на личность подростка является до сих пор недостаточно изученной.

Исходя из вышесказанного, мы пришли к мысли о необходимости проведения работы, которая была бы направлена на изучение особенностей эмоционально-ценностного компонентов самосознания личности подростка из дистантных, временно разлученных семей.

Проблема исследования: Влияние миграции родителей на личность и ценностные ориентации детей подросткового возраста.

Гипотезы: Трудовая миграция родителей влияет на самосознание подростка.

Цель: Выявить последствия миграции родителей на самосознание детей подросткового возраста.

Психическое развитие ребенка в разлученных семьях предопределено самим явлением разлучения. В психологической литературе феномен разлучения родителей и детей на длительное время описывается как серьезная травма для личности ребенка с возможными дальнейшими последствиями, сказывающимися на психику ребенка и его интеграцию в обществе [5, 92].

М.И. Вулянов считает, что разлучение родителей и детей разрушает взаимосвязи «родитель-ребёнок» и оказывает влияние как на родителя, так и на ребёнка. При условии длительной разлуки этот процесс перерастает в социальную изоляцию.

Исследование феномена вынужденной разлуки показало, что полное лишение ребенка матери в период раннего детства или её частичное отсутствие приводит к одному из трёх необратимых последствий:

- агрессии;
- дебильности (умственная неполноценность, отсталость);
- инфантилизму (пассивность, замедление общих темпов развития);

В дальнейшем это приводит к отсутствию активности, жизненной инициативы. Атмосфера тепла, ласки, заботы необходима для нормального личностного и психологического здоровья.

Дефицит общения с матерью, прежде всего, сказывается на потерях эмоциональности. Не развитые вовремя способности к общению обуславливают позднее социальную инфантильность личности, неспособность гибко сочетать свою активность с активностью других людей. Позитивные, эмоциональные, ценностные переживания составляют тот материал, который восстанавливает психическую энергию человека. Между тем именно позитивные эмоциональные переживания стали дефицитом нашего времени. В настоящее время потребность в любви и дружбе оказывается неудовлетворенной. Потеря эмоциональности ослабевает психику, делает её уязвимой [1, 62].

Эмоциональные переживания и сама способность эмоционально переживать событие играют очень важную роль в переживании смысла всей жизни. Франкл отмечал утрату смысла жизни современным человеком. Однако, поставив этот вопрос глубоко и всесторонне он почти не раскрыл внутреннего, эмоционального механизма его утраты. Смысл жизни исчезает, прежде всего, потому, что перестают питать переживания, человек становится равнодушным, а его жизнь бессмысленной [3, 26].

Личность ребенка в процессе своего становления испытывает острую потребность в признании со стороны родителей, их оценке (как позитивной, так и отрицательной), в признании своего права быть субъектом и проявлять себя в качестве субъекта. При временном отсутствии родителей этот процесс в признании и оценке затруднен, это способствует отсутствию четких норм нравственного поведения, что толкает ребенка на путь конформизма, стремления угадать, что хочет, ожидает от них взрослый, сверстник. Таким образом, разлучение с родителями может способствовать эмоциональным нарушениям и конформному поведению [1, 37].

Дети из разлученных семей больше подвержены стрессу, трудностям в адаптации и нарушению поведения. Снижение уровня социальной адаптации выражается через:

- потерю социальной связи с родителями и школой;
- потерю интереса к труду, некоторым видам занятий;
- ухудшение психофизиологического состояния;

- злоупотребление алкоголем у юношей;
- суицидальные тенденции у подростков;

Последствия разрушительны:

- тревожность;
- депривация;
- неуверенность в себе;
- проблемы в школе;
- депрессия
- проблемы со сном;
- трудности в построении отношений;
- ощущение себя одиноким и изолированным; [5, 48].

Потеря самого близкого человека означает:

- потерю стабильной семейной обстановки;
- потерю контактов с другими членами семьи;
- потерю любви и поддержки родителя;
- потерю уверенности в завтрашнем дне;
- потерю тесных отношений с родителями; [6, 83].

Разлука с родителем предполагает стрессовое состояние ребенка, которое способствует развитию тревожности, невроза, агрессии. Конечно, не все дети в равной степени задеты разлукой с родителем, некоторые легко преодолевают стресс. Их устойчивость зависит от генетических и психосоциальных факторов. Таким образом, многие дети не проявляют аффективных и поведенческих нарушений, в то время как другие могут иметь психосоматические колебания и депрессивные состояния. Степень переживания разлуки определяется интенсивностью контактов с родителями. Дети с тесной эмоциональной связью с родителями намного труднее переносят разлуку, чем дети с ограниченными контактами, холодными отношениями [2, 47].

Существуют индивидуальные различия в переживании разлуки в зависимости от возраста, пола, коэффициента IQ, темперамента. Более интеллектуальные дети легче переносят стресс, чем дети менее интеллектуальные. Мальчики при кажущемся безразличии переживают отъезд сильнее, чем девочки, у них больше проявляются изменения деструктивного характера.

Возраст ребенка и длительность разлуки имеют большое значение в подсчете последствий:

- максимальная реакция отмечается в 2-3 года, после чего острота снижается. В этом возрасте ребенок реагирует следующим образом: он кричит, отказывается от приема пищи, демонстрирует негативизм;
- дошкольник (4-7 лет) воспринимает разлуку как покинутость и демонстрирует неуверенность, подозрительность, тревожность;
- младший школьник реагирует спокойнее при объяснении причин разлуки.

Первая реакция подростка на отъезд родителей за границу включает шок, страх, тревогу, неуверенность в будущем, неврозность, чувство вины,

необходимость привыкания к отсутствию родителей, обиду и грусть, злость и боль.

Возраст 18 лет считается естественным временем разлучения, отдаления от родителей, вызванный эмоциональной зрелостью и взрослостью ребенка. Чем старше ребёнок, тем менее болезненно, казалось бы, должен быть воспринят отъезд родителей. Но, несмотря на это исследования показывают, что дисфункции семьи задевают всех, начиная от дошкольника и заканчивая юношей.

Особо вредна разлука родителей с детьми в подростковом возрасте. Подростки эмоционально ещё дети у них по-прежнему сильна потребность, чтобы родители любили и принимали их такими, какие они есть, поддерживали их стремления и интересы

Мухина отмечает, что мальчики-подростки из неполных семей чувствуют себя некомфортно, ведь именно в этот период возникает острое чувство потребности в отце, ибо половая идентификация у подростков осуществляется в соотнесении себя с родителями своего пола. Кроме того, для подростков очень значима его общая социальная ситуация, которая формируется помимо прочего составом семьи. Наличие обоих родителей положительно представляет подростка в среде сверстников, а отсутствие отца даже временное ослабевает его социальную позицию.

В одnorодительской семье при отсутствии одного из родителей, второй старается совместить в своем лице обе роли, автоматически обедняя каждую, а зачастую практически лишая ребенка её полноценного выполнения, таким образом, ребенок остаётся своеобразным «сиротой» не имея ни одного полноценного родителя.

У детей из разлученных семей наблюдается дисгармония эмоционально-волевой сферы т. е преимущественно характера, причиной тому является отсутствие достаточного эмоционального тепла, полноценных отношений с ребенком, а следствием трудности в построении взаимоотношений с людьми, т. к каков характер такова и система отношений с другими людьми.

Mitrofanu D.Vuzducea представили реакцию на разлучение следующим образом:

1) Фаза шока: предполагает отрицание реального положения ситуации отъезда. Это состояние характеризуется как «стопорное», выступает как естественная защита в случае шока. Дети могут отрицать реальный факт отъезда и начинают вспоминать и радоваться воспоминаниям, рассматривать фотографии семьи, родителей, идут на любой компромисс только бы увидеть родителя, услышать его голос по телефону.

2) Фаза страдания и дезорганизации:

Представляет собой период, в котором ощущается потеря отношений с близкими людьми. Боль разлуки максимально ощущается и выражается в эмоциональном страдании, депрессии, суицидальных мыслях, нарушении сна, тревожности, чувстве вины, страхе, нарушениях в образе «Я».

3) Фаза восстановления:



Представляет собой переход от состояния интенсивной подавленности к грусти.

#### 4) Фаза принятия:

Дети принимают реальную ситуацию разлуки с родителями, пытаются привести в порядок себя, с небольшой поддержкой со стороны окружения в тот момент [6, 29].

Отмечается, что по достижению фазы принятия не наблюдается полного излечения души. Дети из данной категории:

- меньше общаются со сверстниками;
- выражают злость в открытом виде;
- постоянно переживают потерю;

Очень важно с кем остается ребенок. Разлука с матерью оценивается как очень сильный фактор на развитие ребенка, как и разрыв эмоциональной взаимосвязи между ребенком и матерью. Исследование Amato (1987) показало, что в сравнении с детьми из полных семей, те дети, которые живут только с папой чувствуют в некоторой степени меньшую родительскую поддержку. Отмечается, что папа наказывает и контролирует детей меньше. Такие дети более независимы и ответственны, но менее привязаны к дому и часто ругаются с братьями. Последствия «разрыва» отношений родитель-ребенок могут быть страшными. Дети часто находят спасение в алкоголе, наркотиках, в играх. Разлука с родителями делает их более агрессивными, но не уверенными в себе, они изолируются, уединяются и переживают от одиночества и скуки.

В семьях материально обеспеченных, где, по мнению Н. Белянковой дети не знают материнской ласки мы сталкиваемся с психической депривацией-состоянием, возникшем в результате неудовлетворения некоторых основных психических потребностей в достаточной мере и в течение длительного времени. Наиболее тяжелой для ребенка является депривация в семье. В качестве депривационной ситуации можно рассматривать отсутствие эмоционального контакта с матерью. Ребенку покупаются многие вещи, но ему не достает того, что за деньги не купишь - материнской любви. Окруженные завистью и недоброжелательством сверстников, одинокие в своей семье такие дети глубоко несчастны. Лишенные положительного опыта общения, положительного примера здоровой семьи, такие дети, вырастая чаще всего испытывают трудности в создании собственной полноценной семьи. В результате семейной депривации могут сформироваться 2 типа характеров:

-«энергетические вампиры», пытающиеся восполнить дефицит тепла в детстве за счет других людей. Они обычно тихи, упоры, преувеличенно вежливы, но в переходном возрасте такие мальчики теряют надежду завоевать привязанность матери, и их любовь к ней сменяется холодным отчуждением;

-истероидные личности, добивающиеся всего с помощью скандалов.

Эмоциональная депривация блокирует спонтанную реализацию базисных потребностей в присоединении, аффилиации, безопасности,

принятии и самопринятии. Низкая самооценка тесно связана с развитием у ребенка способности к аккомодации т. е к приспособительному поведению. Это выражается в следующих качествах: послушание, умение подстраиваться к другим людям, зависимость от взрослых в повседневной жизни, опрятность, бесконфликтное поведение со сверстниками.

Таким образом, на основании всего вышесказанного мы можем оценить всю серьезность ситуации разлуки родителей и детей. На первых этапах разлука рассматривается как ситуация психологической травмы, которая влияет на эмоциональное развитие ребенка, социальную адаптацию, уровень интеграции в обществе, нормативность поведения. Впоследствии внутренние переживания могут способствовать формированию негармоничной личности, испытывающей трудности в формировании собственной полноценной личности.

Литература:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. — М., 1991.
2. Буянов М.И. «Беседы о детской психиатрии» М., 1986.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: / Общ.ред. Л.Я. Гозмана. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.
4. Эриксон Э. Детство и общество. - СПб., 2000.
5. Ciofu, C., Interactiunea parinti-copii, Bucuresti, 1996.
6. Mitrofan, I., Buzducea D., Experienta pierderii si a durerii la copii, Editura polirom, Iasi, 2003.

## ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ СКЛОННЫХ К СУИЦИДУ

*Чевычелова М.Г.*

Управление Федеральной службы исполнения наказания по Курской области, г. Курск, Россия

В последние десятилетия прогностическая, предвосхищающая функция психики, связанная с построением модели потребного будущего человека, все более привлекает внимание психологов (О.Н. Арестова, И.А. Спиридонова и др.). Необходимо отметить, что данное направление развивается уже достаточно давно в отечественной психологии (Ф.Е. Василюк, Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, К. Левин).

Интерес исследователей к проблеме временной перспективы личности носит не только теоретический характер, но связан с очевидной зависимостью формирования и трансформации модели собственного будущего человека от микро- и макросоциальных условий конкретного исторического времени, в котором живет субъект. Временная перспектива представляет собой важный личностный конструкт, отражающий временной аспект жизни человека и имеющий многомерную структуру, включающую

определенное содержание и ряд динамических параметров: протяженность, направленность, когерентность (согласованность), эмоциональный фон и другие.

Подверженность параметров временной перспективы личности влиянию социальной ситуации жизни конкретного субъекта особенно обостряется в кризисных ситуациях, имеющих для человека субъективный, личностно значимый смысл.

Данное направление научно-практических изысканий очень важно для пенитенциарной психологии, т.к. изоляцию, которую переносит субъект во время содержания под стражей или отбывания наказания в учреждениях УИС, можно отнести к тем самым кризисным ситуациям или личностным кризисам. Не менее важно исследование и коррекция данных особенностей и для конкретного учреждения УИС – Следственного изолятора №1 г. Курска. Поскольку, в последнее время среди подозреваемых, обвиняемых, осужденных, содержащихся в учреждении все больше лиц, которые либо высказывают суицидальные намерения в связи с их заключением под стражу, либо уже имели ранее попытки суицида.

Объектом нашего исследования являются подозреваемые, обвиняемые, осужденные, склонные к суициду (высказывающие суицидальные намерения либо ранее совершавшие попытки суицида), содержащиеся в Следственном изоляторе №1 г. Курска.

Предмет исследования – особенности временной перспективы лиц, склонных к суициду.

Цель – выявление особенностей временной перспективы лиц, склонных к суициду.

Задачи:

1. выявление уровня толерантности к новым событиям, неопределенности;
2. выявление уровня развития компонентов самоактуализации, таких как гибкость личностных установок (поведения), компетентность во времени, сензитивность, спонтанность, синергия, контактность, креативность, познавательные потребности;

В современной научной литературе, касающейся понятий кризиса, кризисных состояний нет до сих пор общих положений, понятий, терминологии. "Кризис (от греч. crisis – решение, поворотный пункт) характеризует состояние, порожденное проблемой, которая встала перед индивидом, которой он не может избежать и которую он не может решить за короткое время и привычным способом" (Гримак Л.П.).

Направление отечественной психологии, такое как "психология жизненного пути" (Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн) рассматривает жизненный кризис как "событие жизненного пути", являющееся поворотным этапом, на котором принимаются важные решения на длительное время. Также такие поворотные моменты определяются различными исследователями как "кризисы" (Э. Эриксон, Д. Маттесон), "критические

ситуации" (Е.П. Крупник), "life change event" (С.К. Нартова-Бочавер), "тяжелые жизненные ситуации" (Л.И. Анциферова), "биографическое событие" (А.А. Кроник, Р.А. Ахмеров), "ситуация социальной нестабильности" (К.Н. Василевская), "стрессогенная ситуация" (Л.Пельцман), "переломная ситуация, экстремальная ситуация" (М.Ш. Магомед-Еминов), "невозможная ситуация" (К.Н. Артемова), "психотравмирующая ситуация" (Т.С. Кириленко), "критическое состояние бытия" (И.П. Маноха). Несмотря на использование различных дефиниций, авторы подразумевают в данных понятиях близкое смысловое содержание. Понимая критические ситуации как ситуации обострения противоречий развития в жизни человека, исследователи подчеркивают, что те пути, которые использует субъект для преодоления кризиса, в дальнейшем определяют его судьбу.

По мнению В.В. Нуркова и К.Н. Василевской они становятся кризисными потому, что представлены в жизни индивида на основе пяти факторов:

1) фактор вероятного прогнозирования – исходя из анализа своего прошлого опыта, человек оценивает вероятность наступления этого события как нулевую или минимальную;

2) витальный фактор, который выражается в субъективном ощущении невозможности жить, существовать в навязанной ситуации; человеку кажется, что он не перенесет этих условий, не сможет с ними смириться;

3) когнитивный фактор, то есть отсутствие необходимых знаний, умений и навыков для жизни в данной ситуации, невозможность применять существующие когнитивные схемы;

4) поведенческий фактор, то есть отсутствие сформированных моделей поведения;

5) экзистенциальный фактор или ощущение смыслопотери, "экзистенциального вакуума".

Изоляция, в том смысле, в каком она рассматривается в условиях пенитенциарной системы, затрагивает все 5 факторов, которые свидетельствуют о том, что ситуация является кризисной для человека, а значит влияет на его временную перспективу.

Согласно Василюку Ф.Е., переживание человеком негативной ситуации (кризиса) жизненного пути как сложноорганизованная деятельность субъекта протекает на разных уровнях функционирования психики и осуществляется посредством целого комплекса психологических механизмов, имеющих разную степень обобщенности и конкретизации.

По мнению К.А. Абульхановой-Славской, фактором неудачного переживания негативных ситуаций является такое изменение в смысловой сфере личности, в результате которого ситуация, лишённая когнитивной переработки и не включённая в процесс осмысления, отделяясь от смысловой структуры личности, диссоциируется, превращаясь в автономное образование. Однако если негативные ситуации не будут осмыслены с формированием ценностного отношения и включением их в более широкую

временную перспективу, результатом может явиться «фиксация» на данном событии (в нашем случае, это может быть фиксация на ситуации изоляции), что может привести к возникновению суицидальных тенденций.

Неэффективным механизмом переживания негативных ситуаций жизненного пути является механизм, обозначенный С.А. Кравцовой, как «разрыв смысловых связей. Наиболее оптимальный механизм переживания негативных ситуаций жизненного пути был определен как «переосмысление и образование новых ведущих смысловых связей». Деятельность данного механизма определяется ростом силы и количества связей между смысловыми образованиями, формированием новых ведущих смыслов, опосредованностью связей между элементами смысловой системы: настоящее определяет ведение прошлого и будущего; ориентация на цели с опорой на настоящее; ощущение целостности, непрерывности жизненного пути; интеграции жизненных ситуаций в единый временной контекст жизни; широкий круг значимых переживаний, высокий уровень адаптационных механизмов, преобладание активной личностной позиции, позитивное отношение к будущему, оптимизм.

Клинические исследования показывают связь временной перспективы личности с наличием различного рода психических расстройств, имеющих выраженную социогенную природу (депрессии, неврозы, алкоголизация, суицидальные тенденции). В группе суицидентов выявлено изменение временной перспективы личности по параметру согласованности прошлого, настоящего и будущего. При исследовании временной перспективы у людей, покушавшихся на самоубийство, получены данные, имеющие диагностическое значение. Искривления временной перспективы личности оказались тесно связанными с суицидальными представлениями, а негативные временные аттитюды значимо влияли на склонность к суициду и состояния беспокойства, выступая тем самым индикаторами потенциального суицида.

Значение данного направления исследований для пенитенциарной психологии трудно переоценить. Т.к., попадая в условия изоляции, человек переживает глубочайший кризис, который, в ситуации дополнительной психологической травматизации (несложившиеся взаимоотношения с сокамерниками, осложнение отношений с близкими родственниками, назначение судом длительного срока отбывания наказания и т.д.) может закончиться суицидом. Большая часть самоубийств совершается осужденными в первые дни и месяцы отбывания наказания, что объясняется объективными трудностями психологической адаптации к новым условиям жизни, необходимостью построения новых социальных связей, исполнению новых социальных ролей. Необходимо отметить, что чаще всего вышеуказанные трудности происходят с людьми, впервые привлеченными к уголовной ответственности. Они переживают изоляцию в СИЗО и колонии действительно как кризисную ситуацию, т.к. не имеют ни когнитивных представлений о жизни в таких условиях, ни соответствующих поведенческих паттернов. Чего нельзя сказать о ранее судимых лицах,

которые, попадая в учреждения пенитенциарной системы, имеют опыт жизни в данных условиях.

Нами было проведено исследование особенностей смысловой сферы лиц, покушавшихся на самоубийство либо высказывавших намерение его совершить. В исследовании приняли участие 27 человек, все испытуемые состоят на профилактическом учете по категории «склонный к самоубийству и членовредительству».

Нами были использованы следующие методики: «Толерантность к неопределенности» С. Баднера и «Самоактуализационный тест» (САТ). Тест С. Баднера включает в себя три шкалы: шкала новизны показывает толерантность к новым, незнакомым ситуациям и информации; шкала сложности показывает толерантность к сложной, противоречивой информации; шкала неразрешимости показывает толерантность к проблемам, которые трудно разрешимы, например, из-за того, что недостаточно информации, не очевидны альтернативные решения и т.д.

В ходе исследования выявлено, что практически все испытуемые имеют низкий показатель по шкале новизны, то есть у них низкий уровень толерантности к новым, незнакомым ситуациям и информации. И при возникновении новой ситуации, особенно, если она имеет психотравмирующий характер, высокую личностную значимость данной категории людей очень трудно выработать продуктивный паттерн поведения, соответствующий новым жизненным условиям.

Самоактуализационный тест включает в себя две базовые шкалы «Компетентность во времени» и «Поддержка» и 12 дополнительных шкал: шкала ценностной ориентации, шкала гибкости поведения, сензитивности, спонтанности, самоуважения, самопринятия, представлений о природе человека, синергии, принятия агрессии, контактности, познавательных потребностей, креативности.

По опроснику САТ низкие показатели получили шкалы:

- Компетентность во времени;
- Гибкость поведения;
- Сензитивность;
- Спонтанность;
- Представления о природе человека;
- Синергия;
- Контактность;
- Познавательные потребности;
- Креативность.

Исходя из полученных результатов, можно назвать особенности смысловой сферы, присущие лицам, склонным к самоубийству.

Такие люди преимущественно ориентированы лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее), о чем свидетельствует низкий уровень шкалы «Компетентность во времени». Потенциальный суицидент воспринимает свой жизненный путь дискретно,

временные отрезки воспринимаются раздельно друг от друга. Происходит нарушение связей между элементами смысловой сферы, разрушение ведущих смысловых образований: негативные ситуации жизненного пути обуславливают восприятие прошлого, настоящего и будущего; отсутствие осмысления событий прошлого и нарушения их интеграции с контекстом настоящего времени; вытеснение, а не переосмысление психологических проблем; напряженность адаптационных механизмов, ригидность нервных процессов с тенденцией фиксации на проблеме; дисфункция времени, проявляющаяся в неспособности устанавливать смысловые связи между событиями разных временных модусов и воспринимать себя как целостного субъекта деятельности. Тенденцию фиксации на ситуации обуславливает низкий уровень гибкости поведения.

Необходимо сказать о низком уровне гибкости поведения, выявленном у данной категории лиц. Что свидетельствует о ригидности их личностных и когнитивных установок. То есть в их смысловой сфере есть вариационный ряд различных паттернов поведения, но, из-за недостаточной гибкости когнитивных установок, некоторые из них зафиксированы так жестко, что становятся доминирующими, а их применение постоянным, вне зависимости от ситуации. Подтверждением данного факта служит низкий показатель толерантности к новым и незнакомым ситуациям.

Низкий показатель по шкале «Синергия» свидетельствует о недостаточном уровне согласованности действий, эмоционального и поведенческого компонентов личности.

Данную категорию лиц отличает низкий уровень рефлексии относительно собственных чувств и потребностей, боязнь вести себя естественно и демонстрировать окружающим свои истинные эмоции. Они не склонны воспринимать природу человека в целом как положительную, а чаще обращают внимание на различные дихотомии (мужественность-женственность, рациональность-эмоциональность) и считают их антагонистическими и непреодолимыми. У испытуемых выявлен низкий уровень контактности, что говорит о трудности быстрого установления тесных, эмоционально-насыщенных отношений.

У исследуемых субъектов также не выражено стремление к приобретению новых знаний об окружающем мире. Данный показатель находится в прямой корреляционной связи с показателем креативности. То есть, чем меньше у человека выражено желание к познанию нового, тем ниже развита творческая составляющая его поведения и более скудным становится набор поведенческих реакций на различные ситуации.

Таким образом, для лиц, склонных к суициду характерны следующие особенности временной перспективы: дискретное восприятие своего жизненного пути, несогласованность прошлого, настоящего и будущего. Кроме того, нельзя не сказать о ригидности установок, низком уровне развития рефлексии и познавательной потребности, низком уровне креативности, толерантности к новым, неопределенным ситуациям.

Литература:

1. Абульханова-Славская К. А. Жизненные перспективы личности. Психология личности и образ жизни. М., 1987.
2. Абульханова-Славская К.А. Личностная регуляция времени // Психология личности в социалистическом обществе: Личность и ее жизненный путь. М., 1990.
3. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
4. Арестова О.Н. Мотивация и перспективное целеполагания в мыслительной деятельности // Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология. 1999. № 3. С. 16–25.
5. Арестова О.Н. Влияние мотивации на структуру целеполагания // Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология. 1998. № 4. С. 40–52
6. Арестова О.Н. Проблема изучения временной перспективы личности// Вестн. МГУ
7. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е, Василюк. - М.: МГУ, 1984. - 200 с.
8. Головаха Е. И. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение. - Киев: Наукова думка, 1988.
9. Зейгарник Б.В. Теория личности Курта Левина. М., 1981.
10. Кравцова С. А. Переживание человеком негативных ситуаций жизненного пути как фактор психического здоровья.
11. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1975.
12. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: В 2-х т. Т. 1. М.: "Педагогика". 1989
13. Спиридонова И.А. Временная транспекция как методический прием при исследовании разных форм патологии // Методы психологии. Ежегодник РПО. Т. 3. Вып. 2. Ростов н/Д., 1997. С. 212–214

## ИССЛЕДОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ<sup>10</sup>

*Черкасова С.А.*

Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н.Толстого, г.  
Тула, Россия

Одной из самых важных, актуальных и обсуждаемых задач современного общества является обеспечение благоприятных условий для формирования полноценной здоровой личности. Гармоничное развитие личности ребенка зависит от физического, психического, социального благополучия и находится под влиянием многих факторов и обстоятельств.

Напряженная социальная, экономическая, экологическая, демографическая обстановка в современной России не могла не сказаться негативно на психологическом состоянии маленьких граждан. Год от года ухудшается эмоциональное благополучие, а вместе с ним и эмоциональное

---

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РГНФ № 11-16-71019а/Ц



здоровье подрастающего поколения. Увеличивается число детей, ощущающих себя в жизни несчастными и ненужными. Растет количество детей, страдающих неврозами, а также детей с девиантными формами поведения.

Термин «эмоциональное здоровье» был впервые применён Л.В.Тарабакиной и определяется ею как составная часть психологического здоровья человека, обеспечивающая единство преходящего и непрерывного на основе функционирования уровней – ситуативно-ориентировочного, адаптационно-целевого, личностно-деятельностного; эмоциональное здоровье позволяет сохранять целостное эмоциональное отношение к себе и к миру, преобразовывать отрицательные эмоции и порождать положительно окрашенные переживания [2, с. 47].

Невнимание или недостаточное внимание к эмоциональной жизни детей приводит к негативным последствиям: либо эмоциональное развитие ребенка оказывается пущенным на самотек, либо взрослые наносят эмоциональную травму, сами того не желая.

Цель нашего исследования это выявление особенностей эмоционального здоровья у детей младшего школьного возраста и определение психолого-педагогических условий для сохранения эмоционального здоровья.

Эмоциональное здоровье школьника зависит от внешних и внутренних факторов. Среди внешних факторов важнейшую роль играет социальное окружение ребенка. Среди внутренних факторов, влияющих на эмоциональное развитие, можно назвать индивидуальные особенности личности. Индивидуальные пути развития эмоциональной сферы складываются в значительной мере бессознательно и определяются внутренними механизмами, к которым человек не имеет доступа. Человек не знает, откуда приходят его мысли и чувства. Самое мощное влияние на последующее развитие имеют установки, возникшие в период становления личности. Вот почему так важно именно с первых дней существования ребенка в школе формировать у него установки на прогнозирование успеха, заботу об окружающих людях, на активное отношение к собственным негативным переживаниям. «Оптимистическая личность» способна преодолевать трудности без ущерба для себя и своего развития, без искажения образа реального мира, сконструированного в воображении» [1, с. 104].

Развитию эмоциональной сферы ребенка не всегда уделяется достаточное внимание в отличие от его интеллектуального развития, хотя эмоции воздействуют на все компоненты познания: на ощущения, восприятие, воображение, память и мышление. Часто такие проявления как капризность, несдержанность эмоций, повышенную возбудимость ребенка родители связывают исключительно с его характером, с наследственностью. Родители могут не всегда задумываться о реальных причинах психического состояния ребенка и необходимости здорового психического состояния для формирования личности [1, с. 173].

Для исследования эмоционального здоровья определены критерии эмоционального здоровья детей: позитивное самоощущение; способность адекватного восприятия окружающей среды; целеустремленность, работоспособность, активность; социально приемлемые способы самоутверждения и самовыражения: положительный эмоциональный фон, оптимистичный настрой, способность к эмоциональному сопереживанию; доброжелательное отношение к окружающим, полноценное общение, характер которого соответствует возрастным нормам. На основе данных критериев была составлена диагностическая программа исследования, состоящая из следующих методик: тест тревожности (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки); Детский апперцептивный тест (САТ) (Л. Беллак), «Дом, дерево, человек» (Бака, Хэммера), Тест цветовых выборов Люшера, анкета «Критерии агрессивности у ребенка» Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М., опросник «Уровень тревожности ребенка» Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М. В исследовании участвовали младшие школьники 2-4 классов в количестве 100 человек.

Анализ результатов психодиагностического исследования показал, что 43% детей имеют низкий уровень эмоционального здоровья, для таких детей характерна неспособность к гармоничному взаимодействию с окружающими, они конфликтны, часто испытывают повышенное беспокойство, неуверенность, у них низкая степень эмоциональной приспособляемости к социальным ситуациям, боязнь неудачи, утомление, неустойчивость настроения, повышенная возбудимость, у данных младших школьников преобладают отрицательные эмоции, доминирует плохое настроение и неприятные переживания, для детей этого уровня характерно компенсируемое состояние усталости, низкая работоспособность. 53% исследуемых младших школьников имеют средний уровень эмоционального здоровья, эти дети адаптированы к социуму, имеют положительный эмоциональный фон, способность к эмоциональному сопереживанию, владеют социально приемлемыми способами самоутверждения и самовыражения, доброжелательно относятся к окружающим, но имеют проблемы общения со сверстниками или со взрослыми, тревожность носит ситуативный характер. К высокому уровню эмоционального здоровья относятся дети, которые устойчиво адаптированы к любой среде, обладают резервом для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим запасом. Дети с высоким уровнем эмоционального здоровья составляют только 4% от всех исследуемых респондентов.

Таким образом, исследование подтверждает необходимость проведения школьным психологом работы по сохранению эмоционального здоровья младших школьников.

Сохранение эмоционального здоровья младших школьников — это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основными направлениями и задачами психологической работы по сохранению эмоционального здоровья являются:

- снижение тревожности, агрессивности;

- снижение психоэмоционального напряжения;
- развитие способности понимать эмоциональное состояние другого;
- обучение приемам релаксации.

-обучение детей выразительным средствам: мимика, жесты, пантомима;

- развитие умения понимать и выражать собственные эмоции [3, с. 16].

Решение этих последовательных задач происходит при взаимодействии со всеми участниками образовательного процесса, как непосредственно со школьниками, так и с ближайшим социальным окружением ребенка - педагогами и родителями. Реализация данных задач является основой для организации всей деятельности школьного психолога: диагностической, профилактической, коррекционно-развивающей и просветительской, консультативной.

Диагностическая работа в данном направлении включает в себя выявление детей с эмоциональными проблемами: тревожностью, страхами, агрессивностью; а также выявление индивидуальных особенностей эмоциональной сферы школьников.

Психологическое просвещение и консультирование педагогов и родителей по сохранению эмоционального здоровья младших школьников включает в себя работу, направленную на формирование знаний в области психологии эмоций, навыков конструктивного отреагирования собственных негативных эмоциональных состояний и формирования элементарных навыков конгруэнтной коммуникации с детьми.

Коррекционно-развивающая работа по сохранению психологического здоровья в младшем школьном возрасте проводится с использованием психогимнастики, которая является одним из основных методов работы школьного психолога и наиболее адекватным методом для данного возраста и решаемой проблемы. В психогимнастике имитация детьми различных эмоциональных состояний имеет как психопрофилактический так и коррекционный характер. Во-первых, активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвращать перерастание некоторых эмоций в патологию. Во-вторых, благодаря работе мышц лица и тела обеспечивается активная разрядка эмоций. Это особенно важно потому, что в силу своих возрастных особенностей дети часто не осознают своих «психических заноз». В-третьих, у детей при произвольном воспроизведении выразительных движений происходит оживление соответствующих эмоций и могут возникать яркие воспоминания о неотреагированных ранее переживаниях, что имеет значение для нахождения первопричины нервного напряжения у некоторых детей. При изображении эмоции страха и гнева, несмотря на очень выразительное их внешнее воспроизведение и некоторое возбуждение, у детей всегда оставалось понимание, что они переживают их только в игре. Этот нюанс используется для обесценивания некоторых реальных страхов у детей.

Психогимнастика для одних это воспитание чувств, расширение социальной компетентности, развитие навыков общения, а для других это и

отреагирование эмоций, и возможность выразить себя в безопасной игровой ситуации. Регулярное выполнение комплекса психогимнастических упражнений способствует формированию положительного образа тела, что, в свою очередь, ведет к самопринятию, повышению уверенности в себе, эмоциональной устойчивости.

Помочь ребенку поверить в свои силы, научить детей осознанно воспринимать свои собственные эмоции, понимать эмоциональное состояние других людей, обучать детей этическим ценным формам и способам поведения в отношениях со сверстниками и взрослыми могут такие методы работы педагога-психолога как игротерапия, сказкотерапия, арт-терапия.

Школьный психолог во взаимодействии с детьми младшего школьного возраста должен руководствоваться принципами гуманистической психологии - безоценочность, безусловное принятие, безопасность и поддержку. При работе с детьми психолог позитивно подкрепляет все ответы детей, создает атмосферу взаимного доверия, обеспечивает независимость в выборе и принятии решений, оказывает положительную поддержку личности ребенка. При проведении занятий исключена всякая критика личности и деятельности детей, принимается и выслушивается все, что говорится ими.

Таким образом, исследование эмоционального здоровья у детей младшего школьного возраста позволяет утверждать, что большинство младших школьников имеют нарушения эмоционально здоровья, что сказывается на их взаимодействии с миром и самим собой, что подтверждает необходимость комплексной целенаправленной работы психолога и других участников образовательного процесса по его сохранению.

Литература:

1. Прихожан А. М. Тревожность и страх у младших школьников// Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы [Текст]: Под ред. И. В. Дубровиной. – М., 1994. — С. 347.
2. Тарабакина, Л. В. Эмоциональное здоровье школьника: теория и практика психологического сопровождения. [Текст]: дисс... на соискание учёной степени доктора психологических наук / Л. В. Тарабакина. - Нижний Новгород, 2000. – 324 с.
3. Эмоциональное здоровье младшего школьника [Текст]: Учебное пособие./ Авт.-сост. Т.И. Куликова, С.А. Черкасова, К.С. Шалагинова: Под ред. Т.И. Куликовой.- Тула: Изд-во «Имидж Принт», 2011. – 96с.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ШКОЛЫ БОЛЬНОГО САРКОИДОЗОМ

*Черников А.Ю., Землянских Л.Г.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

У пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания большое значение для медицинской реабилитации имеют образовательные

программы. С точки зрения доказательной медицины обучение больных с бронхолёгочной патологией относится к вмешательствам с уровнем доказательности А [2, 208-310]. Основной целью проведения занятий является попытка научить пациента контролировать своё заболевание. Опыт работы школ больного бронхиальной астмой или хронической обструктивной болезнью лёгких изучен и одобрен во всём мире. Однако крайне скудно в литературе представлены данные об организации работы школы больного саркоидозом, хотя это хроническое эпителиоидноклеточное гранулематозное заболевание с преимущественным поражением органов дыхания в последнее время получило широкую распространённость. При саркоидозе многие исследователи отмечали значительное снижение качества жизни заболевших, потребность в большей информированности и в повышенном внимании со стороны врача [3, 368-380; 5, 441-445]. Многие симптомы саркоидоза (слабость, утомляемость, снижение работоспособности) практически сложно регистрировать и оценивать обычными методиками, но они в значительной степени беспокоят пациента, что требует от него знания определённых навыков саморегуляции и психологического тренинга [4, 1388-1395]. Основы организации и деятельности школы больного саркоидозом были предложены профессором Б.И.Дауровым. В его работах отмечалось, что уроки школы помогают больному стать устойчивее к собственному состоянию и к факторам окружающей среды, что повышает качество жизни и улучшает прогноз болезни [1, 248-249]. Эти разработки послужили основой для организации и функционирования школы больного саркоидозом в городе Курске

Цель предлагаемой работы: изучить десятилетний опыт и эффективность работы школы больного саркоидозом в городе Курске.

Материалы и методы. Образовательная программа больного саркоидозом включала в себя следующий план занятий: 1) врачом объяснялись механизмы развития заболевания, а также возможные причины и предвестники рецидива болезни; 2) пациенту объяснялись методы лечения, причины безмедикаментозной тактики; 3-4) проводилось обучение методам самовнушения и психологического тренинга, диетотерапии, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры. Психологическая коррекция состояла из методик когнитивно-поведенческой терапии. Занятия школы проходили в просторном кабинете в свободное от врачебного приёма время. На каждом занятии присутствовали 3-4 человека. Все пациенты отмечали важность непосредственного общения с врачом и друг с другом и регулярно присутствовали на занятиях. В целом школу посетили 124 человека с впервые выявленным гистологически подтверждённым диагнозом. Из них женщины – 84 (67,7%), мужчины – 40 (32,3%). Средний возраст лет  $45 \pm 5$ . Клинико-рентгенологические формы по МКБ-10: саркоидоз лёгких (D86.0) – 7 (4,2%), саркоидоз ВГЛУ (D86.1) – 26 (22,4%), саркоидоз ВГЛУ и лёгких (D86.2) – 91 (73,4%). Высшее образование имели 80 (64,5%) человек, среднее специальное – 41 (33,1%), среднее – 3 (2,4%). Не имели работу – 11 (8,9%).

Контрольную группу составили – 52 пациента с впервые выявленным гистологически подтверждённым диагнозом, которые отказались посещать занятия школы. Причины отказа были следующие: домашние и семейные проблемы – 25 (48,1%), загруженность на работе – 7 (13,5%), хорошее самочувствие и отсутствие интереса к образовательной программе – 8 (15,4%), прочие причины – 4 (7,6%). Среди них женщины – 18 (34,6%), мужчины – 34 (65,4%). Средний возраст  $38 \pm 3$  лет. Клинико-рентгенологические формы: D86.0 – 2 (3,1%), D86.1 – 14 (26,9%), D86.2 – 36 (69,2%). Высшее образование имели 25 (48,1%) человек, среднее специальное – 22 (42,3%), среднее – 5 (9,6%). Не имели работу – 2 (3,1%).

Производилась оценка следующих показателей: субъективное улучшение самочувствия, выполнение пациентом предписанных рекомендаций, уровень тревоги по опроснику Тейлора, качество жизни по опроснику NAIF, уровень реакций тренировки по методике Гаркави, динамика показателей функции внешнего дыхания (ФВД), средний срок восстановления трудоспособности, выход на инвалидность, наличие рецидива в пятилетний период наблюдения.

Для статистической обработки использован пакет прикладных программ Statistica 8.0 для Windows. Производился расчёт следующих статистических величин: вероятность события  $P$ , выраженная в процентах, 85%-й доверительный интервал для вероятности события  $1_p$ , критерий  $\chi^2$  для сравнения качественных переменных (аналог критерия Стьюдента),  $\chi^2$ -критерий Пирсона, уровень значимости  $p$  (статистически значимым считался  $p < 0,05$ ).

Результаты исследования. Все пациенты основной группы отметили свою приверженность врачебным рекомендациям и навыкам, приобретённым в школе. В контрольной группе только 42 (80,8%) человека смогли подтвердить высокий комплаенс ( $p > 0,05$ ). Изначально плохое общее самочувствие и жалобы на слабость, миалгии, одышку, раздражительность заявляли 101 (81,5%) человек в первой группе и 44 (84,6%) во второй. Значительное улучшение общего самочувствия установлено в первой группе у 91 (73,4%), во второй – у 22 (42,3%) ( $p < 0,05$ ); незначительное – у 9 (7,3%) и у 16 (30,7%) ( $p > 0,05$ ). Ухудшения самочувствия не зафиксировано.

Высокий и средний высокий уровни тревоги имели место у 80 (64,5%) и у 33 (63,5%) пациентов. Снижение уровня тревоги до среднего низкого отмечено у 61 (94,2%) и у 15 (28,8%) ( $p < 0,05$ ).

Резко выраженное снижение качества жизни определялось у 2 (1,6%) и 1 (1,9%), умеренное – у 55 (44,4%) и 24 (46,2%), незначительное – у 26 (20,9%) и 12 (23,1%). При повторном опросе через 9 месяцев исчезновение резкого снижения установлено у всех, снижение уровня умеренного качества – у 43 (34,6%) и 10 (19,2%) ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что повышение качества жизни в первой группе произошло за счёт многих компонент (физическая подвижность, эмоциональное самочувствие, познавательная функция) в то время как в контрольной группе только за счёт одной компоненты (физическая подвижность).

Уровень реакций тренировки в основной группе вырос на 53,4%, в контрольной – на 28,1% ( $p < 0,05$ ).

При исследовании ФВД были установлена дыхательная недостаточность у 64 (51,6%) и 28 (53,8%). Через 9 месяцев количество пациентов с дыхательной недостаточностью снизилось на 43 (34,6%) в первой группе и на 12 (23,1%) ( $p < 0,05$ ).

Средний срок временной нетрудоспособности у работающих составил в первой группе -  $119 \pm 2,1$  дней, во второй -  $145 \pm 1,8$  ( $p < 0,05$ ). Стойкая утрата трудоспособности констатирована у 16 (12,5%) в первой группе, при этом вторая группа инвалидности у 10 (7,8%), во второй – у 13 (25,0%) ( $p > 0,05$ ), вторая группа инвалидности – у 9 (17,3%). В течение последующих 5 лет инвалидность была снята у 10 (7,8%) и 3 (5,7%) ( $p > 0,05$ ).

Не отмечено эффекта от проводимой терапии у 6 (4,7%) и 2 (3,8%) ( $p > 0,05$ ). Рецидивы установлены у 24 (19,3%) и 12 (23,1%) ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведение обучающих программ в школе больного саркоидозом способствует улучшению общего самочувствия, повышению тренированности организма и качества жизни пациента, снижению тревоги и дыхательной недостаточности, более быстрому восстановлению трудоспособности. Повышения эффективности основной терапии и снижения количества рецидивов при проведении обучающей программы не установлено.

**Заключение.** Десятилетний опыт работы школы больного саркоидозом в городе Курске свидетельствует, что решению сложной задачи улучшения самочувствия больного саркоидозом могут способствовать живой контакт врача с пациентом, проведение обучающей программы, психологической коррекции и реабилитационных мероприятий. Несмотря на то, что обучающая программа и психологическая коррекция не влияет на конечный результат основной терапии, она может приводить к повышению качества жизни, улучшению тренированности организма и дыхательной функции, более быстрому восстановлению трудоспособности. Организаторам здравоохранения следует предусмотреть возможность функционирования таких школ в повседневной практике пульмонолога и врача общей практики при повышенном уровне заболеваемости саркоидозом в регионе.

#### Литература:

1. Дауров Б.И. Саркоидоз. М.: Оверлей, 2006.
2. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. М.: Практическая медицина, 2006.
3. Саркоидоз / Под ред. А.А.Визеля. – М.: Атмосфера, 2010.
4. De Kleijn WP, De Vries J, Wijnen PA, Drent M. Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis // *Respir Med.* -2011. –Vol.105. - №9.
5. Goracci A, Fagiolini A, Martinucci M. Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis//*Gen Hosp Psychiatry.* – 2008. - №30(5).

# ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИН С СОСТОЯНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Чернышева А.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящее время многочисленные исследования отмечают рост алкоголизации среди женского населения. Так, по статистическим данным Кошкиной Е.А. (2011) и Киржановой В.В. (2009), отмечается тенденция к увеличению доли женщин среди всех лиц, зависимых от алкоголя, примерно на 2% в год [6]. Данная проблема выходит за рамки узко медицинской проблематики и связана с широким кругом психологических факторов (Елшанский С.Б., 2005, Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л., 2006, Кручинская Ю.Н., 2007, Тхостов А.Ш., Бовина И.Б., 2009 и др.).

Алкогольная зависимость, являясь хроническим заболеванием, оказывает влияние не только на социальную ситуацию, в которой находится личность, но и затрагивает такие аспекты как принятие себя и своих особенностей, отношение к себе, что в целом, отражается на изменении отношений с окружающими (Дмитриева Т.Н., Сучков В.А., 1993, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001, Дубровина О.В., 2010).

В процессе болезни появляется отрицательное отношение к себе, разочарование в себе, которое может быть связано с неудачными попытками прекратить алкоголизацию, появляются чувства вины и стыда (Дмитриева Н.В., Дубровина О.В., 2010). Негативные эмоциональные переживания усложняют адаптацию лиц с алкогольной зависимостью и способствуют уходу в болезнь (Гузилов Б.М., Мейроян А.А., 1988, Цыганков Б.Д., Овсянников С.Н., 2007, Devaud L.L., Prendergast M.A., 2009).

В.Н. Мясищев (1995) определяет «отношение» в качестве компонента системы теоретических представлений личности, отражающего ее субъективно-оценочный, сознательно-избирательный подход к действительности и представляющее собой интериоризированный опыт существования в социальном окружении [7].

С.Л.Рубинштейн (1973) рассматривает отношение к себе в качестве аспекта целостного бытия человека, которое формируется в результате сложности взаимодействия личности с окружающим ее миром.

Эмоциональный аспект самоотношения представляет собой целостное, пристрастное переживание самого себя, своих личностных качеств и особенностей, что составляет основу самосознания личности, ее самоопределения и отношения к миру [2].

Термин «алкоголизм» имеет два основных смысла: это и болезнь индивида, связанная с его личными особенностями, и социальная патология, связанная с развитием общества в целом [5].

Алкогольная зависимость - это хроническое психическое заболевание аддиктивного типа, проявляющееся тремя основными симптомами: болезненным влечением к алкоголю, формирующейся на основе этого влечения



алкогольной зависимостью и систематическим злоупотреблением алкоголем [4].

«Злокачественность» женского алкоголизма связывается прежде всего с «реактивностью» его течения (В.В. Анучин, 1981). Течение алкогольной зависимости у женщин описывают многие отечественные авторы – Шумский Н.Г., Дуняшкина А.А., Арипов Н.А., Короленко Ц.П., Альтшулер В.Б., и др. Многие авторы указывают на тот факт, что женщины с алкогольной зависимостью, в отличие от мужчин с тем же заболеванием и здоровых женщин хуже относятся к себе, что проявляется у них в низком уровне самоуважения, низкой удовлетворенности собой (McLachlan J. et al., 1979).

По мнению Н. Blane (1968), главной чертой женщин с алкогольной зависимостью является инертность, представление о себе как неумелой, бесполезной и неспособной изменить себя [3].

В. Kinsey (1966) отмечал, что женщины с алкоголизмом считают себя непривлекательными, у них постоянными являются чувства вины и стыда, а также присутствует неудовлетворенность тем впечатлением, которое производят на других [3].

Шайдукова Л.К. (2006) при изучении алкоголизма у женщин приходит к выводам, что женский алкоголизм связан с феноменом «стигматизации», наложением клейма, стигмы на лиц, злоупотребляющих алкоголем [8]. Феномен стигматизации существенно влияет на клинику заболевания. Так, негативное общественное мнение в отношении пьющих женщин ведет к скрытому употреблению алкоголя, склонности к одиночному пьянству и, как следствие, поздней обращаемости в лечебные наркологические учреждения.

J. Curlee (1967) видел причину негативного отношения к себе женщин, имеющих алкогольную зависимость, еще и с тем, что алкоголизм разрушает основной источник самоуважения женщины, лишая ее возможности должным образом выполнять роль матери и жены, что в свою очередь, приводит к еще большему уходу в алкогольную зависимость и дальнейшему снижению самоуважения [3].

Женщины часто испытывают чувство вины за свое пьянство и невозможность самостоятельно его прекратить, в следствии чего у них в шесть раз чаще, нежели у мужчин отмечается аутоагрессивное поведение [1].

Таким образом, несмотря на множество существующих взглядов на данную проблему, она остается до конца не изученной и имеет ряд нерешенных вопросов, что и составило проблему нашего исследования.

*Цель* данной работы заключается в выявлении и описании психологических особенностей самоотношения женщин с состоянием алкогольной зависимости.

В исследовании приняли участие 83 человека.

Из них 56 человек – первая группа – это женщины, имеющие диагноз алкогольная зависимость (средняя стадия), проходящие курс стационарного лечения в Московском научно-практическом центре наркологии. Вторую группу составили 27 человек – женщины, не злоупотребляющие алкоголем.

Для достижения цели данного исследования нами были использованы следующие методики: проективный тест М.Куна «Кто Я» (для интерпретации ответов была использована модификация проективного теста «Кто Я», представленная в диссертационном исследовании Антоновой Н.В., 1996); методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда и тест-опросник самооотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева.

Полученные в ходе исследования данные были подвергнуты корреляционному и сравнительному анализам с помощью компьютерной программы Statistica 6.0.

Корреляционный анализ позволил нам выделить значимые коэффициенты корреляций и построить корреляционные плеяды (рис. 1 и 2).

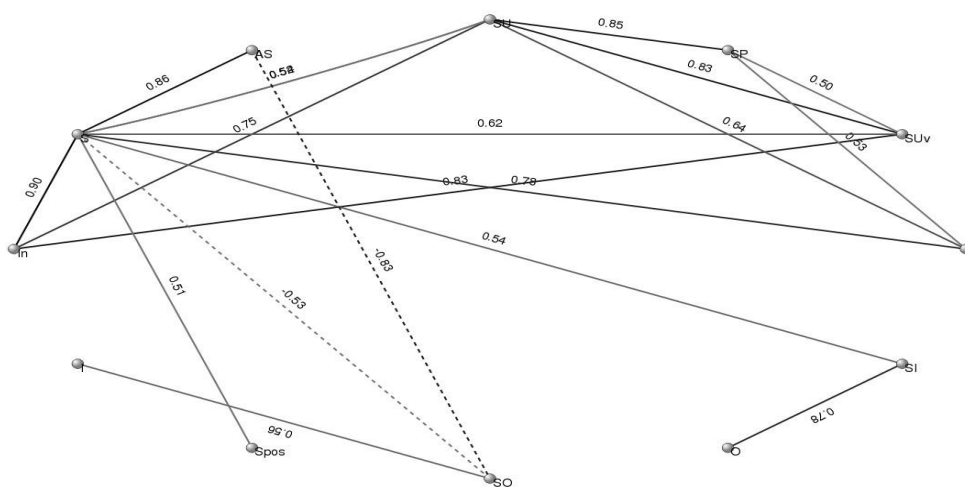


Рис. 1. Корреляционные связи в группе условно здоровых женщин

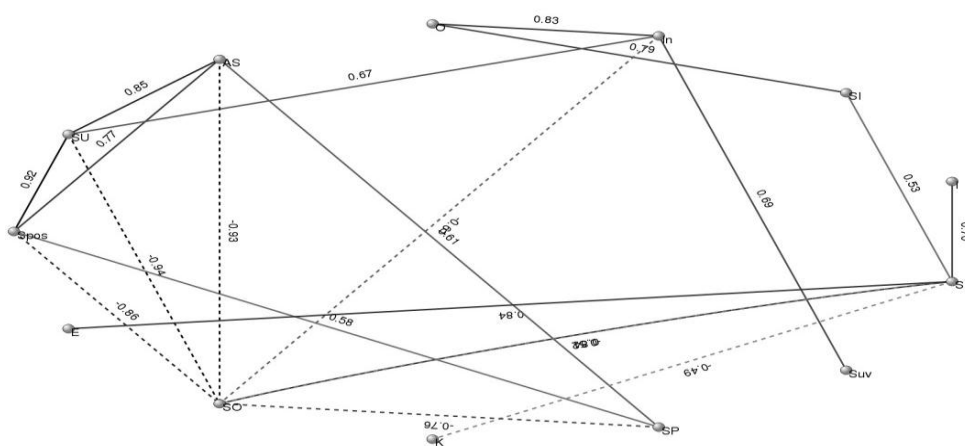


Рис. 2. Корреляционные связи в группе женщин с алкогольной зависимостью

I- "интеграция", S- "принятие себя", AS- "аутосимпатия", SU- "самоуважение", SP- "самопонимание", SUv- "самоуверенность", E- "эмоциональный комфорт", SI- "самоинтерес", O- "ожидаемое отношение от других", SO- "самообвинение", Spos- "самопоследовательность", I- "интернальность", К- «кризис идентичности».

Полученные корреляционные плеяды отражают значимые связи между особенностями отношения к себе и такими параметрами как эмоциональный комфорт, интернальность, кризис идентичности. Так, в группе женщин с алкогольной зависимостью в отличие от группы условно здоровых женщин обнаружены обратные корреляционные связи между такими параметрами как «кризис идентичности» и уровнем «самопринятия» (-0,49), «самообвинением» и общим уровнем «интеграции» (-0,61), «самопониманием» и «самообвинением» (-0,76), «самообвинением» и «самопоследовательностью» (-0,83), «самообвинением» и «самоуважением» (-0,94). Данные особенности свидетельствуют о том, что, чем меньше личность себя понимает, уважает и принимает свои особенности, чем меньше способность планомерно выполнять поставленные цели, тем более выражено у нее стремление к самообвинению и, в итоге, характерно появление кризиса идентичности.

Тесные связи между «самообвинением» и большим количеством параметров, отражающих отношение к себе, также показывают важность данной характеристики для женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

Положительные корреляционные связи нами получены в обеих группах по таким шкалам как «аутосимпатия» и «самопринятие»; «самоинтерес» и «ожидаемое отношение от других»; «интеграция» и «самопринятие»; «самопонимание» и «самопоследовательность»; «эмоциональный комфорт» и «принятие себя», и др. Полученные нами связи указывают на тесную зависимость исследуемых параметров отношения к себе как в группе женщин с алкогольной зависимостью, так и в группе женщин, не злоупотребляющих алкоголем.

*Сравнительный анализ* по критерию Манна-Уитни двух групп испытуемых: женщин с алкогольной зависимостью и контрольной группы позволил нам выявить статистически значимые различия на уровне 0,01 и 0,05 по следующим показателям: «адаптация», «принятие себя», «эмоциональный комфорт», «интеграция», «самоуважение», «аутосимпатия», «самопоследовательность», «самообвинение», «самоинтерес», «самопонимание», «позитивные высказывания», «кризис идентичности».

Для женщин с алкогольной зависимостью по сравнению с испытуемыми контрольной группы характерны такие особенности как низкий уровень социально-психологической адаптации (43%), низкий уровень принятия себя (48%), самоуважения (45%), симпатии к себе (38%), трудности контролирования собственной жизни и внутренней последовательности (44%), низкий уровень понимания себя (49%).

В текстах самоописания женщин контрольной группы преобладали позитивные высказывания о себе (81,82%), отсутствовали высказывания, свидетельствующие о наличии кризиса идентичности (например, в виде негативных состояний, поиска себя, ситуативных высказываний о невозможности общей характеристики себя). У женщин с состоянием алкогольной зависимости контент-анализ текстов самоописания показал

большое количество амбивалентных (88,61%) и негативных (51,9%) высказываний о себе, наличие признаков кризиса социальной идентичности (44,3%), что, в свою очередь, подтверждает полученные нами выше результаты об их стремлении к самообвинению и низком уровне принятия себя.

Таким образом, для женщин с состоянием алкогольной зависимости характерно негативное отношение к себе, которое проявляется в низком уровне самопринятия, недостаточном уровне самоуважения и симпатии к себе, низком уровне самопонимания, тенденции к частому самообвинению, ожидании оценок и мнения со стороны окружающих. Полученные нами данные показывают необходимость проведения коррекционной программы, направленной на улучшение отношения к себе женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

#### Литература:

1. Анучин В.В., Альтшулер В.Б., Власова И.Б. Некоторые данные о становлении хронического алкоголизма у женщин. – В кн.: Актуальные вопросы наркологии. Душанбе, 1984.
2. Березин С.В., Лисецкий К.С. Технология формирования социальных навыков. - Самара, 1999.
3. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 1988.
4. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – М.: Речь, 2007.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство: монография. Новосибирск: изд-во: НГПУ, 2007.
6. Кошкина Е.А. Распространенность злоупотребления психоактивными веществами и его последствия// Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению». М., 2011.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные труды/ Мясищев В.Н./ под ред. А.А. Бодалева. – М.: «Изд-во практической психологии», Воронеж: Изд-во НПО «МОДЕК», 1995.
8. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. Казань: изд. дом «Мир без границ», 2006.

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЕННЫМ ПУТЕМ В КРИЗИСНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

*Чернышовой Д.С.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В современной возрастной психологии существует много различных подходов к пониманию онтогенетического развития, в основном, определяют его как непрерывный, неравномерный и гетерохронный процесс системных изменений, затрагивающих различные психические структуры.

Результатом процесса индивидуального развития является становление личности человека. Личность человека - это его жизненный путь, его деятельность на этом жизненном пути, деятельность, которая способна изменить не только жизнь человека, но и мир вокруг него. Личность - это индивидуально-активный человек, строящий условия жизни и свое отношение к ней; субъектом жизни человек становится, если начинает ответственно подходить к самой жизни и ее выборам; жизненный путь должен заканчиваться стремлением вверх - к нравственным, этическим ценностям.

Но как будут влиять возрастные кризисы на жизненный путь человека? Будет ли он в полной мере удовлетворен своим жизненным путем? Ответы на эти вопросы пытались найти как отечественные, так и зарубежные психологи. Среди них: С.Л.Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Л.С. Выготский, Б.С. Братусь, К.А. Альбуханова-Славская, К.В. Карпинский, Э. Фромм, Э. Эриксон, В. Франкл, А. Лэнгле и многие другие.

Жизненный путь согласно С.Л.Рубинштейну — «это история формирования и развития личности в определенном обществе, современника определенной эпохи, сверстника определенного поколения» [4]. Но ни одна жизнь не обходится без преодоления возникающих на ее пути трудностей. К таким трудностям можно отнести возникающие на определенных этапах онтогенеза возрастные кризисы. Самой, пожалуй, важной функцией кризиса, является его влияние на развитие человека - Л.С. Выготский писал, что "если бы кризисы не были обнаружены экспериментально, их, тем не менее, следовало бы задать теоретически". Основанием для такого утверждения служит то, что процесс развития человека происходит "рывками", от одной стадии к другой, т. е. скорее революционным, чем эволюционным путем.

Особенно важными для становления личности человека будут являться кризисы, сопровождающие его взрослую жизнь. Суть нормативного кризиса состоит в преобразовании социальной ситуации развития. Объективный ее аспект связан с социокультурными ожиданиями как нормативными критериями возраста, которые вырабатываются в культуре не только для детских возрастов, но и для взрослого периода развития. Следовательно, переход из одного взрослого возраста в другой сопряжен с объективными изменениями социальной ситуации развития. Субъективная составляющая социальной ситуации развития связана с изменениями в системе ценностей, жизненных целей, удовлетворенности жизнью, переживаниями, которые непременно влекут за собой изменения в системе социально-возрастных отношений взрослого человека. Наряду с изменениями объективной и субъективной сторон социальная ситуация развития в период взрослости включает и рефлексивную. Рефлексия личностью изменений, происходящих с ней в результате преобразований социальных отношений, связана с процессом самоотождествления или эго-идентичности.

Удовлетворенность или неудовлетворенность жизнью - сложное, но всегда обобщенное чувство состоявшейся или несостоявшейся, удачной или неудачной жизни [1]. Не в последнюю очередь оно сложно и потому, что мы

сами иногда ведем с ним двойную игру. Испытывая разочарование в одном, мы утешаем себя победой в другом, подводим все к какому-то балансу. Но при этом не замечаем, что лишь успокаиваем себя, загоняя вглубь чувство недовольства, вместо того чтобы раскрыть его причины и реально изменить жизнь. Удовлетворенность по Альбухановой-Славской К.А. - чувство верности, подлинности своей жизни - это порой едва ли не единственный источник наших жизненных сил, жизненной стойкости, жизненной инициативы, нашей способности идти вперед. В свою очередь неудовлетворенность, доходящая порой до полного отчаяния, также способна толкнуть нас на решительный и единственно правильный шаг - попытаться изменить свою жизнь. Но нужно брать также во внимание, что одним из проявлений зрелости личности является способность установить тот свой "порог", при котором она считает удовлетворенными свои материальные и духовные потребности [1]. Удовлетворенность собственной жизнью значительно снижается в кризисные периоды.

По мнению Карпинского К.В., субъективные переживания удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью отражают динамику практической реализации личностью смысла собственной жизни. «Степень удовлетворенности определяется тем, насколько успешно личность продвигается в осуществлении смысла собственной жизни и производных от него жизненных целей, планов, программ» [4].

Нельзя забывать о изменениях, происходящих в мотивационной сфере человека в период возрастных кризисов (особенно при кризисе среднего возраста), происходит осмысление и переоценка жизни в целом, корректировка сложившейся системы ценностей, когда человек делает новую попытку понять, какие из них действительно имеют значение в жизни. Эта переоценка происходит в контексте трех связанных между собой миров: личного мира, мира семьи и профессионального мира [3].

Проблема удовлетворенности жизненным путем в контексте переживания кризиса взрослости еще недостаточно разработана, она требует детальной работы. Данная тема имеет очень широкий исследовательский и экспериментальный потенциал, сегодня это тем более актуально, поскольку время социальных перемен, разрушая привычные способы жизни, изменяя ценности и приоритеты общества, приводя к исчезновению одних и появлению других форм деятельности, фактически ставит перед личностью в период кризиса взрослости новую жизненную задачу – задачу жизнетворчества, создавая тем самым возможности превращения человека из субъекта деятельности в субъекта жизни, творца своего жизненного пути и своей судьбы.

#### Литература:

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991.-299с.
2. Карпинский человек как субъект жизни-Гродно: ГрГУ, К21 2002.

3. Карпинский К.В. Ценностные конфликты и смысложизненный кризис в развитии личности [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 5(19). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 29.05.12). 0421100116/0048.

4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - 4-изд. - СПб.: Питер, 2004. - 678 с.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Шестопалова Л.Ф.*

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»,  
г. Харьков, Украина

Одной из актуальных проблем современной медицинской психологии является изучение психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, которые связаны с индивидуально-психологическими характеристиками врача, пациента и особенностями их взаимодействия.

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что характер взаимоотношений между медицинским специалистом и больным во многом определяет результативность лечения различных заболеваний [1; 2; 5; 10; 12; 14]. На сегодняшний день широко распространены неврологические и психические расстройства. Снижение качества жизни и уровня социального функционирования больных с неврологическими и психическими расстройствами вызывает повышенное внимание к психологическим компонентам лечебного процесса данной категории пациентов [2; 7; 8; 9; 13].

В современной отечественной системе здравоохранения происходят коренные изменения, связанные с реформированием системы отношений «врач – пациент», внедрением принципа партнерства в их взаимодействие. Проблема сотрудничества, предоставления пациентам роли активного участника терапии и реабилитации широко обсуждается в рамках медицинской психологии с целью оптимизации психологических факторов лечебного процесса [1; 5; 6]. В этом контексте большое внимание уделяется изучению особенностей терапевтического альянса, выделению факторов, которые влияют на его формирование.

Впервые понятие «терапевтический альянс» (ТА) предложила психотерапевт психоаналитического направления Э. Зетцель в 1956 году. Она обозначала термином «терапевтический альянс» побочный продукт глубоких и ранних интерпретаций переноса, который способствует снижению тревоги пациента и ослабляет сопротивление лечению [17]. С этого момента понятие «терапевтический альянс» стало активно использоваться и в других направлениях психотерапии, где под ним понимали особые взаимоотношения между терапевтом и клиентом, которые основываются на партнерстве, доверии и обеспечивают позитивный результат лечения [3].

R. Chaplin под терапевтическим альянсом понимает систему взаимоотношений между психиатром и пациентом, которая тесно связана с приверженностью больного лечению [14]. С целью улучшения качества ТА он предлагает медицинским специалистам внимательно выслушивать больных, уделять им больше времени и предоставлять всю необходимую информацию относительно их заболевания и методов лечения. R. Chaplin также подчеркивает необходимость повышать качество жизни пациентов и расширять их социальные связи [14].

В отечественной медицинской психологии исследованию различных психологических аспектов лечебного процесса и отношений медицинских специалистов с пациентами придается большое значение, однако до последнего времени термин «терапевтический альянс» не получил широкого распространения. М.М. Кабанов, изучая готовность врачей к взаимодействию с больными с психическими расстройствами и структуру их взаимоотношений, доказал, что партнерское взаимодействие и активное участие пациента в реабилитационных мероприятиях являются важнейшим принципом организации эффективного лечебно-реабилитационного процесса [4].

По мнению Б.Д. Карвасарского, отношения между врачом и больным в каждом конкретном случае складываются индивидуально в зависимости от особенностей личности медицинского специалиста и пациента [5]. Он первый в отечественной психологии предложил классификацию основных моделей их взаимоотношений: руководство, партнерство и контрактная модель.

Исследования В.А. Ташлыкова в рамках психологии лечебного процесса свидетельствуют о том, что успешность лечения в значительной мере определяется характером взаимоотношений между врачом и пациентом. Он выделяет наиболее значимые, по мнению больных с невротическими расстройствами, личностные качества врача, среди которых: ум, внимательность, увлеченность работой, чуткость, тактичность, терпеливость, чувство долга, спокойствие, серьезность, чувство юмора [10]. В.А. Ташлыков отмечает, что образ идеального врача у пациентов меняется в зависимости от клинической формы невроза, их пола и возраста. Поэтому с целью организации эффективного взаимодействия с пациентами врачу необходимо учитывать демографические и клинические особенности больных, а также их ожидания относительно лечения [10].

В современной психиатрии особую актуальность проблема ТА приобрела в связи с трансформацией позиции больного в лечебно-реабилитационном процессе. По мнению В.А. Абрамова, психосоциальная реабилитация должна основываться на принципах, положенных в основу концепции терапевтического альянса [1]. Таким образом, он подчеркивает важность активного участия пациента в разработке плана реабилитации и терапии в целом.

Оптимизация лечебного процесса, повышение его эффективности требует научной разработки проблемы терапевтического альянса,



выявления закономерностей и условий его формирования. Наиболее важными условиями формирования эффективного терапевтического альянса, по мнению D. E. Orlinsky и K. I. Howard являются: существенные энергетические затраты со стороны пациента и врача; их взаимное сотрудничество; установленный психологический контакт, который основывается на доверии; стабильность отношений [16].

Известно, что для формирования благоприятного терапевтического альянса, адекватного информационно-коммуникативного микроклимата между медицинским специалистом и пациентами особое значение имеет коммуникативная компетентность врача [10; 13]. Коммуникативные способности больного также влияют на функционирование терапевтического альянса, однако на сегодняшний день данное направление оптимизации лечебного процесса остается недостаточно изученным.

Несмотря на актуальность и большое медико-социальное значение проблемы терапевтического альянса, в современной медицинской психологии не разработана его типология и диагностические критерии оценки, не выделены социально-демографические, клинические и психологические факторы, которые влияют на его формирование, не изучена система представлений врачей и больных относительно оптимального терапевтического альянса.

Целью исследования является изучение типологических особенностей терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами, условий его формирования.

Под терапевтическим альянсом мы понимаем сложноорганизованную динамичную систему межличностных взаимоотношений и взаимодействий между врачом и пациентом, которая формируется, развивается и функционирует в процессе лечения и влияет на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

В исследовании приняло участие 39 врачей, из них – 22 невролога и 17 психиатров. Было обследовано 110 больных с неврологическими и психическими расстройствами. Первую группу обследованных составили 48 больных с разными формами сосудистой патологии головного мозга, во вторую группу вошли 32 больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, третью группу составили 30 больных с разными формами депрессии.

В процессе исследования применялись методы наблюдения, анкетирования, психодиагностический метод и методы математической статистики. Психодиагностический метод включал использование методик «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В.В. Бойко, 1996), «Диагностика коммуникативной установки» (В.В. Бойко, 1996), «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 1996), «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажина и др., 1984), «Тип отношения к болезни» (А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 1987), «Цветовой тест отношений» (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд, 1985), «Исследование уровня комплайенса больных» (Н.Н. Лесная, 2007) и «Стиль реагирования

пациентов на ситуации лечебного процесса» (Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова, 2009).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов определения достоверности отличий (U-критерий Манна-Уинти, ф-критерий Фишера) и метода вычисления ранговых и множественных корреляций (коэффициент корреляции Спирмена).

Были разработаны диагностические критерии оценки терапевтического альянса, к которым относятся: распределение ответственности между врачом и больным за результат лечения, уровень контроля врача за выполнением пациентом медицинских назначений, уровень комплайенса, особенности коммуникативного взаимодействия врача и пациента, степень эмпатийности, характер обмена информацией между участниками лечебного процесса и уровень доверия пациента.

В зависимости от особенностей их проявления можно выделить следующие формы терапевтического альянса:

1. Партнерский альянс является наиболее благоприятной формой терапевтического альянса. Он основывается на высокой эмпатии, открытости, доверии, сотрудничестве и взаимной ответственности за результат лечения.

2. При эмпатийно-регламентирующем альянсе высокая эмпатийность сопряжена с доминирующей позицией врача и пассивной стратегией взаимодействия больного, который характеризуется низким уровнем ответственности за результат лечения.

3. Нейтрально-регламентирующий альянс отличается нейтральным эмоциональным фоном взаимодействия. Врач занимает доминирующую позицию, у пациента превалирует пассивная стратегия взаимодействия и низкий уровень ответственности.

4. Эмпатийно-формальный альянс основывается на эмпатийности в сочетании с низким уровнем сотрудничества и личной ответственности за результат лечения.

5. Формально-дистантный альянс является наиболее неблагоприятным. В рамках данного альянса низкая эмпатийность врача и пациента сопряжена с их взаимной отчужденностью и формальным сотрудничеством.

Врачи-неврологи и врачи-психиатры характеризуются сходными стратегиями, они взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего альянса (68,2% и 64,7% соответственно). У 27,3% неврологов и 23,5% психиатров преобладает партнерский альянс. В меньшей мере в обеих группах представлен нейтрально-регламентирующий альянс (4,7% и 11,8% соответственно).

Представленность форм терапевтического альянса у медицинских специалистов имеет определенную специфику в зависимости от гендерных и социально-демографических характеристик. Партнерские взаимоотношения с пациентами устанавливают преимущественно неврологи мужского пола (50,0%) и психиатры женского (42,9%). Также выявлено, что у врачей-

неврологов с увеличением стажа работы уменьшается процентная доля эмпатийно-регламентирующего альянса с 75,0% до 64,7%, увеличивается партнерский альянс (с 25,0% до 29,4%) и появляется нейтрально-регламентирующий (5,9%). У врачей-психиатров наблюдается иная тенденция: у них уменьшается представленность партнерского (с 33,3% до 18,2%) и эмпатийно-регламентирующего альянсов (66,7% и 63,6%) и тоже появляется нейтрально-регламентирующий альянс (18,2%).

Большинство медицинских специалистов независимо от пола, стажа работы и специализации наиболее эффективным считают партнерский альянс (50,0% неврологов и 47,1% психиатров). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии у части врачей определенной диссоциации между реальной и оптимальной формами ТА, что может являться одним из факторов возникновения у них синдрома эмоционального выгорания.

У медицинских специалистов, которые приняли участие в исследовании, отсутствует синдром эмоционального выгорания, но отдельные его симптомы имелись у 90,9% врачей-неврологов и 58,8% врачей-психиатров. Необходимо отметить, что у врачей, которые формируют преимущественно партнерский альянс в большей мере, чем у их коллег с доминированием регламентирующих стратегий взаимодействия выражено истощение эмоциональных ресурсов. Однако оно проявляется преимущественно вне сферы профессиональной деятельности в виде сокращения межличностного общения с микросоциальным окружением. Выявленную специфику можно объяснить тем, что установление партнерских отношений врача с различными пациентами требует от него больших эмоциональных затрат, что в последствии может приводить к формированию симптомов эмоционального выгорания.

Анализ полученных результатов позволил выявить наиболее типичные коммуникативные особенности врачей, которые взаимодействуют с больными в рамках разных форм терапевтического альянса. Для врачей-неврологов и врачей-психиатров с доминированием партнерского альянса характерными являются гибкий коммуникативный стиль и широкий диапазон коммуникативных ресурсов ( $38,8 \pm 10,2$  и  $20,3 \pm 19,6$  баллов соответственно). Врачи, у которых преобладают регламентирующие взаимоотношения с пациентами, демонстрируют преимущественно ограниченный диапазон коммуникативных навыков и стремятся сводить к минимуму проявление своих эмоций во взаимодействии с социальным окружением ( $42,1 \pm 22,7$  и  $56,2 \pm 15,0$  баллов соответственно).

У большинства врачей-неврологов и врачей-психиатров, независимо от доминирующих у них форм терапевтического альянса, диагностирован низкий уровень субъективного контроля ( $4,26 \pm 1,73$  стенов), наиболее низкий показатель выявлено в области здоровья и болезни ( $3,0 \pm 1,29$  стенов).

У больных с неврологическими расстройствами доминирует эмпатийно-регламентирующая форма альянса (45,8%), в одинаковой мере представлены партнерский и нейтрально-регламентирующие альянсы (по

25,0%) и минимально – эмпатийно-формальный (4,2%). В отличие от них у больных с расстройствами шизофренического спектра и разными формами депрессии превалирует нейтрально-регламентирующий альянс (50,0% и 43,3% соответственно), они стремятся минимизировать эмоциональный компонент общения. Партнерские взаимоотношения с врачом устанавливают 37,5% пациентов с шизофренией и 23,3% обследованных с депрессией. Меньше всех представлен в рамках данных групп пациентов эмпатийно-формальный альянс (3,4% больных с депрессией) и отсутствует формально-дистантный.

Представленность форм ТА у пациентов изменяется в зависимости от их гендерных и клинических характеристик. Больные с неврологическими расстройствами женского пола чаще, чем мужчины устанавливают партнерские взаимоотношения с врачом (34,6% и 13,6% соответственно). У больных шизофренией выявлена противоположная тенденция: у мужчин превалирует партнерский альянс (44,4% обследованных), а у женщин – нейтрально-регламентирующий (64,3%). Пациенты с депрессией женского пола также взаимодействуют с врачом преимущественно в рамках нейтрально-регламентирующей формы ТА (43,5%), а мужчины склонны устанавливать эмпатийно-регламентирующие взаимоотношения (42,8%).

Таким образом, неврологи и больные с неврологическими расстройствами имеют конвергентные стратегии взаимодействия в ходе лечебного процесса, а у психиатров и больных с психическими расстройствами выявлена тенденция к дивергенции в оценке терапевтического альянса. Необходимо подчеркнуть тот факт, что большинство пациентов, как и медицинских специалистов оптимальной формой терапевтического альянса считают партнерскую (40,0% всех больных).

Результаты проведенного комплексного психодиагностического исследования позволили выявить основные личностные структуры, которые влияют на формирование определенной формы терапевтического альянса у обследованных пациентов. К ним относятся: тип отношения к болезни, особенности репрезентации лечебного процесса, эмпатийные способности и комплаенс.

У больных с неврологическими расстройствами, которые формируют преимущественно партнерский альянс с врачом, превалирует гармоничный вариант реагирования на заболевание ( $28,5 \pm 7,9$  балла), у обследованных с доминированием регламентирующих форм альянса наиболее выражены признаки сенситивного ( $17,5 \pm 8,7$  балла) и эргопатического типов отношения к болезни ( $17,4 \pm 9,4$  балла). Для больных с психическими расстройствами независимо от превалирующей формы терапевтического альянса характерен сенситивный тип реагирования на заболевание ( $21,9 \pm 10,1$  и  $19,5 \pm 8,9$  баллов), они избегают социальных контактов и встревожены тем, что в связи с их болезнью окружающие могут к ним негативно относиться.

Больные с неврологическими и психическими расстройствами, которые взаимодействуют с врачом в рамках партнерского ТА, демонстрируют

высокий уровень комплайенса (75,0% и 57,1% соответственно) и широкий диапазон эмоционального отреагирования ( $20,1 \pm 3,3$  и  $18,0 \pm 3,3$  баллов соответственно). В отличие от них, пациенты, у которых преобладают регламентирующие формы терапевтического альянса, сводят к минимуму эмоциональные контакты с социальным окружением ( $16,9 \pm 4,7$  и  $15,9 \pm 4,8$  баллов соответственно) и могут эпизодически нарушать режим терапии, что свидетельствует о частичном уровне комплайенса (58,8% больных с неврологическими расстройствами и 61,9% больных с психическими расстройствами).

Большинство больных с психоневрологическими расстройствами имеют низкий уровень субъективного контроля, а в области здоровья и болезни данный показатель минимальный ( $2,81 \pm 1,87$  балла). Но пациенты, у которых превалирует партнерский альянс, характеризуются более высоким уровнем субъективного контроля во всех сферах, чем обследованные с другими формами альянса.

Результаты проведенного исследования позволили определить, что медицинские специалисты взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего альянса. Данный альянс является доминирующим также и у больных с неврологическими расстройствами, а у больных с психическими расстройствами превалирует нейтрально-регламентирующий альянс. Однако большинство врачей и пациентов наиболее оптимальным и комфортным считают партнерский альянс.

Были выделены значимые психологические факторы, которые влияют на функционирование терапевтического альянса. Так, формирование партнерского альянса у врачей сопряжено с широким диапазоном их коммуникативных ресурсов, высокой эмпатией и сопровождается выраженными симптомами эмоционального выгорания. Доминирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано со стереотипностью коммуникативного стиля и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов медицинских специалистов.

Установлению партнерского альянса способствует высокий уровень комплайенса пациентов и их удовлетворенность взаимоотношениями с врачами, а затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни. Превалирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано с позитивной репрезентацией «я-образа» и лечебного учреждения, интроверсией в сочетании с низкой эмпатией, высоким уровнем субъективного контроля, репрезентацией заболевания как негативного явления. Затрудняет установление данных форм альянса низкий уровень субъективного контроля, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни.

#### Литература:

1. Абрамов В.А. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации / В.А. Абрамов, О.Г. Студзинский, Т.Л. Ряполова, И.В.

- Жигулина, И.Н. Левчук // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15, вип. 1 (50), додаток. – С. 146-147.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. - [3-е изд.]. - СПб.: Питер, 2008. - 512 с.
  3. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа / Ральф Гринсон; [пер. с англ. С. Баклушинский, И. Баклушинская]. – М.: "Когито-Центр", 2003. – 478 с.
  4. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии / М.М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Том 1, вып. 1. – С. 9-10.
  5. Клиническая психология: [учебник] / под ред. Б.Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2006. – 960 с.
  6. Литвиненко В. І. Партнерські відносини – показник професійної майстерності психіатра // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) [под общ.ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка]. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 261-262.
  7. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия / Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2001. – Том 9, вып. 4 (29). – С. 79-82.
  8. Михайлов Б.В. Проблема депрессии в общесоматической практике / Б.В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2003. – Том 9, №3. – С. 22-27.
  9. Мищенко Т.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику / Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова // Здоров'я України. – 2006. – №15/16. – С. 8-9.
  10. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. - Л.: Медицина, 1984. - 192 с.
  11. Шестопалова Л.Ф. Дослідження системи оцінок лікарів відносно терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова // Український вісник психоневрології. – 2008. – Том 16, вип. 2 (55). – С. 74-76.
  12. Шестопалова Л.Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л.Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Том 1, №4. – С. 30-34.
  13. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: [курс лекций] / Б.А. Ясько. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 304 с.
  14. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. - 2007. - Vol. 13. - P. 347-349.
  15. Luborsky L. Therapist success and its determinants / L. Luborsky, A.T. McLellan, G.E. Woody // Archives of general psychiatry. – 1985. – Vol. 42. – P. 602-611.

16. Orlinsky, D. E. The good therapy hour: experiential correlates of patients and therapists evaluation of therapy session / D. E. Orlinsky, Howard, K. I. // Archives of general psychiatry. – 1967. – Vol. 12. – P. 621 – 632.

17. Zetzel E. Current concepts of transference / E. Zetzel // International journal of Psycho-Analysis. – 1956. – №37. – P. 369-376.

## ПОНЯТИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ

*Юркинат К.Ф.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В психологических исследованиях термин «дизонтогенез» используется [2] для обозначения «отклонения» в развитии. «Отклонение» в развитии обозначает расхождение с нормой психического развития и рассматривается как проявление аномальной психики [2].

В специальной психологии используются такие понятия, как аномальное развитие, ненормальное развитие, аномальное развитие, ограниченное развитие, нестандартное развитие, отставание в развитии, стесненное развитие, недостаточное развитие, негармоничное развитие, субнормальное развитие [5].

Ковалев В.В. под психическим дизонтогенезом понимает различные нарушения темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также нарушение соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка.

Нарушения развития разные авторы классифицируют по различным основаниям, так, Сухарева Г.Е. с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие, Каннер Л. – недоразвитие и искаженное развитие [2].

Несмотря на широкую распространенность исследований межличностных отношений в социальной психологии, в литературе по специальной психологии до настоящего времени отсутствуют комплексные исследования межличностных отношений у детей при дизонтогенезе в подростковом возрасте. Исследования межличностных отношений в специальной психологии посвящены развитию детей с задержкой психического развития в дошкольном и младшем школьном возрасте. У детей с задержкой психического развития снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми. У большинства из них обнаруживается повышенная тревожность по отношению к взрослым, от которых они зависят. Новый человек привлекает их внимание значительно в меньшей степени, чем новый предмет. В случае затруднений в деятельности такой ребенок скорее склонен прекратить работу, чем обратиться к взрослому за помощью. Дети почти не стремятся получить от взрослого оценку своих качеств в развернутой форме, обычно их удовлетворяет оценка в виде недифференцированных определений, а также непосредственное эмоциональное одобрение. Необходимо отметить, что хотя дети по

собственной инициативе крайне редко обращаются за одобрением, но в большинстве своем они очень чувствительны к ласке, сочувствию, доброжелательному отношению. Если общение со взрослым окрашено в эмоционально положительные тона, то они стремятся сделать его более продолжительным во времени, становятся более работоспособными, реже ссылаются на усталость.

Среди личностных контактов детей с задержкой психического развития преобладают наиболее простые. У детей данной категории наблюдаются снижение потребности в общении со сверстниками, а также низкая эффективность их общения друг с другом во всех видах деятельности.

Ряд зарубежных исследователей, в частности З. Тржесоглава в качестве ведущих в характеристике личности дошкольников с задержкой психического развития выделяют слабую эмоциональную устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения и его провоцирующий характер, трудности приспособления к детскому коллективу во время игры и занятий, суетливость, частую смену настроения, неуверенность, чувство страха, манерничанье, фамильярность по отношению к взрослому. М. Вагнерова отмечает большое количество реакций, направленных против воли родителей, частое отсутствие правильного понимания своей социальной роли и положения, недостаточную дифференциацию лиц и вещей, ярко выраженные трудности в различении важнейших черт межличностных отношений. Все это свидетельствует о недоразвитии у детей данной категории социальной зрелости.

В нашем исследовании в качестве ненормативного может быть рассмотрен такой тип психического развития как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В связи с этим мы считаем актуальным исследование межличностных отношений младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

#### Литература:

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В.Ковалев. – М.: Медицина, 1979. - 608с.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В.Лебединский. – М.: Изд-во Московского университета, 1985. - 168с.
3. Мясищев В. Н. Психология отношений. Под редакцией А. А. Бодалева. - М., Воронеж, 1995. - 356 с.
4. Обозов Н.Н. Межличностные отношения. Л., 1990.
5. Сорокин В.М. Специальная психология: учеб. пособие / В.М.Сорокин. – СПб.: Речь, 2003. - 216с.
6. Специальная психология: учеб. пособие / Под ред. В.И.Лубовского. – М.: «Академия», 2005. - 464с.
7. Сорокин В.М. Специальная психология: учеб. пособие / В.М.Сорокин. – СПб.: Речь, 2003. - 216с.



8. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М., 1986.

## МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Янкова В.В.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Возрастная психология является той областью психологической науки и практики, которая в наибольшей степени связана с актуальными проблемами, возникающими на каждом возрастном периоде человека. Для развития человека важен каждый возраст. И все же подростковый возраст занимает особое место в психологии. Подростничество - это самый трудный и сложный из всех детских возрастов, представляющий собой период становления личности.

Подростковый возраст имеет свои особенности, он труден в социально-психологическом плане и представляет собой период становления личности. Вместе с тем это самый ответственный период, поскольку здесь складываются основы нравственности, формируются социальные установки, отношения к себе, к людям, к обществу. Кроме того, в данном возрасте стабилизируются черты характера и основные формы межличностного поведения. Главные мотивационные линии этого возрастного периода, связанные с активным стремлением к самосовершенствованию, - это самопознание, самовыражение и самоутверждение. У подростков ярко выражена познавательная активность и в то же время высокая социальная конфликтность. Отмечается значительная нервно-психическая неустойчивость, дисгармоничное развитие личности, низкий самоконтроль. Вместе с тем наблюдается высокая активность организма на фоне недостаточно сформированных защитных сил. В этом возрасте отсутствует внимание к своему здоровью. Подростки стремятся к самоутверждению и самостоятельности, активно добиваясь этого различными способами [3].

Таким образом, можно выделить характерные особенности подросткового возраста: эмоциональная незрелость, недостаточно развитое умение контролировать собственное поведение, соразмерять желания и возможности в удовлетворении своих потребностей, повышенная внушаемость, желание самоутвердиться и стать взрослым [4].

Важную роль в формировании поведения подростков занимают не только физиологические и биологические факторы, но и социальные, т.к. подростковый возраст наиболее чувствителен к изменениям, происходящим в обществе, зависящим от внутренней противоречивости. В этих условиях возможным результатом негативной социализации может явиться девиантное поведение подростков, склонность к зависимости.

Именно в этот период у подростков начинается подражание внешним атрибутам взрослости. Самый лёгкий способ достичь цели «быть как взрослый» состоит в подражании внешним формам наблюдаемого поведения.

Одним из важнейших внешних факторов, влияющих на формирование личности подростка, являются подростковые поведенческие реакции:

- группирование со сверстниками;
- эмансипация — стремление выйти из-под опеки взрослых;
- чувство протеста и оппозиции — когда в ответ на излишнее «давление взрослых», подросток демонстративно начинает курить, употреблять психоактивные вещества, в том числе наркотики и алкоголь;
- имитация — копирование подростками поведения взрослых без должной критичности к некоторым его проявлениям [6].

Л.С. Выготский выделял две фазы подросткового возраста (негативную и позитивную), связывая их с видоизменениями в мотивационно-смысловой сфере. В негативной фазе происходит свертывание, отмирание прежней системы интересов, появляются первые сексуальные влечения. Отсюда внешне наблюдаемые отрицательные поведенческие особенности: снижение работоспособности, ухудшение успеваемости и навыков, грубость и повышенная раздражительность подростка, его недовольство самим собой и беспокойство. Позитивная фаза характеризуется зарождением новых интересов, более широких и глубоких. У подростка развивается интерес к психологическим переживаниям других людей и к своим собственным. Обращенность подростка в будущее, еще очень туманное и неопределенное, реализуется в форме мечты, в создании некой воображаемой действительности. Л.С. Выготский считал проблему интересов «ключом ко всей проблеме психологического развития подростка». Он выделил несколько групп интересов (доминант) подростка:

- эгоцентрическая доминанта (интерес к собственной личности);
- доминанта дали (большая субъективная значимость отдаленных событий, чем текущих и ближайших);
- доминанта усилия (тяга к сопротивлению, к преодолению, к волевому усилию, которые могут проявляться в негативных формах: в упрямстве, хулиганстве и т.п.);
- доминанта романтики (стремление к неизведанному, рискованному, приключениям).

Наименее исследованным аспектом подростковой наркомании оказывается центральный компонент зависимости - психическая зависимость от наркотика. Это объясняется следующими причинами. Во-первых, длительной недооценкой психических факторов патогенеза при наркомании. Во-вторых, отсутствием достоверных и надежных данных об эффективности различных методов разрушения психической зависимости. В-третьих, неразработанностью методологической базы для исследования структуры, функций и динамики психической зависимости от наркотического вещества [2].

В структуре наркомании выделяют ряд основных феноменов, которые проявляются в ходе развития болезни.

1. Синдром психической зависимости. Ее суть заключается в том, что человек перестает чувствовать себя более-менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2. Синдром физической зависимости, которая заключается в том, что постепенно наркотик встраивается в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, то он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость). Это явление называется абстинентным синдромом. Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

3. Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика. Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность. Ее возрастание, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании [5].

С.В Березин и К.С. Лисецкий выделяют психологическую и физиологическую зависимость. Психологическая зависимость - тот самый случай, когда для поддержания нормального психического самочувствия человеку постоянно требуется прибегать к употреблению наркотических веществ. Физиологическая зависимость - при систематическом употреблении психоактивных веществ организм нуждается в постоянной дозе для нормальной жизнедеятельности, иначе наступает абстиненция (ломка) [1].

Есть все основания полагать, что существуют определённые аспекты, рассматривающие зависимость с разных позиций.

Биологический аспект. Биологи и генетики говорят о существовании определённых генетических детерминант, определяющих формирование зависимости. Также считается, что первопричина болезни заключается в недостатке или переизбытке какого-либо нейротрансмиттера – нарушении нейрохимического баланса. В 90% случаев дисбаланс передается генетически. Порядка 10% случаев возникновения зависимости являются реакция на стресс.

Медицинский аспект. Согласно данной точке зрения, зависимость– это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека, физической зависимостью от психоактивных веществ, психической и социальной деградацией, патологическими изменениями внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы. Лечение зависимости должно быть комплексным: обследование психического и соматического состояния, медикаментозная терапия, направленная на подавление влечения к употреблению веществ, вызывающих зависимость, восстановление обменных процессов, а также психотерапия.

Психологический аспект. На психологическом уровне одним из основных проявлений зависимости является отрицание. Отрицание – это форма психической защиты, позволяющая продолжать употребление, несмотря на неблагоприятные последствия. Психические защиты являются нормальными механизмами защиты человека от боли, но в случае болезни, они искажают адекватную реакцию человека на происходящее и определяют изменение структуры его взглядов и убеждений.

Клинико- психологический аспект. Потребление алкоголя в подростковом возрасте так или иначе связано с трудностями адаптации к новым социальным ролям и отношениям на фоне психофизиологических изменений организма, обусловленных половым созреванием.

Таким образом, формирование психофизиологической зависимости происходит в следующей последовательности:

I этап – эксперимент

II этап – периодическое потребление

III этап – регулярное употребление

IV этап – навязчивая идея

V этап – психофизиологическая зависимость [2].

Как считают А.В. Сухарев и Е.А. Брюн, формирование зависимости у подростков обусловлено биологическими причинами, а также нарушениями психологических контактов в семье. Именно в семьях с неправильным воспитанием растут дети с заниженной самооценкой, отсутствием внутренних границ и запретов. Нарушения в воспитании наиболее часто проявляются как гипер или гипоопека.

1. Гиперопека. Чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывающих свое мнение по любому вопросу, диктующих каждый шаг. Ограждение от опасностей, культивирование осторожности.

2. «Кумир семьи». Ребенка восхваляют, культивируя в нем чувство исключительности; освобождают его от всех тягот, выполняют все его прихоти, снимая ответственность за поступки.

3. Гипоопека. Воспитание, характеризующееся недостаточным вниманием со стороны родителей, игнорированием целенаправленного воспитания. Подростки, воспитывающиеся данным образом, в основном демонстрируют неадаптивное, асоциальное поведение [7].

В результате анализа проблемы формирования зависимости в подростковом возрасте можно сделать вывод о том, что аддиктивное поведение – это одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении подростка к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

Нарушение смысловой регуляции является также важным механизмом формирования зависимости в подростковом возрасте. Несформированность ценностно-смысловой сферы у подростков определяется падением субъективной ценности нравственного здоровья. Данная ценность, наряду с

социальными, нравственными, правовыми нормами, определенными правилами достижения смысла жизни, относится к числу высших инструментальных ценностей. Именно этот аспект формирования нравственного сознания является у зависимых подростков искаженным.

Литература:

1. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Москва- Самара 2000. С.30-33.
2. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. и др. Наркомании у подростков. К.: Здоровье, 1989. С. 216.
3. Под ред. И.В.Дубровиной / Формирование личности в переходный период от подросткового к юношескому возрасту - М.: Педагогика, 1987. С.51.
4. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: Социал.-псих. и психиатр. Аспекты. – Мн.: Беларусь, 1988. С.10- 15.
5. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. Руководство для врачей. – М: Медицина. 2007. С.47.
6. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Том 2.Под ред. В. В. Макарова. –М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. С. 137- 141.
7. Сухарев А.В., Брюн Е.А. Сравнительное психологическое исследование этнофункциональных расхождений у страдающих героиновой наркоманией, алкоголизмом и аффективными расстройствами. Психологический журнал. 1998. № 3. С.92.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **Аджиева Диана Назимовна** ассистент кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета
2. **Акуленкова Мария Викторовна** клинический психолог БМУ «Курская областная клиническая больница», аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
3. **Алехина Светлана Владимировна** аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
4. **Андреева Наталья Станиславовна** доцент кафедры эндокринологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
5. **Аносова Елена Васильевна** ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
6. **Асадчих Мария Владимировна** аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
7. **Афонина Наталья Юрьевна** аспирант кафедры психологии Тульского государственного университета
8. **Базелева Галина Леонидовна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
9. **Баркова Валентина Леонидовна** заместитель директора Курского института социального образования (филиал) РГСУ по электронному федеральному социальному университету и инновационной работе, кандидат психологических наук
10. **Безгин Артем Вячеславович** ассистент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
11. **Березовская Регина Анатольевна** доцент факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат психологических наук
12. **Блюм Анна Ивановна** ассистент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета
13. **Богушевская Юлия Владимировна** доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
14. **Борисова Наталья Александровна** доцент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
15. **Буенок Анастасия Геннадиевна** аспирант Санкт-Петербургского государственного университета
16. **Василенко Татьяна Дмитриевна** декан факультетов клинической психологии, социальной работы и экономики управления

здравоохранением, зав. кафедрой общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, доцент, доктор психологических наук

17. **Волошина Диана Николаевна** \_аспирант ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН УКРАИНЫ»
18. **Газазян Марина Григорьевна** зав. кафедрой акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета, академик РАЕН, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ
19. **Гарбер Анна Николаевна** клинический психолог Уральской государственной медицинской академии
20. **Горайнов Игорь Иванович** профессор кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук
21. **Гуламов Алексей Алишерович** доцент кафедры эндокринологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
22. **Гуреева Ирина Лазаревна** ассистент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, кандидат психологических наук
23. **Данилина Александра Николаевна** учитель математики Областного казенного образовательного учреждения «Школа-интернат № 2» города Курска
24. **Денисова Наталья Сергеевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
25. **Долгополов Сергей Валерьевич** студент факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
26. **Дремова Нина Борисовна** декан факультета повышения квалификации, зав. кафедрой педагогики Курского государственного медицинского университета, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН
27. **Евдокимова Елена Михайловна** врач-психиатр Областной наркологической больницы Курской области, кандидат медицинских наук
28. **Ерзин Александр Игоревич** ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Оренбургской государственной медицинской академии
29. **Жукова Лариса Алексеевна** зав. кафедрой эндокринологии Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук
30. **Завалишина Ольга Валентиновна** преподаватель кафедры педагогики и психологии Курского института непрерывного профессионального образования (повышения квалификации и профессиональной переподготовки) специалистов отрасли образования, кандидат педагогических наук
31. **Запесоцкая Ирина Владимировна** доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского

- университета, кандидат психологических наук
32. **Зеленова Ирина Владимировна** старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета
  33. **Зеленова Марина Евгеньевна** научный сотрудник Лаборатории инженерной психологии и эргономики Института психологии РАН, кандидат психологических наук
  34. **Землюлина Ирина Николаевна** ассистент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
  35. **Землянских Любовь Григорьевна** ассистент кафедры офтальмологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
  36. **Золотухина Юлия Вячеславовна** начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Курской области», аспирант кафедры психология здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
  37. **Ивакин Владимир Евгеньевич** доцент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
  38. **Иванова Оксана Юрьевна** доцент кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, врач первой категории
  39. **Иванова Татьяна Семеновна** доцент кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, врач высшей категории
  40. **Исаева Елена Рудольфовна** заведующая курсом общей и медицинской психологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, доцент, доктор психологических наук
  41. **Каськова Диана Сергеевна** ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
  42. **Князева Лариса Ивановна** зав. кафедрой внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук
  43. **Князева Лариса Александровна** профессор кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук
  44. **Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** доцент кафедры нейро- и патопсихологии Московского городского психолого-педагогического университета, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма Научного центра психического здоровья



РАМН

45. **Коломиец Владислав Михайлович** зав. кафедрой фтизиопульмонологии, Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук
46. **Комарова Анастасия Николаевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
47. **Конопля Александр Иванович** проректор по учебной работе Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук,
48. **Конопля Евгения Никитична** зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук
49. **Коростелёва Олеся Евгеньевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
50. **Кузнецов Евгений Владимирович** клинический ординатор кафедры эндокринологии Курского государственного медицинского университета
51. **Кузнецова Алеся Анатольевна** преподаватель кафедры педагогики и психологии ЮЗГУ
52. **Купреева Ксения Сергеевна** студентка Курского государственного медицинского университета
53. **Курешева Ольга Васильевна** доцент кафедры психологии Волгоградского государственного университета, кандидат психологических наук
54. **Куфтяк Елена Владимировна** зав. кафедрой специальной педагогики и психологии Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова, доцент, доктор психологических наук
55. **Лавлинская Анастасия Александровна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
56. **Лазаренко Виктор Анатольевич** ректор Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
57. **Ларин Вячеслав Алексеевич** учитель ОБЖ областного казенного образовательного учреждения «Школа-интернат № 2» города Курска
58. **Лебедев Юрий Иванович** доцент кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
59. **Лесная Надежда Петровна** доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
60. **Лукашов Александр Анатольевич** доцент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
61. **Мальцева Галина Ивановна** ассистент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

- 62. Мамчиц Людмила Павловна** доцент Гомельского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
- 63. Мансимова Оксана Васильевна** доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
- 64. Марадзе Лейла Маиловна** аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
- 65. Маркова Екатерина Сергеевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
- 66. Масалова Екатерина Александровна** ассистент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
- 67. Медведева Лариса Михайловна** доцент кафедры истории и культурологии Волгоградского государственного медицинского университета, кандидат философских наук
- 68. Мещерина Наталья Сергеевна** ассистент кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
- 69. Милькота Вера Александровна** младший научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при неврологической патологии ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Республики Беларусь
- 70. Минигалиева Мариям Равильевна** старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования, доцент Калужского государственного университета им. К. Циолковского, кандидат психологических наук
- 71. Молчанова Людмила Николаевна** старший преподаватель кафедры социальной работы Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
- 72. Муштенко Наталья Сергеевна** старший преподаватель Курского института социального образования (филиал) РГСУ, кандидат педагогических наук
- 73. Мыльникова Юлия Андреевна** ассистент кафедры психиатрии Кубанского государственного медицинского университета
- 74. Недуруева Татьяна Валерьевна** доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
- 75. Никишина Вера Борисовна** зав. кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор психологических наук
- 76. Павлова Людмила Евгеньевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета

77. **Пастух Инна Альбертовна** доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
78. **Петраш Екатерина Анатольевна** старший преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
79. **Петрик Надежда Николаевна** студентка Хакасского Государственного Университета им. Н. Ф. Катанова, Медико-психолого-социального института
80. **Погодин Игорь Александрович** директор научно-исследовательского фонда Института Гештальта, кандидат психологических наук, доцент
81. **Погосов Альберт Вазгенович** зав. кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, член- корреспондент РАЕН
82. **Пономарева Надежда Анатольевна** профессор кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, врач высшей категории
83. **Присакарь Ирина Викторовна** доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
84. **Прокофьева Юлия Викторовна** ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
85. **Разваляева Анна Юрьевна** студентка Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова
86. **Рачина Наталья Владимировна** ассистент кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета
87. **Рублева Наталья Владимировна** ассистент кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета
88. **Сагалакова Ольга Анатольевна** доцент кафедры клинической психологии Алтайского государственного университета, кандидат психологических наук
89. **Салимов Марат Ильдусович** зам. директора по учебной и научной работе, доцент Екатеринбургского филиала Уральского государственного университета физической культуры кандидат педагогических наук
90. **Селин Александр Владимирович** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
91. **Серикова Людмила Николаевна** ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

92. **Симоненко Ирина Алексеевна** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
93. **Ситчихин Павел Васильевич** заведующий организационно-методическим кабинетом диспансерного отделения Специализированной психиатрической больницы № 7» департамента здравоохранения Краснодарского края
94. **Смольнякова Олеся Владиславовна** заочный аспирант кафедры клинической фармакологии Курского государственного медицинского университета
95. **Снегирева Людмила Валентиновна** зав. кафедрой физики, информатики и математики Курского государственного медицинского университета, доцент, кандидат биологических наук
96. **Сотников Владислав Андреевич** ассистент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета
97. **Старосельцева Тамара Семеновна** учитель химии и биологии Областного казенного образовательного учреждения «Школа-интернат № 2» города Курска
98. **Старостенкова Татьяна Анатольевна** доцент Российской медицинской академии последипломного образования, кандидат психологических наук
99. **Степашов Николай Семенович** доцент кафедры педагогики Курского государственного медицинского университета, кандидат социологических наук
100. **Степченко Марина Александровна** профессор кафедры внутренних болезней №1 Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук
101. **Сурьянинова Татьяна Ильинична** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
102. **Сысоева Юлия Витальевна** аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
103. **Тимофеева Ирина Владимировна** зав. кафедрой физической реабилитации Екатеринбургского филиала Уральского государственного университета физической культуры, доцент, кандидат психологических наук
104. **Труевцев Дмитрий Владимирович** зав. кафедрой клинической психологии Алтайского государственного университета, доцент, кандидат психологических наук
105. **Фетисова Александра Сергеевна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета
106. **Филатова Мария Леонидовна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета

107. **Хватова Марина Владимировна** зав. кафедрой общей психологии Тамбовского государственного университета имени Г.Р.Державина, доцент, кандидат биологических наук
108. **Хорлякова Ольга Викторовна** ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением Курского государственного медицинского университета, кандидат фармацевтических наук
109. **Худяков Алексей Валерьевич** зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии Ивановской государственной медицинской академии, профессор, доктор медицинских наук
110. **Цветков Андрей Владимирович** доцент кафедры клинической психологии НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, кандидат психологических наук
111. **Цынцарь Анна Леонидовна** зам. директора по Научной работе, старший преподаватель Бендерского политехнического филиала Приднестровского государственного университета им. Т.Г. Шевченко (Приднестровье (Молдавия))
112. **Чевычелова Марина Геннадьевна** старший психолог психологической службы отдела по воспитательной работе с осужденными УФСИН России по Курской области, старший лейтенант внутренней службы
113. **Черкасова Светлана Александровна** Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого
114. **Черников Александр Юрьевич** соискатель кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
115. **Чернышева Алла Викторовна** клинический психолог Московского научно-практического центра департамента здравоохранения, аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
116. **Чернышова Дарья Сергеевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
117. **Шестопалова Людмила Федоровна** зав. отделом медицинской психологии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», профессор доктор психологических наук
118. **Ширяев Александр Александрович** студент факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
119. **Шульгина Татьяна Алексеевна** доцент кафедры социальной работы Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
120. **Юркинат Карина Феликсовна** психолог Центра психолого-медико-педагогической помощи замещающим семьям и постинтернатной адаптации выпускников, аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
121. **Янкова Валерия Витальевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета

## 122. СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Лазаренко В.А.</i><br>ФЕНОМЕН ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ДИАЛЕКТИКА ОТНОШЕНИЙ<br>ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ                                                                                       | 3  |
| <i>Конопля А.И.</i><br>ТЕХНОЛОГИИ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО<br>ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ                                                                         | 7  |
| <i>Акуленкова М.В.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ<br>ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК: ВОЗМОЖНОСТИ<br>ПСИХОКОРРЕКЦИИ.                                                 | 12 |
| <i>Алехина С.В.</i><br>ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:<br>ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ                                                                         | 16 |
| <i>Аносова Е.В., Архипова И.Н.</i><br>АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ<br>НАРКОМАНИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ                                                                 | 17 |
| <i>Асадчих М.В.</i><br>ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ У ВРАЧЕЙ КАК<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ САМООЦЕНКИ<br>СОБСТВЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ                                                | 21 |
| <i>Афони娜 Н.Ю.</i><br>ЗПР: ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ «ДИАГНОЗ»                                                                                                                               | 26 |
| <i>Базелева Г. Л.</i><br>ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В<br>СИТУАЦИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО<br>ЗАБОЛЕВАНИЯ                                                  | 29 |
| <i>Баркова В.А., Кузнецова А.А.</i><br>МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ<br>СОСТОЯНИЯ ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ<br>ШКОЛЫ | 33 |
| <i>Березовская Р.А.</i><br>ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ<br>ОСНОВА ИССЛЕДОВАНИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ<br>ЗДОРОВЬЯ                                                | 36 |
| <i>Блюм А.И.</i><br>СИТУАЦИЯ АБОРТА КАК ОСОБАЯ СЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ В<br>ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ И СЕМЬИ                                                                                        | 40 |
| <i>Богушевская Ю.В., Севостьянова А.О.</i><br>РОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ<br>СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С<br>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ        | 43 |
| <i>Буенок А.Г.</i>                                                                                                                                                                | 47 |

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СТИЛЯМИ ЮМОРА И<br>УВЛЕЧЁННОСТЬЮ РАБОТОЙ У МЕНЕДЖЕРОВ<br><i>Василенко Т.Д.</i>                                                                                    | 52 |
| ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ЛИЧНОСТИ<br><i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i>                                                                                                        | 57 |
| СОЦИАЛЬНЫЙ СТЕРЕОТИП ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР<br>ТРАНСФОРМАЦИИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ<br><i>Волошина Д.Н., Линский И.В.</i>                                                   | 59 |
| АДДИКЦИЯ К ПИЩЕ У ПАЦИЕНТОВ<br>СПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ<br>ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ<br><i>Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова Т.С., Иванова О.Ю.,<br/>Аджиева Д.Н.</i> | 62 |
| ОБЩЕСТВЕННАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА<br>ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА<br><i>Гарбер А.Н.</i>                                                                                           | 66 |
| СПЕЦИФИКА КОПИНГ – СТРАТЕГИЙ У ВРАЧЕЙ –<br>СТОМАТОЛОГОВ<br><i>Данилина А.Н.</i>                                                                                                     | 70 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ<br>МАТЕМАТИКИ<br><i>Денисова Н.С.</i>                                                                     | 73 |
| РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РИСУНКАХ<br>ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА<br><i>Долгополов С. В.</i>                                                                                | 77 |
| ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ<br>РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА В<br>ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ<br><i>Дрёмова Н.Б.</i>                                                   | 81 |
| ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННАЯ ЦЕННОСТЬ<br>ДЛЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА<br><i>Дремова Н.Б., Хорлякова О.В.</i>                                                                                     | 86 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ<br>ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ<br><i>Евдокимова Е.М., Рахлеев Ю.Л., Максимчук Н.А.</i>                                           | 89 |
| ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНЫЕ<br>ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ<br>(СООБЩЕНИЕ 1)<br><i>Евдокимова Е.М., Рахлеев Ю.Л., Максимчук Н.А.</i>                                 | 94 |
| ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНЫЕ<br>ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ<br>(СООБЩЕНИЕ 2)<br><i>Ерзин А.И.</i>                                                                    | 98 |
| ПРОАКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ                                                                                                                                                 |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ<br><i>Жукова Л.А., Гуламов А.А., Андреева Н.С., Кузнецов Е.В.</i>                                                                                                                                                             | 101 |
| АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ<br>ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ<br><i>Завалишина О.В.</i>                                                                                                                          | 104 |
| РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ<br>УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА<br><i>Запесоцкая И.В.</i>                                                                                                                                        | 106 |
| ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ<br>СОСТОЯНИИ ЗАВИСИМОСТИ<br><i>Зеленова И.В.</i>                                                                                                                                                             | 109 |
| ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА В<br>СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ<br><i>Зеленова М.Е.</i>                                                                                                                                                            | 113 |
| ЭКСПЕРТИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЕТЧИКОВ:<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ<br><i>Земзюлина И.Н.</i>                                                                                                                                                  | 118 |
| КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БЕРЕМЕННОСТИ<br>КАК ОСОБОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ<br><i>Землянских Л.Г., Рухленко Н.В., Лазарева С.В., Самбурова М.Н.</i>                                                                                                | 122 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ<br>ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИЕЙ<br><i>Золотухина Ю. В.</i>                                                                                                                                   | 124 |
| СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ<br>ПАРАМЕТРЫ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ<br>ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ<br><i>Исаева Е.Р., Гуреева И.Л., Давыденко В.В., Урусова М.А.</i>                                                   | 129 |
| ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД<br>ОПЕРАЦИЕЙ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В<br>УСЛОВИЯХ ИК<br><i>Каськова Д.С.</i>                                                                                                                   | 132 |
| ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА РАЗВИТИЕ<br>ЛИЧНОСТИ<br><i>Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Степченко М.А.,<br/>Борисова Н.А., Лукашов А.А., Ивакин В.Е., Безгин А.В., Мальцева<br/>Г.И., Мещерина Н.С., Феофанова Е.С., Масалова Е.А.</i> | 136 |
| ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ<br>– ОСНОВА ЗДОРОВОЙ НАЦИИ<br><i>Коваль-Зайцев А.А.</i>                                                                                                                                             | 139 |
| К ОСОБЕННОСТЯМ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В<br>РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ<br>ШИЗОФРЕНИЕЙ<br><i>Коломиец В.М., Ермолаева В.В., Сухонос Г.В., Шульгина Т.А.</i>                                                                            | 143 |
| КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ<br>ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ                                                                                                                                                                   |     |



|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Комарова А.Н.</i>                                                                                                                                       | 146 |
| ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ<br>ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ                                                                   |     |
| <i>Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Мансимова О.В., Прокофьева Ю.В.,<br/>Серикова Л.Н., Зозуля А.Ю.</i>                                                          | 150 |
| ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА                                                                                                             |     |
| <i>Коростелёва О.Е.</i>                                                                                                                                    | 153 |
| ГЕНОТИП-СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ СКЛОННОСТИ К АДДИКЦИИ<br>В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ                                                                                     |     |
| <i>Кузнецова А.А.</i>                                                                                                                                      | 157 |
| ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ<br>ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ С<br>УЧЕТОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНО - ДОЛЖНОСТНОГО СТАТУСА                      |     |
| <i>Купреева К.С.</i>                                                                                                                                       | 161 |
| УСТАНОВОЧНЫЙ КОМПОНЕНТ ФРУСТРИРУЮЩИХ РЕАКЦИЙ<br>ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ                                                                      |     |
| <i>Курьшева О.В., Медведева Л.М.</i>                                                                                                                       | 164 |
| ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ                                                                                                              |     |
| <i>Курьшева О.В.</i>                                                                                                                                       | 169 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ОТНОШЕНИЯ<br>К ЗДОРОВЬЮ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ                                                                                 |     |
| <i>Куфтяк Е.В.</i>                                                                                                                                         | 174 |
| ТРАНСГЕНЕРАЦИОННЫЙ ФАКТОР<br>В РАЗВИТИИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ                                                                                              |     |
| <i>Ларин А.В.</i>                                                                                                                                          | 177 |
| ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УРОКАХ<br>ОБЖ В 5-6 КЛАССАХ                                                                                         |     |
| <i>Лебедев Ю.И.</i>                                                                                                                                        | 180 |
| НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ<br>АСПЕКТЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОЦЕССА ДИАГНОСТИКИ ВО ФТИЗ<br>И ОПУЛЬМОНОЛОГИИ                                            |     |
| <i>Мамчиц Л.П., Карташева Н.В., Климович С.В.</i>                                                                                                          | 185 |
| ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХО- И ХРОНОТИПОВ СТУДЕНТОВ<br>МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА                                                                                          |     |
| <i>Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Лесная Н.П., Присакарь И.В.,<br/>Прокофьева Ю.В., Серикова Л.Н.</i>                                                       | 189 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ<br>ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО<br>ДОМА И В СЕМЬЯХ                                             |     |
| <i>Марадзе Л.М.</i>                                                                                                                                        | 193 |
| УСПЕШНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ<br>ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, КАК КРИТЕРИИ<br>ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ<br>ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ |     |
| <i>Марадзе Л.М., Лавлинская А.А.</i>                                                                                                                       | 197 |

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СУБЪЕКТНОСТИ<br>ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО<br>ПРОФИЛЯ                                                                        | 200 |
| <i>Маркова Е.С.</i>                                                                                                                                             |     |
| ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОЙ<br>ДИССОЦИАЦИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ                                                                                        | 203 |
| <i>Милькота В.А.</i>                                                                                                                                            |     |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С<br>НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО<br>ОСТЕОХОНДРОЗА                                                          | 207 |
| <i>Минигалиева М.Р.</i>                                                                                                                                         |     |
| САМОПОНИМАНИЕ ПАЦИЕНТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ<br>ПОМОЩЬ В КЛИНИКЕ                                                                                                    | 212 |
| <i>Молчанова Л.Н.</i>                                                                                                                                           |     |
| ЗАКОНОМЕРНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ СОСТОЯНИЯ<br>ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ<br>ПРОФЕССИЙ ПОМОГАЮЩЕГО ТИПА В АСПЕКТЕ<br>МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ | 218 |
| <i>Муштенко Н.С.</i>                                                                                                                                            |     |
| СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У<br>СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ                                                                                                   | 223 |
| <i>Мыльникова Ю.А.</i>                                                                                                                                          |     |
| КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ АУТОАГРЕССИВНОГО<br>ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО<br>ВОЗРАСТА                                                             | 227 |
| <i>Недуреева Т.В.</i>                                                                                                                                           |     |
| ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ<br>ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВЬЕ У ВРАЧЕЙ                                                                                  | 232 |
| <i>Никишина В.Б.</i>                                                                                                                                            |     |
| УСТАНОВОЧНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ<br>ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ВРАЧЕЙ                                                                                                | 237 |
| <i>Павлова Л.Е.</i>                                                                                                                                             |     |
| ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЕНСА В<br>АСПЕКТЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА                                                                          | 240 |
| <i>Пастух И.А.</i>                                                                                                                                              |     |
| ЛИЧНОСТНАЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ<br>КОМОРБИДНЫМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И<br>ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ                                            | 245 |
| <i>Петраш Е.А., Ширяев А.А.</i>                                                                                                                                 |     |
| ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПОДРОСТКОВ,<br>ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ                                                                                     | 247 |
| <i>Петрик Н. Н.</i>                                                                                                                                             |     |
| ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО<br>РЕБЕНКА                                                                                                          |     |

|                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Погодин И.А.</i>                                                                                                                         | 251 |
| ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОД К ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМУ<br>СТРЕССОВОМУ РАССТРОЙСТВУ: НАРУШЕНИЕ ТВОРЧЕСКОГО<br>ПРИСПОСОБЛЕНИЯ                                  |     |
| <i>Погодин И.А.</i>                                                                                                                         | 254 |
| К ПРОБЛЕМЕ ЭКОЛОГИИ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ<br>СОСТОЯНИЙ                                                                                     |     |
| <i>Погосов А.В.</i>                                                                                                                         | 257 |
| КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ<br>АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ, И ЕГО КОРРЕКЦИЯ                                                           |     |
| <i>Разваляева А.Ю.</i>                                                                                                                      | 261 |
| ЗАГАДКА МАЛЕНЬКОГО АЛЬБЕРТА:<br>ПРАВДА И ЕЕ ИСКАЖЕНИЕ В ИСТОРИИ НАУКИ                                                                       |     |
| <i>Рублева Н.В., Рачина Н.В.</i>                                                                                                            | 263 |
| ВЛИЯНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И<br>ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ЦИКЛОФЕРОН» НА<br>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ<br>БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ |     |
| <i>Сагалакова О.А.</i>                                                                                                                      | 267 |
| ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ<br>В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ                                                                        |     |
| <i>Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.</i>                                                                                                       | 272 |
| МЕТАКОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ<br>В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ У СОТРУДНИКОВ МЧС В<br>КОНТЕКСТЕ РИГИДНОСТИ МЫШЛЕНИЯ             |     |
| <i>Салимов М.И.</i>                                                                                                                         | 277 |
| ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ<br>АДАПТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ<br>УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ                                    |     |
| <i>Селин А.В., Сотников В.А.</i>                                                                                                            | 280 |
| ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОГРАММЫ<br>НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНОГО<br>КРИЗИСА В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ              |     |
| <i>Симоненко И.А.</i>                                                                                                                       | 282 |
| КАЧЕСТВО КОНТАКТА МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА, КАК ФАКТОР<br>РАЗВИТИЯ РАННИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ                                              |     |
| <i>Ситчихин П.В.</i>                                                                                                                        | 287 |
| РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФЕНОМЕНА НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ<br>СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ                                                     |     |
| <i>Смольнякова О. В.</i>                                                                                                                    | 292 |
| ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ<br>ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ 18-22 ЛЕТ.                                                   |     |
| <i>Снегирева Л.В., Тарасова С.А., Снегирев К.Н.</i>                                                                                         | 295 |
| ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ЭФФЕКТА<br>ДИДАКТИЧЕСКИХ РАЗРАБОТОК КАФЕДРЫ ФИЗИКИ,                                                           |     |

|                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ИНФОРМАТИКИ И МАТЕМАТИКИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ                                                                                                                       |     |
| <i>Старосельцева Т.С.</i>                                                                                                                                                | 300 |
| ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОКАХ БИОЛОГИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ                                                                  |     |
| <i>Старостенкова Т.А.</i>                                                                                                                                                | 304 |
| ТОЛЕРАНТНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВРАЧА                                                                                                                               |     |
| <i>Старостенкова Т.А.</i>                                                                                                                                                | 306 |
| ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА КАК ОБРАЗЦА ПСИХИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ И ЗДОРОВЬЯ                                                                                                  |     |
| <i>Степаилов Н.С., Тони О.Н.</i>                                                                                                                                         | 310 |
| ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСИИ ЧЕЛОВЕКА В СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ                                                                                                                  |     |
| <i>Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.</i>                                                                                                                                   | 315 |
| ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 9-11 ЛЕТ                                 |     |
| <i>Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.</i>                                                                                                                                   | 321 |
| ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГРУППАХ ДЕТЕЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ В КОНТЕКСТЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С РАЗЛИЧНЫМ ХАРАКТЕРОМ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ |     |
| <i>Сысоева Ю.В.</i>                                                                                                                                                      | 326 |
| УРОВНИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ                                                                                                                          |     |
| <i>Тимофеева И.В.</i>                                                                                                                                                    | 329 |
| ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ АТМОСФЕРА КАК ЗАЛОГ СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ ПОДРОСТКОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА                                                           |     |
| <i>Филатова М.Л.</i>                                                                                                                                                     | 333 |
| ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ НА РАЗВИТИЕ МОРАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ                                                                      |     |
| <i>Хватова М.В.</i>                                                                                                                                                      | 337 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ                                                                                                              |     |
| <i>Худяков А.В., Сидорова О.С., Салов С.А., Урсу А.В.</i>                                                                                                                | 342 |
| ЗАМЕТКИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ СТУДЕНТА-ПЕРВОКУРСНИКА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА                                                                                             |     |
| <i>Цветков А.В.</i>                                                                                                                                                      | 345 |
| НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ – МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ                                                                                                      |     |
| <i>Цынцарь А.Л.</i>                                                                                                                                                      | 348 |

|                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В РАЗЛУЧЕННЫХ<br>(ДИСТАНТНЫХ) СЕМЬЯХ<br><i>Чевычелова М.Г.</i>                                               | 354 |
| ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ<br>ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ, ОСУЖДЕННЫХ<br>СКЛОННЫХ К СУИЦИДУ<br><i>Черкасова С.А.</i>                 | 360 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО<br>ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ<br><i>Черников А.Ю., Землянских Л.Г.</i>                          | 364 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ И<br>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ЗАНЯТИЯХ ШКОЛЫ<br>БОЛЬНОГО САРКОИДОЗОМ<br><i>Чернышева А.В.</i> | 368 |
| ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИН С<br>СОСТОЯНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ<br><i>Чернышовой Д.С.</i>                                        | 372 |
| УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЕННЫМ ПУТЕМ В КРИЗИСНЫЕ<br>ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ<br><i>Шестопалова Л.Ф.</i>                                                 | 375 |
| ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА В<br>МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО<br>ПРОФИЛЯ<br><i>Юркишат К.Ф.</i>                  | 383 |
| ПОНЯТИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ<br>ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ<br><i>Янкова В.В.</i>                                                                | 385 |
| МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОСТОЯНИЯ<br>ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ                                                                  |     |