

**Государственное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования «Курский  
государственный медицинский университет»  
федерального агентства по здравоохранению и  
социальному развитию**



**Психологическое сопровождение лечебного процесса**

Материалы Всероссийской научно-практической конференции,  
посвященной 75-летию Курского государственного медицинского  
университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики  
*(Курск, КГМУ, 14 мая 2010 г.)*

**Курск 2010**

УДК: 616.8 (086.076)

ББК: 88.4

М 34

Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики **«Психологическое сопровождение лечебного процесса»**. [Электронный ресурс] — Курск: Курский государственный медицинский университет, 2010. 438 с.

**ЧАСТЬ I**

**МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 75-ЛЕТИЮ КУРСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И 10-  
ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ**

## Содержание:

<i>Акуленкова М.В.</i> Психологическое сопровождение процесса адаптации к острой сердечно-сосудистой патологии.....	8
<i>Алехин А.Н., Войнова Е.Ю., Трифонова Е.А.</i> Психогенные факторы семейного воспитания в развитии нарушений здоровья у старших дошкольников.....	9
<i>Алехина С.В.</i> Коррекционно-психологическое сопровождение спортсменов-футболистов.....	20
<i>В.М.Атаманов</i> Особенности темперамента больных сахарным диабетом.....	24
<i>Бабкина В.И., Бачинский О.Н.</i> Психолого-деонтологические аспекты работы врача-профпатолога.....	30
<i>Бачинский О.Н., Бабкина В.И., Афанасьева Л.С., Оберная М.В., Волков В.А.</i> Психологические аспекты влияния личности врача на лечебный процесс.....	33
<i>Бежина Х.В.</i> Изменение временного и смыслового компонентов социальной идентичности женщин страдающих бесплодием.....	38
<i>Блюм А.И., Василенко Т.Д.</i> Особенности переживания беременности женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности.....	44
<i>Богушевская Ю.В., Нефедова М.А.</i> Психотерапия при псориазе.....	55
<i>Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Паршикова И.В., Агеев М.И., Зайцева О.Г., Стрижев В.А.</i> Психологическое сопровождение непсихотических форм психогений.....	61
<i>Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Паршикова И.В., Агеев М.И., Зайцева О.Г., Стрижев В.А.</i> Психологическое сопровождение больных с сердечно-сосудистой патологией.....	63
<i>Вайнер А.Б.</i> Защитные механизмы психики.....	65
<i>Валентинович Л.И., Домрачев Е.О., Ларионов Р.А.</i> Психологические особенности студентов - инвалидов по зрению.....	73
<i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> Структура жизнестойкости и психологических факторов с ней связанных в ситуации хронического соматического заболевания.....	79
<i>Глазунова И.Б., Силина Л.В., Бобынцев И.И.</i> Особенности изменения психо-эмоциональной сферы у больных атопическим дерматитом под влиянием противорецидивного лечения.....	86
<i>Глушкова В.П.</i> Психологическое сопровождение подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивностью.....	91
<i>Горшунова Н.К., Медведев Н.В.</i> Психологические аспекты качества жизни в лечебно-реабилитационном процессе у пациентов старшего возраста.....	94
<i>Демичева Т.П.</i> Психологическое сопровождение больных сахарным диабетом 2 типа.....	101

<i>Денисова О.В.</i> Особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш).....	105
<i>Ермакова А.Е., Киндрас М.Н., Лищук Н.Г.</i> Психологические и личностные аспекты взаимоотношений врача и пациента.....	115
<i>Есенкова Н.Ю., Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> Психологическая компетентность как фактор управления мотивационно-целевой основой учения студентов медицинского вуза.....	121
<i>Запесоцкая И.В.</i> Структурный аспект субъектности в контексте нормы и патологии.....	127
<i>Зеленова И.В.</i> Правовые аспекты деонтологических взаимоотношений врача и пациента.....	134
<i>Каськова Д.С.</i> Психологическое сопровождение беременности.....	138
<i>Каськова Д.С.</i> Психологическое сопровождение как один из факторов предупреждения травматизации спортсменов.....	142
<i>Киндрас М.Н., Горшунова Н.К., Ермакова А.Е.</i> Психологические проблемы ведения амбулаторного больного.....	146
<i>Кобцева О.В., Силина Л.В., Филиппенко Н.Г., Письменная Е.В.</i> Влияние комплексной терапии с использованием фосфоглива на качество жизни больных розацеа.....	156
<i>Ковалёва Р.Ю., Гаранина В.В., Ивашкина Е.А., Ильина И.Е.</i> Этика и деонтология при лечении больных кардиологического профиля.....	162
<i>Конищева Е.В.</i> Педагогические аспекты сопровождения лечебного процесса.....	165
<i>Корнеева С.И., Левашова О.В.</i> Оптимизация образовательного процесса с позиции соблюдения принципов межличностного пространственного общения.....	166
<i>Кривошапов Д.Н.</i> Эффективность групповой психотерапии в клинике соматоформных расстройств.....	171
<i>Кулаков С.А., Бердышев И.С.</i> Многомерная диагностика «цветок потенциалов» в терапии коморбидного расстройства у подростка (исследование единичного случая).....	177
<i>Кулеш А.А., Шестаков В.В.</i> Острый период ишемического инсульта: нейрпсихологическая характеристика.....	185
<i>Кытина Н.В.</i> Социально-психологические факторы профессиональной дезадаптации врачей.....	188
<i>Лосенок С.А., Коломоец И.И., Котельникова Л.В.</i> Организация психологической помощи пострадавшим в чрезвычайной ситуации.....	192
<i>Медведев Н.В., Горшунова Н.К.</i> Психологические основы оказания волонтерской медико-социальной помощи лицам старшего возраста.....	194
<i>Молчанова Л.Н.</i> Состояние выгорания медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной дифференциации.....	197

<b>Моралева М.С.</b> Взаимосвязь творческих способностей и адаптации в младшем школьном возрасте.....	207
<b>Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю., Масленникова И.В.</b> Индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих алиментарным ожирением.....	212
<b>Муштенко Н.С., Артюхова М.А., Солнцева А.Ю., Черникова Е.В., Шульгина М.А.</b> Коррекция эмоционального состояния детей с онкологическими заболеваниями.....	215
<b>Недурева Т.В.</b> Состояние выгорания как источник возникновения профессионально-личностных деформаций врачей.....	220
<b>Никишина В.Б.</b> Модель психологического сопровождения процесса родовспоможения: концептуально-методологический аспект.....	226
<b>Новгородцева И.В., Головина Е.В.</b> Психологическая поддержка женщин, идущих на искусственное прерывание беременности.....	229
<b>Новгородцева И.В., Смирнова О.В.</b> Проблема одиночества людей в период геронтогенеза в условиях Варнавинского дома-интерната.....	233
<b>Погосов А.В.</b> Полипрофессиональный подход к организации работы клиники первого психотического эпизода.....	241
<b>Погосова И.А., Маслова Е.В., Голодова А.А.</b> Особенности психологического состояния больных язвенной болезнью в предоперационном периоде.....	246
<b>Потапова Е.А.</b> Психологическое сопровождение семей с детьми-инвалидами.....	255
<b>Пужилис И.С.</b> Роль врача в процессе формирования высокой степени приверженности больных.....	260
<b>Реутова Н.В.</b> Профессиональные деформации личности: статусно-организационные детерминанты.....	263
<b>Ригина Ю.И., Асеева И.А., Голубцов В.В.</b> Модели взаимоотношений врача и пациента и их принятие в современном российском обществе.....	267
<b>Русина Н.А.</b> Психологическое сопровождение онкологических больных на разных этапах развития болезни и ее лечения.....	271
<b>Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В., Высоцкая Т.В.</b> Клиническое мышление врача как форма определения рациональной фармакотерапии больных.....	281
<b>Симоненко И.А. Шевченко А.В.</b> Психологические особенности семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.....	289
<b>Ситникова Л.В.</b> Анализ факторов патоморфоза психических расстройств у детей и подростков в Пермском крае.....	304
<b>Смирнов Н.В.</b> Проблема оптимизации соотношения индивидуальных и совместных форм деятельности детей младшего школьного возраста как проблема развития сильного интегрированного «Я» ребенка.....	307

<b>Смольнякова О.В., Филиппенко Н.Г., Корнеева С.И.</b> Гипертоническая болезнь: штрихи к портрету.....	310
<b>Снегирёва Л.В.</b> Психолого-педагогическое воздействие на студента-первокурсника медицинского университета в период когнитивного кризиса.....	317
<b>Степашов Н.С., Кривошапов Д.Н., Иобидзе Ю.Ш.</b> Техники саморегуляции поведения в состоянии жизненных затруднений.....	319
<b>Сурьянинова Т.И.</b> Проблемы психологической деонтологии.....	325
<b>Сурьянинова Т.И.</b> Стратегии сотрудничества клинических психологов и психиатров в оказании помощи психическим больным.....	328
<b>Сухобрус Е.А., Попова С.И., Кувшинова Н.Ю.</b> Психологическое сопровождение больных хронической почечной недостаточностью.....	332
<b>Татаренко А.М., Сурьянинова Т.И.</b> Духовно-ориентированный полипрофессиональный подход к лечению психосоматических больных.....	338
<b>Терещенко И.В.</b> Когнитивные нарушения при субклиническом гипотиреозе и психологическое сопровождение больных.....	340
<b>Томилова О.В.</b> Особенности психологического статуса пациентов с вальгусным отклонением первых пальцев стоп.....	350
<b>Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.</b> Влияние профессии на психическую жизнь врача: проблема профессиональной деформации.....	352
<b>Файтельсон А.В., Тихоненков С.Н., Файтельсон В.А.</b> Учёт гендерных особенностей при психологической подготовке к оперативному лечению на опорно-двигательном аппарате.....	357
<b>Фетисова А.С.</b> Психологическое сопровождение детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	359
<b>Филатова Т.А.</b> Дифференцированная медикаментозная и психологическая коррекция как фактор, сдерживающий развитие зависимости от психоактивных веществ.....	366
<b>Фишер И.И., Свешникова Н.А.</b> Особенности психологического статуса и качества жизни пациентов с травмами челюстно-лицевой области.....	372
<b>Чернышева А.В.</b> Деформация социальной идентичности у женщин с состоянием алкогольной зависимости.....	377
<b>Шаповалов Р.Г., Силина Л.В., Василенко Т.Д., Бобынцев И.И., Письменная Е.В.</b> Степень тревожности у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения процесса.....	386
<b>Шварц Н.Е., Силина Л.В., Лазаренко В.А., Беседин А.В.</b> Оценка трансформации показателей качества жизни у больных акне средней степени тяжести, получавших стандартную и комплексную виды терапии.....	392
<b>Шульга Н.А.</b> Психологическое сопровождение лечебного процесса сотрудников милиции-участников боевых действий на этапе реабилитации.....	397

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ К ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

*Акуленкова М.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Современные условия жизни и деятельности предъявляют повышенные требования к адаптивным механизмам человека. Усложнение условий существования вызывает развитие различных психосоматических заболеваний. Наиболее распространенные среди них – неврозы, патохарактерологические изменения личности, болезни органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, деятельности центральной нервной системы.

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются достаточно распространенными во всем мире и являются причинами инвалидизации и смертности.

Патология сердечно-сосудистой системы есть сложная многопричинная система взаимодействующих факторов (наследственных, физиологических, психологических и др.) Возникая остро, данная категория заболеваний за достаточно короткий промежуток времени помещает человека в трудную жизненную ситуацию. Ситуация болезни включает в себя два компонента: объективный (болезнь и ее последствия, что может рассматриваться как объективная трудная ситуация) и субъективный (степень активности личности пациента, ее направленности и саморегуляции) (М.Орлова, 2007).

Объективные факторы сердечно-сосудистой патологии, создавая ту или иную ситуацию, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое ими в целом, опосредовано, прежде всего, через значимость для личности тех или иных форм реализации ее мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью. Вместе с тем и сама личность претерпевает изменения под влиянием болезни. Личность пациента приспосабливается к новому состоянию посредством механизмов адаптации.

Адаптация есть приспособительный процесс, активно развивающий личность (А.Реан, 1998). Посредством выбора стратегии адаптации происходит приспособление к ситуации сердечно-сосудистой патологии. А. Реан выделяет способы адаптации: активное изменение личности, изменение социальной ситуации, активный поиск новой социальной среды с высоким адаптационным потенциалом, пассивная дезадаптация (пассивное принятие на себя роли «больного», «уход в болезнь», повышение уровня тревожности). Адаптация каждого конкретного больного зависит от его личностного адаптационного потенциала – интегральной характеристики уровня личностной зрелости, который включает в себя силу Эго, внутреннюю опору, локус контроля, ориентацию на действие (Л.И. Анцыферова, 1996). Неотъемлемыми факторами, влияющими на процесс адаптации к сердечно-



сосудистой патологии, являются механизмы психологической защиты и копинг-стратегии. В трудной жизненной ситуации – возникновении заболевания – пациент неосознанно прибегает к использованию психологической защиты для снятия эмоционального напряжения, связанного со стрессом, поскольку событие оценивается как дестабилизирующее (Лазарус, 1993). В процессе адаптации происходит когнитивная оценка ситуации заболевания, осознание собственных личностных ресурсов и выбор стратегии совладания. Активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы, ведут к уменьшению имеющейся симптоматики (Перре, 1992).

Поскольку острая сердечно-сосудистая патология является стрессогенным фактором, она сопровождается гаммой эмоций, меняет жизненные планы, перспективу на будущее. Психологическое сопровождение данной категории пациентов актуально вследствие появления в ситуации болезни подавленного настроения, повышения уровня личностной и реактивной тревожности, страхов, беспокойства, эмоциональной лабильности, нерешительности, утраты волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, эгоцентричности, обидчивости.

Направления психологического консультирования:

- 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

Работа в указанных направлениях психологического консультирования больных с сердечно-сосудистой патологией способствует успешной адаптации пациентов, выбору адекватных копинг-стратегий, формированию активного совладающего поведения.

## **ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ**

*Алехин А.Н., Войнова Е.Ю., Трифонова Е.А.*

**Российский государственный педагогический университет им.  
А.И.Герцена, Санкт-Петербург**

Нарушения здоровья у ребенка независимо от нозологии ставят его в особую социальную ситуацию развития из-за возникающих преград, определяемых болезнью. В последние десятилетия, как отмечают врачи

педиатры, резко повысилась заболеваемость детей. Согласно данным Министерства Здравоохранения РФ только за период с 1992 по 2002 годы заболеваемость детей в возрасте до 14 лет возросла на 42,5%. С 2001 года ведущие места в структуре детской заболеваемости стали занимать травмы, отравления, болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы [7]. По эпидемиологическим данным центральное место в структуре хронических соматических расстройств детского возраста занимают нарушения пищеварения: каждый седьмой ребенок в РФ (то есть 150 детей из 1000) имеет то или иное заболевание системы пищеварения, причем реальная заболеваемость, по оценкам специалистов, значительно превышает официальные показатели [6]. Предшкольный возраст рассматривается как наиболее чувствительный в плане развития первых симптомов и нарушений функционирования желудочно-кишечного тракта [1, 4].

В настоящее время является общепризнанным, что патогенез хронических соматических заболеваний определяется взаимодействием комплекса биологических и психосоциальных факторов, при том, что относительное значение каждого из них в каждом конкретном случае индивидуально [2, 4, 8, 9]. Для ребенка или подростка многие жизненные обстоятельства могут сыграть роль условий, способствующих развитию нарушений здоровья в том случае, если биологическая сопротивляемость организма и социально-психологическая защита личности окажутся несостоятельными [4, 5]. Такими угрожающими ситуациями могут стать неадекватное воспитание (жестокое, авторитарное, чрезмерно изнеживающее, не соответствующее полу или личностным особенностям ребенка), развод родителей, дисгармоничная семья, неспособность родителей выполнять конвенциональные или половые роли, конфликт между этими ролями и межличностными отношениями в семье или обществе, трудные условия обучения, неприятие коллективом сверстников и другие. Психоэмоциональное напряжение, лежащее в основе психосоматических расстройств у детей, связывают с нарушением детско-родительских отношений, которые определяются персональными особенностями родителей (воспитателей) или обстоятельствами жизни [11]. Состояние здоровья ребенка в определенном смысле можно рассматривать как индикатор семейного благополучия: болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [10].

Определение ранних диагностических признаков неблагополучия в психосоматическом развитии ребенка, оценка роли психогенных (прежде всего, семейных) факторов в развитии у него нарушений здоровья является необходимым условием научно обоснованного психологического вмешательства в системе профилактических и лечебных мероприятий. Изучению данной проблемы в связи с задачами обоснования направлений профилактики нарушений здоровья у детей старшего дошкольного возраста

было посвящено исследование, проведенное на базе детского отделения санатория-профилактория «Прилесье» ОАО АВТОВАЗ г. Тольятти.

В исследовании приняли участие семьи детей, которые были направлены в санаторий с целью лечения либо проведения профилактических и общеоздоровительных мероприятий. Всего было обследовано 213 семей, где воспитываются дети старшего дошкольного возраста с разным уровнем здоровья (100 девочек, средний возраст  $6,5 \pm 0,5$  лет; 113 мальчиков, средний возраст  $6,7 \pm 0,6$  лет).

У 74 детей (из обследованных семей) были диагностированы расстройства пищеварения, среди которых преобладали дискинезии желчевыводящих путей (58%), дисбиоз кишечника (32%), гастродуоденит (10%). Давность развития заболеваний у детей данной группы 1 – 2 года.

У остальных 139 детей не было клинически верифицированных расстройств пищеварения. Общее самочувствие детей оценивалось как удовлетворительное. Вместе с тем, в ходе исследования эта группа была разделена на две подгруппы: «практически здоровые» (68 детей) и «дети с признаками предболезненного состояния» (71 ребенок). Состояние здоровья детей с признаками предболезни на момент исследования оценивалось клинически как удовлетворительное, но в течение последних 3-6 месяцев дети данной группы периодически ощущали некоторые соматические недомогания и предъявляли жалобы на дискомфорт в области пищеварительного тракта (эпизодические боли в животе, потеря аппетита, запор, диарея, тошнота). Данные явления имели непостоянный характер, и при клиническом, а также лабораторно-инструментальном обследовании у детей данной группы патологических изменений в организме выявлено не было.

Большинство детей (81% детей с расстройствами пищеварения, 90% детей с признаками предболезненного состояния и 85% практически здоровых детей) воспитываются в полных семьях. Всего в исследование приняли участие 196 родителей (113 матерей и 83 отца). Социально-демографические характеристики семей отражены в Таблице 1.

Согласно Таблице 1, возраст родителей, которые принимали участие в нашем исследовании, приближен к кризисному этапу (30-40 лет), когда у родителей нарастает психологическая напряженность, обусловленная проблемами самоопределения и взаимоотношений в браке [3].

**Таблица 1**  
**Социально-демографические характеристики**  
**семей детей с разным уровнем здоровья**

<b>Параметры</b>	<b>Родители детей с расстройством пищеварения</b>	<b>Родители детей с признаками предболезненного состояния</b>	<b>Родители практически здоровых детей</b>
<b>Численность</b>	матери – 37 человек отцы – 29 человек	матери – 36 человек отцы – 26 человек	матери – 40 человек отцы – 28 человек
<b>Средний возраст</b>	мать – $29 \pm 4$ года	мать – $27 \pm 4$ года	мать – $27 \pm 3$ года

	отец – 33±6 лет	отец – 30±3 года	отец – 29±5 лет
<b>Социальный статус родителей</b>	рабочие – 34% служащие – 49% смешанные – 17%	рабочие – 19% служащие – 58% смешанные – 13%	рабочие – 21% служащие – 60% смешанные – 11%

Достоверных различий между подгруппами по возрасту и социальному статусу родителей выявлено не было.

Исследование семейного воспитания проводилось с использованием клинико-психологического и экспериментально-психологического методов.

В рамках клинико-психологического метода использовались: наблюдение, беседа, анализ медицинских карт. Беседа с родителями проводилась в форме полуструктурированного интервью и охватывала следующие блоки информации:

1. Особенности семейного функционирования организации: особенности семейных взаимоотношений и семейные трудности.

2. Отношение родителей к ребенку, особенности взаимоотношений с ним, преобладающие воспитательные стратегии и трудности в процессе воспитания.

Экспериментально-психологический метод был представлен следующими психодиагностическими методиками:

1. опросник PARI (Parental Attitude Research Instrument) для изучения отношения родителей к воспитанию ребенка и своей роли в семье;

2. опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для исследования индивидуального опыта родителей в воспитании ребенка.

Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Анализ биографических данных позволил составить предварительную психологическую характеристику семейных взаимоотношений у детей с различным уровнем здоровья, включая и условия воспитания.

Результаты исследования показали, что достоверных различий по параметру «наличие семейных конфликтов» в семьях детей с разным уровнем здоровья не выявлена. В 31% случаев конфликты отмечаются в семьях детей с расстройством пищеварения, в 38% – в семьях детей с признаками предболезненного состояния, в 45% - в семьях здоровых детей. По биографическим данным, полученным из беседы с родителями, во многих исследуемых семьях присутствует напряженность в супружеских отношениях, непонимание, разногласия по поводу воспитания детей и другие негативные особенности независимо от того, страдает ли ребенок нарушениями здоровья или является условно здоровым.

Достоверность различий при анализе биографических данных была выявлена при изучении условий проживания семей. По результатам исследования семьи больных детей (43%) в отличие от семей условно здоровых детей (26%) проживают в более неблагоприятных условиях, то есть не имеют собственной квартиры или проживают в стесненных условиях, где у ребенка нет своей комнаты.

Наличие квартиры, где у ребенка имеется своя комната, способствует тому, что в моменты семейных конфликтов, у детей есть «убежище», где они могут укрыться от негативных реакций родителей. По высказываниям самих родителей, когда жилищные условия не позволяют ребенку иметь свою комнату, в ситуациях конфликта ребенок часто становится не только свидетелем, но и активным его участником.

Для более углубленного изучения особенностей семейного воспитания было проведено исследование семейных взаимоотношений, родительских установок и индивидуального опыта воспитания детей старшего дошкольного возраста с разным уровнем здоровья при помощи психологических опросников PARI и ACB. Достоверные различия ( $p \leq 0,001$ ), полученные в ходе исследования, отражены в Таблицах 2 и 3.

**Таблица 2**  
**Особенности семейного воспитания со стороны матерей**

Группы Параметры	Группа 1 Дети с расстройством пищеварения	Группа 2 Дети с признаками предболезненного состояния	Группа 3 Практически и здоровые дети	$p^*$ группы 1 и 2	$p^*$ группы 2 и 3	$p^*$ группы 1 и 3
Чрезмерная забота	5,75±1,68	5,07±1,07	6,19±2,08	0,005	<b>0,0002</b>	0,15
Ограниченность родителя интересами семьи	5,08±1,35	4,03±1,21	4,50±2,25	<b>1,75E-06</b>	0,14	0,05
Раздражительность	3,92±2,48	4,29±2,06	5,18±1,84	0,32	0,01	<b>0,0009</b>
Сверхавторитет родителей	5,48±1,26	5,61±1,26	6,43±1,74	0,55	0,002	<b>0,0001</b>
Неудовлетворенность своей ролью в семье	4,92±2,69	4,18±1,65	6,27±2,10	0,05	<b>5,2E-09</b>	<b>0,001</b>
Партнерские отношения родителей ребенком	4,65±1,87	3,89±1,88	5,42±1,74	0,01	<b>5,44E-06</b>	0,01
Поощр. активности ребенка	3,50±2,12	3,17±1,25	4,08±1,72	0,25	<b>0,0007</b>	0,08
Безучастность мужа	4,03±1,24	3,38±1,19	3,31±1,54	<b>0,001</b>	0,77	<b>0,001</b>
Уравнительные отношения между родителями и детьми	7,88±2,60	7,11±4,04	5,87±3,06	0,15	0,05	<b>2,8E-05</b>
Гиперпротекция	5,36±1,50	4,77±1,26	3,46±2,13	0,01	<b>6,73E-05</b>	<b>7,33E-09</b>
Гипопротекция	3,17±1,75	2,67±1,18	3,82±1,83	0,05	<b>6,66E-05</b>	0,03
Чрезмер. требований-обязанн.	0,81±0,77	0,94±0,24	1,54±0,83	0,20	<b>2,23E-07</b>	<b>4,37E-07</b>
Чрезмер. требований- запретов	2,30±1,26	1,44±0,73	1,61±1,19	<b>2,8E-06</b>	0,34	<b>0,001</b>
Недост. требований- запретов	1,82±0,97	1,52±0,93	1,32±0,72	0,05	0,21	<b>0,001</b>

Минимальность санкций	3,56±0,84	2,95±0,78	2,57±1,25	<b>1,55E-05</b>	0,04	<b>1,12E-07</b>
Неустойчив. стиля воспитания	2,27±1,54	1,28±1,33	2,10±1,27	<b>6,3E-05</b>	<b>0,0007</b>	0,50
Расширение сферы родительских чувств	2,74±1,50	2,67±0,64	1,96±0,91	0,74	<b>2,5E-06</b>	<b>0,0007</b>
Предпочтение детских качеств	1,86±1,57	1,56±1,40	1,00±1,08	0,24	0,02	<b>0,0005</b>
Воспитатель. неуверенность	4,05±1,00	3,59±1,54	3,25±0,92	0,03	0,15	<b>2,52E-06</b>
Проекция собственных нежелаемых качеств	1,71±1,40	1,03±0,96	1,29±1,14	<b>0,001</b>	0,19	0,06
Предпочт. в реб. муж. качеств	0,46±0,50	0,97±1,08	0,5±0,50	<b>0,0002</b>	0,004	0,68

Примечание: \* - достоверность различий.

**Таблица 3**  
**Особенности семейного воспитания со стороны отцов**

Группы Параметры	Группа 1 Дети с расстройством пищеварения	Группа 2 Дети с признаками предболезненного состояния	Группа 3 Практически здоровые дети	p* группы 1 и 2	p* группы 2 и 3	p* группы 1 и 3
Супружеские конфликты	5,12±2,45	3,90±2,02	4,31±2,15	<b>0,001</b>	0,31	0,07
Излишняя строгость	4,88±1,48	5,37±3,04	3,79±2,02	0,20	0,003	<b>0,0008</b>
Неудовл. своей ролью в семье	5,02±1,22	6,01±1,09	5,79±1,67	<b>6,29E-07</b>	0,39	0,004
Поощрение активности ребенка	3,79±1,64	6,07±2,21	4,79±1,76	<b>2,12E-11</b>	0,002	0,002
Безучастность мужа	5,40±0,84	4,59±2,14	3,24±2,17	0,002	0,002	<b>1,08E-12</b>
Доминирование матери	1,98±1,43	4,41±1,93	1,71±1,55	<b>1,07E-06</b>	0,10	0,31
Гипопротекция	5,05±2,02	4,5±2,86	3,41±2,36	0,17	0,03	<b>9,18E-05</b>
Потворствование	2,89±1,18	3,91±1,20	2,32±0,93	<b>2,78E-07</b>	<b>7,02E-12</b>	0,01
Игнорирование потреб. ребенка	0,84±1,19	1,61±1,53	0,73±1,02	<b>0,0006</b>	<b>0,0008</b>	0,59
Недостат. требований-обязан.	1,77±1,07	1,42±1,31	0,86±1,11	0,08	0,02	<b>2,49E-05</b>
Недостат. требований-запретов	1,88±0,61	2,31±0,87	1,95±0,99	<b>0,0006</b>	0,04	0,62
Минимальность санкций	3,26±0,88	3,58±0,50	3,09±0,80	0,006	<b>6,66E-05</b>	0,30
Неустойчивость стиля воспитан.	2,60±1,48	2,95±1,35	2,04±0,89	0,12	<b>0,0001</b>	0,03
Расширение	1,79±1,89	1,41±1,41	0,27±0,87	0,15	<b>3,72E-</b>	<b>1,71E-</b>

сферы чувств					<b>06</b>	<b>06</b>
Предпочтение детских качеств	2,06±1,38	1,32±1,11	0,59±1,13	<b>0,0003</b>	<b>0,0007</b>	<b>1,92E-08</b>
Воспитательная неуверенность	3,54±0,91	3,51±1,30	1,54±1,09	0,86	<b>5,79E-14</b>	<b>2,13E-19</b>
Фобия утраты ребенка	2,83±1,61	1,33±1,21	1,45±1,45	<b>8,31E-10</b>	0,62	<b>7,51E-06</b>
Неразвитость род. чувств	1,88±1,00	2,19±1,65	1,09±1,05	0,16	<b>0,0001</b>	<b>7,21E-05</b>
Вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания	0,53±0,77	0,88±1,38	0,00±0,00	0,05	<b>4,18E-05</b>	<b>1,18E-05</b>
Предпочт. в реб. жен. качеств	0,45±0,77	1,19±1,18	0,00±0,00	<b>9,21E-06</b>	<b>8,62E-10</b>	<b>0,0001</b>
Предпочт. в реб. муж. качеств	1,34±1,62	0,94±1,42	0,5±0,51	0,10	0,05	<b>0,001</b>

Примечание: \* - достоверность различий.

Анализ данных, полученных в результате беседы с родителями, а также при использовании методик PARI и ACB, позволил представить целостную картину семейного воспитания детей с разным уровнем здоровья. Результаты исследования особенностей семейного воспитания позволили заключить, что значительную роль при воспитании гармоничной и соматически здоровой личности ребенка играет эмоциональное благополучие родителей. Исследование показало, что во всех группах присутствуют в большей или меньшей степени неблагоприятные особенности в системе воспитания. Однако в семьях детей с признаками предболезненного состояния интенсивность негативных тенденций в системе воспитания выражена несколько ярче, чем в семьях детей с расстройством пищеварения и значительно сильнее, чем в семьях практически здоровых детей. Достоверно значимыми неблагоприятными тенденциями в семейном воспитании являются: гиперпротекция матери, гипопротекция в сочетании с эмоциональным отвержением ребенка со стороны отца при использовании физического наказания; неудовлетворенность отца доминированием матери, выраженность личностных проблем родителей, привносимых в процесс воспитания, и неудовлетворительные условия проживания семьи.

Для отцов всех обследованных детей характерен гипоопекающий стиль воспитания. Ребенок находится преимущественно на периферии внимания отцов, общение с ним носит эпизодический и поверхностный характер, чаще всего – при возникновении у него проблем в развитии или нарушений здоровья. Необходимо отметить, что при одинаковом стиле воспитания были выявлены некоторые характерные особенности для каждой из выделенных групп.

По данным настоящего исследования в воспитании практически здоровых детей отцы используют минимальное количество санкций, не имеют личностных неразрешенных проблем.

У отцов детей с нарушением пищеварения, наравне с гипоопекающим стилем воспитания, выявлено значительное количество личностных проблем, которые они приносят в процесс воспитания детей (желание, чтобы ребенок оставался маленьким, опасаются навредить ребенку или обидеть его, стараются не наказывать). Полученные результаты говорят о том, что отцы детей с расстройством пищеварения не понимают особенности развития детей, не имеют эмоционального контакта и адекватного опыта общения со своим ребенком. При этом отцы отмечают конфликтные отношения в своей семье и собственную безучастность в семейных делах и воспитании ребенка (что подтверждается и ответами матерей детей с расстройством пищеварения).

Похожая тенденция в отцовском воспитании отмечается и у детей с признаками предболезненного состояния - выявлено значительное количество параметров, которые говорят о личностных проблемах отцов и ошибках в воспитании детей (расширение родительских чувств, воспитательная неуверенность, неразвитость родительских чувств, предпочтение детских качеств, фобия утраты, неустойчивость системы воспитания). Полученные результаты свидетельствуют о том, что отцы детей данной группы крайне недовольны своей ролью в семье – отмечают доминирование матери и постоянные внутрисемейные конфликты. У матерей в данных семьях отмечается расширение родительских чувств, что говорит о неудовлетворенности в отношениях с супругом и отсутствии эмоционального контакта с ним. В данных семьях ситуация усугубляется ещё и тем, что отцы часто наказывают детей физически и гипоопекающий стиль воспитания нередко переходит в эмоциональное отвержение ребенка.

Анализ родительских ответов показывает, что в семьях, где воспитываются дети с расстройством пищеварения и дети с признаками предболезненного состояния со стороны матери отмечается гиперпротекция в воспитании ребенка. Матери стараются контролировать развитие ребенка, посвящать ему как можно больше времени, сил и внимания. Воспитание ребенка становится главным делом их жизни. Гиперпротекция матери в воспитании ребенка в данных семьях, возможно, объясняется несколькими причинами. Одна из них – чрезмерная направленность матери на ребенка как компенсация недостаточного эмоционального контакта с супругом. Гиперпротекция матери также может быть связана с состоянием ребенка: при развитии болезненных симптомов у ребенка матери приходится полностью посвящать себя заботе о нем, испытывая при этом неудовлетворенность семейными взаимоотношениями.

В семьях практически здоровых детей матери не склонны придерживаться каких-либо жестких позиций относительно воспитания ребенка и применяют различные методы в процессе воспитания в



зависимости от ситуаций, возможна эмоциональная холодность в отношениях с ребенком, при этом ощущают неудовлетворенность своей ролью в семье и констатируют сверхавторитет родителей.

По результатам исследования особенностей семейного воспитания в семьях детей с разным уровнем здоровья можно заключить, что наиболее негативные тенденции присутствуют в системе воспитания детей с признаками предболезненного состояния: в данных семьях отмечается крайняя противоречивость во взглядах родителей на воспитание ребенка (отец предпочитает в детях развитие женских качеств, матери – мужских); чрезмерное количество личностных проблем, переносимых в сферу воспитания, обостренные супружеские отношения.

В результате факторизации ковариационной матрицы методом главных компонент с варимакс-вращением факторных осей было выделено 5 факторов, охватывающих 71,9% дисперсии показателей, в каждый из которых вошли переменные, которые характеризуют разные стороны семейного воспитания:

1. «эмоциональная холодность матери при подавляющей гиперпротекции со стороны отца»,
2. «неудовлетворенность родительской и супружеской ролью у отца при доминировании матери»,
3. «воспитательная неуверенность родителей»,
4. «неудовлетворенность родителей семейными взаимоотношениями при их высокой значимости»,
5. «подавляющая гиперпротекция со стороны матери при неустойчивости воспитательной стратегии отца».

В ходе дискриминантного анализа были получены стандартизированные коэффициенты канонической дискриминантной функции и уравнения (диагностические правила) для каждой группы детей (см. Таблицу 4).

**Таблица 4**  
**Диагностические правила для определения факторов риска нарушений здоровья у детей старшего дошкольного возраста**

Психодиагностические переменные	Группы детей		
	Дети с расстройством пищеварения (коэффициенты)	Дети с признаками предболезненного состояния (коэффициенты)	Практически здоровые дети (коэффициенты)
Гипопротекция (мать)	-0,642	-0,630	1,541
Предпочтение детских качеств (мать)	0,494	0,689	-1,019
Ощущение самопожертвования (отец)	1,618	1,216	0,105
Воспитательная неуверенность (мать)	4,535	3,213	1,246
Необходимость посторонней помощи в воспитании ребенка (отец)	0,421	-0,128	0,071

Недостаточность требований-запретов (мать)	5,840	5,016	3,717
Доминирование матери (отец)	-0,871	0,728	1,686
Уравнительные отношения между родителями и детьми (мать)	0,963	1,137	1,147

Результаты свидетельствуют о том, что наиболее точно дискриминирующая функция позволяет прогнозировать принадлежность ребенка к группе с предболезненными состояниями (условно здоровые с жалобами на соматические недомогания) – 94,4%. Это представляется особенно значимым, поскольку заболевание у ребенка данной группы еще не диагностировано, но уже возможно психодиагностическими методами выявить специфическую констелляцию психосоциальных характеристик (прежде всего, особенностей семейного воспитания), определяющую повышенный риск развития нарушений здоровья. Таким образом, появляется возможность зафиксировать первые признаки неблагополучия в условиях семейного воспитания, которые могут являться психогенными факторами нарушения здоровья у детей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что психопрофилактическую и психокоррекционную работу с детьми и их семьями необходимо начинать именно на стадии предболезни, когда заболевание еще не причиняет физические и эмоциональные страдания ребенку, но его можно уже спрогнозировать и своевременно организовать профилактические мероприятия, включающие психокоррекционные воздействия. Результаты исследования позволяют заключить, что группа детей с признаками предболезненного состояния нуждается в особом внимании психологов и психотерапевтов, поскольку именно в этой группе наиболее отчетливо проявляется влияние психогенных факторов на соматическое состояние детей.

Именно в семьях детей с психосоматическими нарушениями родители испытывают крайнюю неудовлетворенность своей ролью в семье, взаимоотношениями с супругом или супругой и переносят свои неразрешенные личностные проблемы в процесс воспитания. Нельзя исключать, что развивающиеся симптомы заболевания у ребенка могут также «использоваться» родителями в решении супружеских и личностных проблем. Конфликтные взаимоотношения между родителями могут оказывать крайне негативное влияние на психосоматическое развитие детей старшего дошкольного возраста. Ребенок, являясь свидетелем и нередко непосредственным участником семейных конфликтов, усваивает негативные формы поведения родителей, сталкивается с противоречивостью в отношении к родителям: испытывая естественную любовь и привязанность к родителям, ребенок одновременно чувствует обиду, душевную боль и свою беспомощность в таких ситуациях.

Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что важными прогностическими критериями выявления риска нарушений здоровья у детей

старшего дошкольного возраста являются особенности семейных взаимоотношений и условий семейного воспитания, которые можно отнести к психогенным факторам нарушения здоровья у детей. Такими психодиагностическими параметрами являются: гиперпротекция и воспитательная неуверенность матери, недостаточная вовлеченность отца в процесс воспитания, личностные неразрешенные проблемы родителей и их неудовлетворенность сложившимися взаимоотношениями в семье. Результаты исследования показали, что психосоматическое благополучие детей 6-7 лет зависит от психологического климата в семье, родительских взаимоотношений и личного благополучия родителей.

Полученные результаты исследования позволили определить необходимые направления психологической профилактики и коррекции нарушения здоровья у детей старшего дошкольного возраста, которые должны ориентироваться главным образом на повышение воспитательной компетентности родителей, осознание родителями возможных последствий действия негативных тенденций семейного воспитания и изменение своих воспитательных стратегий для предупреждения нарушений здоровья у ребенка.

Профилактика нарушений соматических (психосоматических) заболеваний у детей должна иметь комплексный характер и включать систему мероприятий, корригирующих факторы риска нарушений здоровья и формирующие благоприятные условия для психического и физического развития ребенка. Весьма перспективной неспецифической формой профилактики представляется работа по консультированию обоих родителей по вопросам воспитания ребенка с акцентом на важности благополучия семейных взаимоотношений и гармоничного семейного воспитания для сохранения здоровья ребенка. Предпочтительной формой для психокоррекции семейных взаимоотношений являются совместные занятия, при участии всех членов семьи, с элементами семейной психотерапии: в процессе таких занятий у родителей формируется более четкое представление об эмоциональных потребностях детей, между родителями и детьми устанавливаются эмоционально более позитивные отношения, также более конструктивные взаимоотношения устанавливаются и между родителями. В течение 1-2 лет после проведения психокоррекционной работы для закрепления полученных результатов целесообразно, по возможности, оказывать поддерживающую психологическую помощь семье преимущественно в форме консультирования, а при необходимости повторного курса психокоррекции.

Литература.

1. Баранов А.А., Гринина О.В. Болезни органов пищеварения у детей. – Горький, 1981.
2. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981.

3. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. (Серия «Мир психологии»)
4. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей, СПб., 2000.
5. Исаев Д.Н. Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков// Вестник клинической психологии, 2003, - Том 1, №2.
6. Материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума "Санкт-Петербург-Гастро - 2007//[www.gastro.spb.ru](http://www.gastro.spb.ru)
7. Минздрав: Основные характеристики и тенденции состояния здоровья детей (1992-2002 годы)// Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.// <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0135/analit02.php>
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей. М., 2006.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
10. Basquin M. L'enfant, symptome de ses parents//Sem. Hop. Paris. – 1982/ -Vol. 58, № 42. – P. 2450 – 2453.
11. Dunbar F.N. Psychosomatic diagnosis. New York . L 1948.

## **КОРРЕКЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СПОРТСМЕНОВ-ФУТБОЛИСТОВ**

*Алехина С.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Одним из значимых факторов, обеспечивающих на протяжении многих десятилетий победы спортивных команд различного уровня на международной арене является эффективное научно-методическое и психологическое сопровождение (Платонов В.Н. 1997., Родионов А.В., В.Г.Сивицкий 2004).

Специализированные упражнения, непосредственно не связанные с избранным видом спортивной деятельности и направленные на развития психических качеств, коммуникативных навыков, восстановления "нервно-психической свежести" или настройки на предстоящее соревнование используются в спорте давно. (Митрофанова М.Л., 2004).

Психотехнические или тренинговые упражнения имеют ряд преимуществ, делающих их незаменимыми средствами подготовки футболиста. Во-первых, это направленность работы на те качества которые в обычном тренировочном процессе не получают достаточной для их развития интенсивности. Во-вторых, тренинговые упражнения помогают решать ряд важных задач учебно-тренировочного процесса по гармоничному развитию личности спортсмена, сплочению коллектива, регуляции психологического

климата, содействию социально-психологической адаптации игроков к условиям временных конкурентных малых групп, какими являются сборные и клубные команды.

В-третьих, эффект взаимодействия индивидуально-психологических систем деятельности игроков опосредуется уровнем развития команды. Уровень развития характеризуется уровнем сплочения. Суть сплочения – в формировании особого типа связей, превращающих формальную структуру команды в психологическую общность.

Поскольку футбол - деятельность не индивидуальная, а совместная, постольку эффективность этой деятельности зависит от внутригрупповых процессов. Основными из них являются совместимость и срабатываемость.

Совместимостью называется сложный психологический эффект сочетания личностных качеств игроков, приводящий к эмоциональной близости партнеров, идентификации себя с командой.

Различается структурная и функционально-ролевая совместимость. Структурная совместимость представляет собой взаимодополняемость, свойств темперамента и черт характера, а также сходство личностных качеств партнеров. Функционально-ролевая совместимость – это соответствие в представлениях партнеров о тех ролях, которые они будут реализовывать сами и ожидать от других в процессе взаимодействия. Срабатываемость - эффект сочетания и взаимодействия футболистов в линиях и звеньях, позволяющий добиваться успешности деятельности и удовлетворенности достигнутым результатом. (А.В.Морозов, 2000).

Цель – разработать и апробировать программу психотренинга, направленного на регуляцию психологического климата футбольной команды.

Общая цель психотренинга конкретизирована в следующих задачах:

- 1) Овладение психологическими знаниями;
- 2) Коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения;
- 3) Развитие способности адекватного и полного познания себя и других членов футбольной команды;
- 4) Коррекция и развитие системы отношений спортсмена в команде.

Этапы организации и проведения тренинга в футбольной команде:

I. Подготовительный этап:

1.1. Постановка задачи.

1.2. Подготовка предварительного предложения по решению поставленной задачи.

1.3. Получение информации в режиме обратной связи и внесение необходимых изменений в программу.

1.4. Диагностические процедуры.

II. Основная часть тренинга.

2.1. Последовательное исполнение всех пунктов программы освоения психотехник нового поведения.

2.2. Актуализация и коррекция психологического потенциала личности спортсмена.

III. Заключительный этап:

3.1. Подготовка отчета по результатам тренинга и плана последующих мероприятий по обучению.

3.2. Пост-тренинговая поддержка – консультирование членов футбольной команды по проблемам, выявленным в ходе работы (деловые и ролевые игры, анкетирование и т.д.).

Тренинговая программа состоит из трех взаимосвязанных тематических блоков:

-осознание футболистом своих личностных особенностей и оптимизации отношений к себе, к своей личности. Он содержит упражнения, ориентированные на то, чтобы сфокусировать внимание членов футбольной команды на собственной личности, на своих переживаниях и мыслях. На этом этапе тренер ставит перед собой задачу создать в тренинге такие условия и такие ситуации, которые могли бы обеспечить каждому ученику возможность наиболее ярко, отчетливо увидеть себя и в зеркале собственных представлений и самооценок и в зеркале мнений других членов команды;

-осознание каждым членом команды возможности изменения собственных ограничительных правил и генерализаций в общении и поведении с другими членами футбольной команды. Большое значение в этом блоке имеет система приемов невербальной коммуникации, тренинг сензитивности, отработка навыков оптимального межличностного общения;

-осознание спортсменом себя в системе тренировочной деятельности и оптимизацию своих отношений к этой системе. На этом этапе основной упор будет направлен на закрепление новых поведенческих паттернов, отработку умений самоанализа технико-тактических действий. В ходе занятий участники группы диагностического тренинга будут получать информацию о том, как они выглядят в глазах товарищей, как те или иные их действия, поступки воспринимаются ими. Такой обмен впечатлениями будет происходить в групповых дискуссиях и ролевых играх, организованных тренером команды. Получаемые в тренинге новые сведения будут вести к побуждению каждого члена команды к переосмыслению сложившихся представлений о себе и товарищах, стимуляции его личностного роста.

Эффективность тренинга в футбольной команде будет зависеть не только от адекватности, осуществляемой тренером диагностики, но и от того, насколько большим арсеналом средств он обладает для достижения той или иной цели. В данной работе описываются игры, которые на наш взгляд, могли бы стать одним из эффективных средств повышения компетентности членов команды в общении, выработка «духа» команды, выработка новых форм взаимодействия в команде. Предлагаемые игры использовались не только как основа психологической работы в команде, но и как вспомогательный элемент группового тренинга. В первом случае речь идет об игровом тренинге: участникам после небольшой разминки предлагается

игра и ее обсуждение. Во втором случае игра используется как средство диагностики групповых явлений. Игровые занятия направлены на закрепление и развитие позитивного опыта, полученного футболистами в процессе работы.

Содержание психокоррекционной программы сопровождения спортсменов-футболистов

Задание 1.

Цель: самооценка личностных качеств.

Упражнения: «Футболка с надписью», «Ассоциации», «Представление о себе». Членам футбольной команды тренер раздает листы бумаги. Каждый получает задание написать на листе бумаги 8-10 предложений о себе, не указывая на легко узнаваемые внешние признаки. По окончании работы листы сдаются тренеру, спортсмены вновь усаживаются на свои места. Тренер зачитывает описания, не называя фамилий. Задача участников – угадать кому, из группы принадлежит зачитываемая характеристика. После этого обсуждение результатов.

Задание 2.

Упражнение: уровень развития коллектива

Цель: оценка существующих взаимоотношений в футбольной команде через эмоционально-символическую аналогию. Эмоциональные образы-символы подобраны с учетом возрастных особенностей спортсменов, их стремления к эмоциональному восприятию действительности и соответствовали разным ступеням развития футбольной команды. Для обозначения этих ступеней использовались следующие образные названия: «Песчаная россыпь», «Мягкая глина», «Мерцающий маяк», «Алый парус», «Факел». Своеобразное видение футбольной команды через представленные образы-символы, умение соотнести реальную жизнь с эталонной моделью выступало важной частью диагностического тренинга-коррекции. Выполнение всеми членами группы данного задания позволит не только определить на какой ступени развития находится футбольная команда, но и определить реальные перспективы и пути ее развития. Сюда будут входить предложения игроков, касающиеся эмоционального климата, стиля взаимоотношений, самоуправления.

Задание 3

Упражнение: «Настроение»

Цель: определить самочувствие и настроение спортсмена в команде как один из механизмов, раскрывающих изменения его взаимодействия с коллективом.

Смысл этого заключается в том, что посредством эмоционального отражения собственного «Я» и группы формируется чувство общности, утверждается понятие «мы». Изучая динамику настроений, можно составить представление и о динамике отношений в футбольной команде. Групповое командное настроение, содержащее отдельные черты настроения футболистов, обладает заразительностью, большой импульсивной силой и

динамичностью. Сложность изучения динамики настроений заключалась в том, что при этом необходимо было уловить и количественно выразить содержание эмоциональных состояний. Важно получить от каждого испытуемого сведения о его настроении, а не его объяснения и рассуждения по поводу собственных эмоциональных состояний. Динамика настроений будет определяться с помощью метода эмоционально-символической аналогии, в основе которого лежит специфическая связь цвета с эмоциональными состояниями. Испытуемый, прибегая к языку эмоционально-символической аналогии, будет иметь возможность более непосредственно описать свои состояния, не обращаясь к словам и выражениям, имеющим оценочную окраску и обозначающим отношение личности к тому, о чем идет речь. Цветоматрицы, построенные на основе индивидуальных дневниковых данных за весь период наблюдения, дадут возможность представить картину самочувствия каждого члена футбольной команды изо дня в день, общую тональность психологического климата в команде за каждый день и за весь рассматриваемый период. Цветовая гамма по вертикали определит представленность определенных настроений в футбольной команде ежедневно, по горизонтали – динамику эмоциональных состояний личности изо дня в день в течение исследуемого периода.

Литература.

1. Верхошанский, Ю.В. Программирование и организация тренировочного процесса/Ю.В.- Верхошанский - М.: ФиС, 1985.-175 с.
2. Матвеев, Л.П. Основы спортивной тренировки/ Л.П.Матвеев - М.: ФиС, 1977.- 280 с.
3. Митрофанова М.Л. Тренинг парных взаимоотношений. // Актуальные проблемы спортивной науки в подготовке спортсменов к олимпийским играм: Материалы Международной конференции – Мн. ЗАО "Веды", 2004. – С.43-46.
4. Морозов, А.В. Деловая психология. Учебник для высших и средних спец.учебн. заведений / А.В.Морозов - СПб.: Издательство Союз, 2000. – 296 с.
5. Платонов, В.Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте / В.Н. Платонов – К.: Олимпийская литература, 1997. – 584 с.
6. Родионов А.В., В.Г.Сивицкий Программированная психотактическая подготовка в единоборствах // Актуальные проблемы спортивной науки в подготовке спортсменов к олимпийским играм: Материалы Международной конференции – Мн. ЗАО "Веды", 2004. – С.77-81.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

***В.М.Атаманов***



## Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера, Пермь

В промышленно развитых странах сахарным диабетом (СД) болеют до 4-6% (150 миллионов) всего населения. СД считается полигенным многофакторным заболеванием, обусловленным взаимоотношением генетических факторов и факторов окружающей среды. Психосоциальные факторы играют одну из ведущих ролей в возникновении и течении СД. Психическое напряжение может приводить к развитию СД в результате перенапряжения корковых процессов, растормаживания подкорковых гипоталамических центров, ведущих к нарушению нервно-гуморальной регуляции.

Ещё один возможный механизм – повышение тонуса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которое возникает при острых психических травмах. Факторы стресса повышают уровень адреналина, кортизола, и значимо влияют на гуморальный и клеточный иммунитет с последующим развитием аутоиммунных реакций.

Длительно существующая стрессовая ситуация может вызвать повышение уровня глюкозы, стать причиной нарушения углеводного обмена, что приводит к сахарному диабету. СД часто сопровождается различными неспецифическими нарушениями в психической сфере, как возникающими на органическом фоне, так и являющимися следствием хронического психологического стресса [2, 11, 12]. Человек во фрустрирующих ситуациях (болезни, конфликт) реагирует темпераментом, характером, личностью. Некоторые исследователи с типом нервной деятельности связывают особенности темперамента [6, 14]. А изменяются ли показатели темперамента при возникновении и течении СД? Нуждаются ли пациенты СД в наблюдении психолога?

**Целью** нашего исследования явилась оценка показателей темперамента, как системы формальных поведенческих изменений, отражающих различные блоки функциональной системы, во взаимосвязи с уровнями торможения, возбуждения, подвижности нервной системы, клинической стадией заболевания больных сахарным диабетом 1 типа (СД-1) разного пола.

**Материалы и методы.** Обследованы 97 пациентов СД-1 и 55 здоровых, которые были разделены на 4 группы. Средний возраст обследованных  $35,2 \pm 1,2$  года. Первая группа - 40 больных мужчин СД-1. Вторая группа - 57 больных женщин СД-1. Для контроля исследовали 25 здоровых мужчин (3-я группа) и 30 здоровых женщин (4-я группа). Для исследования использовался опросник структуры темперамента В.М.Русалова с оценкой предметной и социальной эргичности, пластичности, темпа (скорости) и эмоциональной чувствительности [7]. А также тест-опросник Стреляу для оценки уровня возбуждения, торможения, подвижности нервных процессов [3], данные клинического осмотра

пациентов и лабораторные данные. Статистическая обработка проводилась с помощью электронной программы «Biostat» (описательная статистика, критерий Манна-Уитни).

Нами выявлено, что итоговая оценка предметной эргичности (уровня потребности в освоении предметного мира, жажды деятельности, стремления к труду - ЭР), социальной эргичности (уровня потребности в социальных контактах, жажда деятельности – СЭР), пластичности предметной (особенности мышления и возможности переключения на другую деятельность - П), пластичности социальной (возможность вступления в новые социальные контакты – СП), темпа предметного (особенности психомоторики – Т) достоверно не отличаются от контрольных групп здоровых мужчин и женщин.

*Показатели и индексы темперамента в баллах ( $M \pm m$ )  
при сахарном диабете 1-го типа. Таблица №1*

Показатель	Муж. гр. СД-1/ №1	Муж. гр. Контр. /№3	Достовер н. отличия (P)	Жен. гр. СД-1/ №2	Жен. гр. Контр. /№4	Достовер н. отличия (P)
Число набл.	40	25	Не дост.	57	30	Не дост.
ЭР	5,65±0,4 6	6,80±0,6 6	Не дост.	4,95±0,3 9	6,00±0,6 5	Не дост.
СЭР	6,70±0,5 2	7,44±0,6 2	Не дост.	6,53±0,4 6	6,80±0,6 1	Не дост.
П	5,23±0,5 3	6,72±0,6 9	Не дост.	5,51±0,4 0	6,47±0,4 7	Не дост.
СП	4,65±0,4 0	5,40±0,4 6	Не дост.	4,63±0,3 9	4,47±0,6 3	Не дост.
Т	6,80±0,5 8	7,64±0,7 7	Не дост.	6,18±0,4 2	6,77±0,7 0	Не дост.
СТ	6,55±0,4 3	6,68±0,6 4	Не дост.	5,57±0,3 9	6,93±0,3 7	<b>p&lt;0,05</b>
ЭМ	5,93±0,5 8	5,52±0,7 0	Не дост.	6,91±0,4 9	6,28±0,8 3	Не дост.
СЭМ	6,25±0,4 7	5,28±0,6 7	Не дост.	7,54±0,3 3	7,40±0,5 0	Не дост.
К	3,53±0,2 7	2,40±0,3 6	Не дост.	2,70±0,2 0	2,30±0,2 2	Не дост.
ИОЭ	11,93±0, 98	10,92±1, 25	Не дост.	14,46±0, 72	13,53±1, 17	Не дост.
ИЭД	1,80±0,2 4	2,28±0,3 3	Не дост.	2,39±0,2 7	2,93±0,4 8	Не дост.
ИОТ	13,50±0,	14,52±1,	Не дост.	11,70±0,	13,70±1,	Не дост.

	90	05		67	14	
ИУГ/п	10,88±0,80	13,48±0,73	<b>p&lt;0,05</b>	10,46±0,69	12,23±1,16	Не дост.
ИУГ/с	11,80±0,94	14,24±1,02	Не дост.	11,28±0,74	13,27±1,14	Не дост.
ИПА	17,83±1,27	20,60±1,67	Не дост.	16,70±0,96	19,02±1,70	Не дост.
ИСА	18,00±1,06	20,12±1,26	Не дост.	16,82±1,02	18,17±1,52	Не дост.
ИОА	35,83±2,02	40,36±2,20	Не дост.	35,32±1,73	37,20±2,87	Не дост.
ИАД	6,18±0,69	7,76±1,16	Не дост.	5,42±0,54	6,27±0,90	Не дост.
ИА	28,85±1,91	30,92±2,62	Не дост.	25,93±1,58	30,47±2,46	Не дост.

*Обозначения показателей в тексте статьи.*

Достоверное снижение ( $p<0,05$ ) уровня социального темпа (снижение речедвигательной активности, вербализации - СТ.) в женской группе СД-1 (СТ=5,57±0,39 баллов во 2-й группе, при норме СП=6,93±0,37 в 4-й группе). Не выявлено достоверного отличия от здоровых мужчин и женщин по параметрам эмоциональной чувствительности предметной (оценка реальных результатов и планируемых действий - Эм), и эмоциональной чувствительности социальной (уровню общения и уверенности в себе - Сэм). При оценке индексов темперамента нами выявлено достоверное снижение уровня готовности к предметной деятельности в группе мужчин СД-1 (ИУГ/п = 10,88±0,80 балла при норме 13,48±0,73). При оценке других индексов темперамента больных СД-1: индекса общей эмоциональности (ИОЭ), эмоционального дисбаланса (ИЭД), индекс уровня готовности к социальной деятельности (ИУГ/с), предметной активности (ИПА), социальной активности (ИСА), общей активности (ИОА), активности дисбаланса (ИАД), индекс адаптивности (ИА) - достоверных отличий от здоровых людей выявить не удалось (таблица №1).

*Характеристики нервной деятельности по Стрелю. Таблица №2*

Показатель	Муж. гр. СД-1/ №1	Муж. гр. Контр. /№3	Достовер н. отличия (P)	Жен. гр. СД-1/ №2	Жен. гр. Контр. /№4	Достовер н. отличия (P)
Число набл.	40	25		57	30	
Возбудимость	55,10±2,81	63,29±2,47	Не дост.	50,15±1,86	53,55±2,14	Не дост.
Торможение	63,35±2,16	65,62±2,31	Не дост.	58,73±1,58	61,55±1,99	Не дост.

Подвижность	50,78+2, 37	53,43+2, 69	Не дост.	47,46+1, 63	53,21+2, 41	<b>P&lt;0,05</b>
Возб./тормож.	0,88+0,0 3	0,97+0,0 4	<b>P&lt;0,05</b>	0,87+0,0 3	0,86+0,0 4	Не дост.

При оценке особенностей нервной системы по Стреляу выявляется тенденция ( $p=0,06$ ) - к снижению её возбудимости в мужской группе СД-1, а при расчете индекса возб./тормож. выявлено достоверное снижение ( $p<0,05$ ) в этой группе. Достоверное снижение ( $p<0,05$ ) подвижности нервной системы в женской группе СД-1 (таблица №2).

**Обсуждение.** В рамках клинической психологии под темпераментом понимается совокупность динамических особенностей психической деятельности. Темперамент рассматривается В.М. Русаловым, как система формальных, поведенческих изменений, отражающих различные блоки функциональной системы в понимании П.К. Анохина, К.В. Судакова [8, 9, 13, 15]. Число их измерений и их содержание соответствует 4-х блоковой структуре функциональной системы:

1. афферентный синтез соответствует эргичности;
2. блок программирования – пластичности;
3. блок исполнения – темпу (скорости);
4. обратная связь – эмоциональной чувствительности.

Каждое измерение состоит из двух подизмерний, связанных с двумя главными сферами взаимодействия – предметным миром и обществом:

1. объективно ориентированного;
2. субъективно ориентированного (или коммуникативного)

Существенную роль играет наследственность в развитии темперамента, однако, доказана роль и факторов среды [1]. Известно, что формально-динамические свойства не являются раз и навсегда строго фиксированными, а формируются и обобщаются по мере развития человека. Их развитие обусловлено: биологическим возрастным развитием, сменой ведущих типов деятельности (игры, учёбы, труда). Темперамент, как совокупность формально-динамических свойств, необходим человеку для регуляции адаптационных механизмов в обычных, повседневных условиях, так и при заболевании, в условиях конфликта [10]. Различные свойства темперамента связаны с функционированием различных нейротрансмиттеров [1, 5, 9, 10]. Модель темперамента, которая предложена Робертом Клониджером и соавторами, предполагает зависимость каждого свойства темперамента от определённого вида нейротрансмиттера [17,18]. Эта модель получила подтверждение в 1996 году в работах двух исследовательских групп [16,19].

Карл Леонгард указывает на сочетание акцентуированных черт характера и темперамента, которые в неблагоприятных условиях могут явиться фактором пограничной психопатологии [4]. Некоторая вариабельность показателей темперамента является продуктом взаимодействия большого числа генов, а также средовых факторов [1].

Можно предполагать, что длительное существование в условиях хронического заболевания, каким является СД-1, влияет на различные показатели темперамента, как через телесную, органическую патологию, так и через возможный фактор психотравмы, связанный с наличием СД-1. Биологические основы заболевания могут в различной степени изменять всю структуру психического реагирования. В повседневной работе врач-эндокринолог наблюдает снижение общей психической активности и эмоциональности больных СД-1 на этапе формирования сосудистых и полиневральных осложнений, психоорганического синдрома. В доступной литературе нам не удалось найти работ связанных с особенностями структуры темперамента при СД-1.

**Выводы.** Изменение некоторых показателей темперамента (социального темпа, уровня готовности к предметной деятельности) косвенно свидетельствует и об изменении активности блоков функциональных систем. В женской группе СД-1 выявлено достоверное снижение уровня подвижности нервной системы, а в мужской – снижение отношения возбудимости к торможению. Пациенты сахарным диабетом нуждаются в психологическом сопровождении, коррекции состояния психологом.

Литература.

1. Бабынин Э.В. Генетические аспекты темперамента. // Психологический журнал.- 2003.- Т.24,№5.- С.95-102.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.- ГОЭТАР Медицина.- 1999.- 373 с.
3. Данилова Н.Н., Шмелёв А.Г. Тест-опросник Стреляу// Практикум по психодиагностике.- М.- Изд-во МГУ.- 1988.- С.4-10.
4. Леонгард К. Акцентуированные личности.- Ростов – на – Дону.- Феникс.- 2000.- С.204-230.
5. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности.- М.- Педагогика.-1986.- С.65-110.
6. Небылицин В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. - М.: Наука, 1976.-336 с.
7. Русалов В. М. Опросник структуры темперамента.- М.- ИПРАН.- Смысл.- 1992.- 36 с.
8. Русалов В. М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности // Психологический журнал, 1986. - Т. 7, N 4. - С. 23-35.
9. Русалов В. М. Предметный и коммуникативный аспекты темперамента человека//Психологический журнал, 1989. -Т. 10,N 1. -С. 10-21.
10. Русалов В. М., Манолова О.Н. Взаимосвязь характера и темперамента в структуре индивидуальности.// Психологический журнал.- 2005.- Т26,№3.- С.65-73.
11. Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина М.- 2006.- 564 с.

12. Сидоров П.И. Психосоматические аспекты сахарного диабета // Медицинская газета. - 2008, - №80-81.
13. Системные аспекты психической деятельности. Под ред. академика К.В.Судакова (Ю.И.Александров, А.В.Брушлинский, К.В.Судаков, Е.А.Умрюхин). - Эдиториал УРСС. - М. - 1999. - 270 с.
14. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. - М.: Прогресс, 1982. - 231с.
15. Судаков К.В. Функциональные системы организма. - М. - Медицина. - 1987. - 432 с.
16. Benjamin J., Li L., Patterson C., Greenberg B.D., Murphy D.L., Hamer D.H. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking // Nature Gen. – 1996. - V.12. - P.81-84.
17. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants// Arch. Gen. Psychiatry. 1987. - V. 44. - P. 573-588.
18. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A psychobiological model of temperament and character // Arch. Gen. Psychiatry. - 1993. - V. 50. - P.975-990.
19. Ebstein R.P., Novick O., Umansky R., Priel B., Osher Y., Blaine D., Bennett E.R., Nemanov L., Katz M., Belmaker R.H. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking // Nature Gen. - 1996. - V.12. - P.78-80.

## **ПСИХОЛОГО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА-ПРОФПАТОЛОГА**

*Бабкина В.И., Бачинский О.Н.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Профессиональная патология – клиническая дисциплина, которая изучает вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний, в возникновении которых решающая роль принадлежит воздействию неблагоприятных факторов производственной среды или трудового процесса.

Среди медицинских и гигиенических специальностей профпатология занимает особое связующее место, обобщая и объединяя знания об условиях производства и труда в аспекте их влияния на организм человека. В связи с разнообразием профессиональных факторов, влияющих на здоровье работающего и многогранностью провоцируемой ими патологии, дисциплина также тесно связана с другими областями медицины, такими как пульмонология, ревматология, неврология, оториноларингология, рентгенология, фтизиатрия, дерматология, инфекционные болезни и т.д.

Условия труда и факторы трудового процесса могут быть не только непосредственной причиной заболевания, но и служить фоном, способствующим развитию общесоматической патологии. Поэтому специалист любого профиля должен иметь научно обоснованное представление о заболеваниях, связанных с профессиональной деятельностью человека, учитывая, что основной контингент, обращающихся за медицинской помощью – лица трудоспособного возраста, проводящие значительную часть своего времени в контакте с производственными факторами. Но все же основная задача по диагностике, лечению и профилактике профессиональных заболеваний лежит на плечах специалистов – врачей-профпатологов. Специфика работы в данной области определяется синтезом лечебно-диагностической и экспертной работы, непосредственного обследования больного и анализа его медицинской, производственной и гигиенической документации, знания стандартов и нормативов в медицине и правовых аспектов защиты прав работающего населения. Все это откладывает отпечаток и на психоло-деонтологическую составляющую работы с пациентами в условиях профпатологической клиники.

Следует отметить, что вопросы деонтологического характера приобретают особое значение еще до развития профессионального заболевания. Они могут возникнуть на этапах медицинского обслуживания работающего населения – важной составляющей профилактической работы специалиста профпатолога. В таких ситуациях основному звену клинической работы врач – больной будет предшествовать звено врач – здоровый человек. Так, во время предварительного медицинского осмотра, т. е. при первом контакте рабочего с врачом, нередко поступающий на работу информирован о наличии производственных вредностей и может задать врачу вопрос о степени опасности для здоровья предстоящей работы. Не вдаваясь в детали, врач обязан ответить, сделав при этом акцент на значении мер индивидуальной защиты, регулярности прохождения периодических медицинских осмотров, соблюдения режима труда и отдыха, на вреде курения, употребления алкоголя и других вредных привычек, улучшении питания, т.е. уже первая встреча врача и рабочего должна носить деонтологическую направленность.

Необходимо подчеркнуть, что полученная рабочим информация о вредности тех или иных производственных факторов может вызвать у него повышенное внимание к собственным ощущениям. С одной стороны, это ведет к самоконтролю, способствующему выявлению ранних признаков профессионального заболевания, с другой (у мнительной личности) — к зарождению установочной линии поведения – преувеличивать возникающие проблемы со здоровьем, считать любое заболевание, возникшее в период работы, связанным с профессиональной деятельностью. Данная тенденция объясняется, в частности, определенными льготами, системой компенсаций для профессиональных больных, обеспечивающих социальную защиту: более высокая пенсия в случае инвалидизации, возможность получения

денежного возмещения нанесенного по вине предприятия ущерба здоровью, ежемесячные выплаты и т.д. Это одна из трудных ситуаций, с которыми приходится встречаться профпатологам, председателям комиссии по проведению предварительных и периодических медосмотров.

Грамотно и аргументировано изложить информацию об истинном характере заболевания, способность убедить больного в ошибочности его представления о профессиональном характере болезни, вызвать доверие к себе и к дальнейшим диагностическим вмешательствам – в этом и состоит сила и мудрость врача. В то же время уход доктора от налаживания доверительного психологического микроклимата в диалоге с пациентом, нежелание решить возникшую не только медицинскую, но и социальную проблему могут привести к развитию так называемых немых ятрогений.

Следующий аспект – первичное установление диагноза профессионального заболевания. Вопрос о признании заболевания профессиональным — один из основных в практической профпатологии, волнующий как врача, так и особенно больного. Решение о направлении рабочего с подозрением на профзаболевание в профпатологическую клинику, чаще всего принимается по результатам проведения периодических медосмотров лиц, контактирующих с производственными вредностями, и должно быть обоснованным. Изучаются и сопоставляются профмаршрут, условия труда, клиническая картина и динамика симптомов, амбулаторная карта, выписки из истории болезни, данные предварительного и периодических медицинских осмотров рабочего, и лишь в случае подозрения на профзаболевание врач направляет его на консультацию в региональный центр профпатологии. Качественное составление всей документации – одно из основных деонтологических требований профпатологии. Именно от качества документов подчас зависят правильность и своевременность постановки диагноза, решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы. Следует иметь в виду, что направление больного в профильное учреждение не должно сопровождаться заверением направляемого в наличии у него профессионального заболевания. Это может привести (при неподтверждении диагноза профзаболевания) к конфликтной ситуации, вызвать негативное отношение больного к медицинскому персоналу. Доверие больного к врачу – неперемutable требование медицинской деонтологии.

При направлении больного в профильное учреждение врач должен объяснить причину этого направления (длительный стаж работы в контакте с профессиональными вредностями, ухудшение самочувствия и т. д.) и убедить, что обследование будет полезно независимо от результатов.

Первичное установление диагноза профессионального заболевания – всегда ответственность не только перед больным, но и перед предприятием, на котором работает больной, перед государством (финансовое обеспечение). Поэтому одним из основных требований медицинской деонтологии в профпатологии является высокий уровень деятельности лечебно-



профилактических учреждений, обслуживающих рабочих промышленных предприятий.

Как первичное, так и повторные обследования в центрах профзаболеваний могут сопровождаться явлениями аггравации со стороны больных, поскольку особенности диагноза профессионального заболевания сопряжены с увеличением или уменьшением размера компенсационных выплат. В таких сложных ситуациях, высокая квалификация врача-профпатолога должна дополняться познаниями в практической психологии, умением выявить и предупредить такие «настроения», которые зачастую могут быть результатом эгротогении – отрицательного влияния одного больного на другого. В этом отношении профпатологическая клиника дает достаточно примеров.

Большого внимания заслуживает вопрос врачебно-трудовой экспертизы при профессиональных заболеваниях. Врач-эксперт должен быть хорошо знаком с условиями труда рабочего, характером его профессии, особенностями течения данного заболевания. При решении экспертных вопросов должны учитываться не только критерии, принимаемые во внимание при общих заболеваниях, но и ряд специфических факторов: рабочий стаж, в том числе по вредности, возраст, наличие резервной (второй) профессии, квалификация, потеря трудовых навыков, образование, условия труда, наконец, установка больного на продолжение работы, на переквалификацию. Без учета всех перечисленных моментов невозможно правильное решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы и рационального трудоустройства.

Особенностью взаимоотношения врача и больного в клинике профессиональных заболеваний является то, что выписке больного из стационара должна предшествовать беседа, затрагивающая не только медицинские вопросы, но и некоторые социальные аспекты (ориентация больного на временный характер перевода на группу инвалидности, необходимость переквалификации и т.д.). Особое внимание в беседе с больным должно быть уделено антиалкогольной и антитабачной пропаганде, рекомендациям по здоровому образу жизни.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА НА ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС**

*Бачинский О.Н., Бабкина В.И., Афанасьева Л.С., Оберная М.В.,  
Волков В.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современных условиях, когда наблюдается рост количества медицинских специальностей, числа вузов, ведущих подготовку специалистов-медиков, увеличивается число государственных и частных медицинских центров, а профессия доктора становится массовой,

актуальным остается вопрос о необходимости сохранить особенности личности врача, отличающие его от других специалистов, которые наряду с профессиональными знаниями будут влиять на успех лечения больного. Несмотря на постоянное техническое усовершенствование лечебно-диагностического процесса, внедрение новых форм обследования больных, главной фигурой во врачевании остается врач – человек, ответственный за жизнь и здоровье другого человека. Признавая врача ведущим лицом в диагностическом и лечебном процессах, следует подчеркнуть и первостепенную роль его личностных качеств. «Научный и технический прогресс сам по себе не способен оздоровить больного человека. Это под силу лишь врачу, овладевшему соответствующими достижениями и разумно применяющему их по назначению» (Шантуров А.Г., 1991). Вся медицина с первого и до последнего контакта с больным пронизана субъективными и личностными отношениями. Будучи сконцентрированными в человеке и полностью от него зависимыми, субъективные качества личности в медицине всегда будут приоритетными.

Начиная с принятия решения о поступлении в медицинский вуз и далее на студенческой скамье с помощью своих преподавателей, будущий врач должен осознавать что, не став личностью, он не сможет надлежащим образом выполнять свои профессиональные и гражданские обязанности: «...не будучи настоящим, хорошим человеком, нельзя стать настоящим, хорошим врачом» (Шантуров А.Г., 1991). Высокий уровень знаний по биологии, химии и русскому языку, активность, любознательность и даже высокий интеллект должны не заменять, а дополнять основное достоинство абитуриента и студента-медика – человечность. Это понятие богатое по содержанию, тесно переплетающееся с добротой, сочувствием, сопереживанием, относится к уникальным свойствам человека и определяется совокупностью вкладов основных составляющих личности: генетических задатков, воздействия социальных (средовых) факторов и психо-социального ядра – «Я». Если в процессе воспитания наблюдался эгоистичный «крен», с формированием «Я», превознесенного над всем и вся, а удовлетворение собственных нужд и потребностей доминировало в самосознании человека, то такому будущему «врачевателю» нечего делать в медицине. Речь идет «о том холодноделовом бухгалтерском безразличном отношении к острейшим людским трагедиям, - как пишет известный советский онколог С.С. Юдин, - когда за личиной, так называемой профессиональной выдержки и сдержанного мужества фактически скрывают эгоистическую бесчувственность и нравственную апатию...». Такие случайные в медицине люди никогда не принесут больному ожидаемой улыбки друга, теплоты сердца, не успокоят душевных волнений. И дело даже не в том, что они этого не хотят, просто не умеют; отсутствие человечности определяет отсутствие тонкой психологической реакции, неспособность уловить, понять и облегчить душевную надломленность человека.

Становление характера, как психологического стержня человека идет одновременно с формированием собственного мировоззренческого опыта, поэтому увлечения, круг общения, количество и качество усвояемой информации и, конечно, воспитание в семье, воспитательная работа в вузе откладывают отпечаток на личностные характеристики человека. Но в то же время призвание врача – процесс динамичный: у кого-то вчера оно было и имело отчетливое проявление, но сегодня может тускнеть, а в будущем и вовсе пропасть. Очевидно, что весь процесс непрерывного образования врача, должен включать воспитание и самовоспитание лучших свойств души, что обязательно отразится на качестве работы и самоудовлетворении от ее выполнения. Врачевание – это не только профессиональное, но и нравственное понятие.

Лечение как процесс начинается с налаживания взаимоотношения между врачом и пациентом. На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. В современных условиях, когда отношения с пациентом должны складываться на основе сотрудничества, роль доверия возрастает. При всем разнообразии подходов взаимоотношение врача и больного должно включать четырех обязательных компонента: поддержка, понимание, уважение и сочувствие. Сотрудничество между участниками процесса лечения порой главный стимул к изменению образа жизни, и, вообще, необходимое условие успеха лечебно-профилактических мероприятий. Взаимоотношение специалиста и больного – не просто обмен сведениями, это – часть лечения. Личные качества доктора должны способствовать налаживанию контакта, а линия поведения внушать уверенность и оптимизм. К сожалению, на практике реализовать все эти постулаты бывает не всегда легко. Как известно «человек даже при очень хорошем ровном характере в здоровом состоянии, будучи больным, может быть капризен, груб, несправедлив и привередлив» (Чеботарева Э.П., 1970). Поэтому поведение специалиста должно совпадать с психологическим профилем каждого больного. Если врач – образованный и воспитанный человек, то ему хватит благоразумия и такта в общении с так называемыми конфликтными лицами. Обстоятельства работы вынуждают врача быть своего рода актером. Каждый больной – неповторимая и особая личность, отличающаяся по возрасту, образованию и воспитанию. Врач должен иметь к каждому особый подход, обязан не только рассеять сомнения и страх, кого-то обнадежить, кого-то укрепить, но и уметь скрыть свои чувства, эмоции. Он может быть обижен, оскорблен, возмущен, как и любой человек, однако в отличие от других ни при каких обстоятельствах не должен «выходить из себя», всегда должен найти внутренние резервы для спокойствия, разумного продолжения отношений. Эмоциональная устойчивость, доброжелательное, мудрое отношение обязательно приведут к согласию между участниками врачевания, участию самого больного в излечении от болезни. Психика больного и мощный аппарат нервно-психической самомобилизации не могут и не должны быть нейтральными в

борьбе медицины с болезнью. Если эти серьезные силы игнорируются врачом, то они нередко действуют заодно с болезнью. Эта идея была известна врачам древности. Она отражена, например, в притче древнего арабского медика Абу Фараджа (VIII век): «Смотри, — говорит врач больному, — нас трое: я - врач, ты - больной и она - болезнь. Если ты будешь в союзе со мной, то мы вдвоем одолеем твою болезнь, но если ты поддашься болезни, перейдешь на ее сторону, вы вместе сможете одолеть меня, и я тебе не помогу». Очевидно, что основные ресурсы для достижения выздоровления скрыты в самом больном. Их использование станет возможным, если больной осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть влияния, которое оказывает личность доктора на пациента — активизация его собственной роли в лечебном процессе. Чтобы донести все это до человека, необходимо хорошо владеть литературным языком, уметь не только грамотно строить свои мысли, но и логично излагать их. Диалог необходимо вести, учитывая культурный и интеллектуальный уровень собеседника, преподносить информацию так, чтобы сказанное воспринималось легко и однозначно, чтобы пояснения ответы на вопросы были четко сформулированы и убедительны.

Найти общий язык с пациентом иногда бывает не просто, даже доброта, обходительность и внимание не могут послужить «мостиком» для налаживания сотрудничества с «капризным» пациентом. При построении отношений очень важно всестороннее развитие врача, высокоэрудированная личность с широким кругозором «гибче» в мышлении и имеет больше шансов найти общие точки соприкосновения. Для врача должно быть свойственно постоянное самоусовершенствование. Это необходимо ему как одно из условий успешного врачевания. «Конечно, не обязательно безошибочно узнавать на слух серенады Моцарта, мелодии Листа или симфонии Шостаковича, но откликаться душой, волноваться, сопереживать — это же та степень психологической чувствительности, без которой нет, не только всесторонне, а просто нормально развитой личности и тем более врача. Если прекрасное и высокое не вызывает трепета и волнений у врача, то и горе человека, страдание больного, пожалуй, не тронут его» (Сук И.С., 1984). Для врача способность к восприятию искусства важна как одно из средств формирования клинического мышления. Развитие воображения, интуиции, активное художественное восприятие вырабатывает навыки мыслить ассоциативно, помогает более точно и быстро воссоздать по отдельным клиническим симптомам целостную картину болезни. Искусство вносит гармонию в жизнь человека, успокаивает, разрешает душевные конфликты. «Утрата восприимчивости к подобным вещам — утрата счастья; возможно, что она вредно отражается на интеллекте, и, во всяком случае, она приносит непоправимый ущерб развитию нравственности личности человека, ослабляя эмоциональную ее сторону» - писал Ч. Дарвин.

Не одно лишь высшее медицинское образование придает врачу авторитет. А авторитет личности в медицине и в образовании важен, как не в

какой другой специальности. Слово врача действует как средство материальное. Оно лечит тем эффективнее, чем значительнее личность врача. Общее развитие и высокий культурный уровень помогут установить взаимное доброжелательное отношение с больным, быстрее разобраться в вопросах дифференциальной диагностики, добиться дисциплинированного выполнения всех рекомендаций, получить лучший эффект от использования лекарственных средств. Чем глубже и обширны знания врача, тем более способен он диалектически, творчески оценить то, что представляется его взору, тем ближе он к истине и достовернее его заключение о сущности явлений.

Морально-нравственная составляющая и развитое мышление в становлении врача всегда должны быть дополняема трудом, как важным источником существенных успехов во врачебном деле. Труд интеллектуальный и труд физический, труд ума и труд души и сердца, труд кропотливый и труд непрерывный. И даже при отсутствии сил и желания трудиться в силу субъективных и объективных обстоятельств необходимо прилагать все усилия, чтобы постараться сделать все возможное в интересах здоровья больного человека.

Безусловно, невозможно требовать, чтобы врач был своего рода экстрачеловеком «не от мира сего». Но все же, в отличие от специалистов другого профиля, личность доктора должна выделяться своей целостностью, пониманием нового, чувством сострадания, причастности к проблемам других, справедливостью. Чтобы осмыслить внутреннюю жизнь больного и в соответствии с этим эффективно лечить, нужно не только сочетать пылкий ум, с добрым сердцем, но и стремиться служить больному, как знаниями, так и всем своим образом жизни. Врачевание – это не простое ремесло, не сфера обслуживания населения, а деятельность особого рода. Оно требует от нас соответствия слов и поступков. «Врач должен всегда, в продолжение всей жизни иметь моральное право сказать всюду и каждому: делайте не только то, что я говорю, но и то, что я делаю» - отмечал И.С. Сук. Если врач считает для себя приемлемым курить, злоупотреблять алкоголем, как он может убедить больного отказаться от этих вредных привычек?

Врач должен осознавать, что его положение в обществе особое. И, несмотря на уменьшение определенной «таинственности» медицины в современных условиях, для страдающего человека по-прежнему важно, чтобы в докторе ощущалось что-то необычное и возвышенное, выделяющее среди людей, представляющее интерес для здоровых и надежду для больных. «Медицина должна оставаться ну если не таинством, то все же и не упрощенным ритуалом. Что-то должно быть, - подчеркивает академик Е.И. Чазов, - что вызывает у пациента почтение к медицине, уважение к такому знанию, которым он не владеет». И этим что-то, безусловно, является личность врача – краеугольный камень всего процесса врачевания.

Литература.

1. Билибин А.Ф. Дентология и врачевание // Терапевтический архив. – 1980. - №11. – С. 145-148.
2. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. – М., 1989. – 207 с.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больным. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
4. Сук И.С. Врач как личность. – М.: Медицина, 1984. – 64 с.
5. Шантуров А.Г. Личность врача – главный и решающий фактор клинической медицины // Вестник оториноларингологии – 1991. – № 2. – С.8-11.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННОГО И СМЫСЛОВОГО КОМПОНЕНТОВ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ**

*Бежина Х.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Последние десятилетия знаменуются активным изучением внутриутробного развития, как с физиологической, так и с психологической точки зрения. К сожалению, из множества изученных физиологических систем человека наименее исследованной с точки зрения адаптации является репродуктивная система. Важность исследований в этой области вряд ли нужно доказывать, поскольку здесь затрагивается вопрос психологического здоровья сразу двух поколений, здоровья нации в целом.

Исследования Айвазян Е.Б., Ариной Т.А., Николаевой В.В., Васильевой В.В. Филипповой Г.Г. о психологических особенностях беременных женщин с медицинскими диагнозами «гестоз», «невынашивание беременности», страдающих бесплодием и имеющих экстрагенитальные заболевания, влияющие на физиологическое течение беременности [1,3], показали, что беременные женщины с нарушением течения беременности, по сравнению с женщинами с физиологически протекающей беременностью, имеют ряд психологических особенностей, характеризующих их как личностно незрелых, имеющих нарушения полоролевой идентификации, дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации [7].

Исследования психологической готовности к материнству таких авторов, как Брутман В.И., Радионова М.С., Мещерякова С.Ю., Филиппова Г.Г. [2,6,8], показывают, что для женщин с нарушением течения беременности характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия материнской роли, и проявляющегося в глубокой внутренней неудовлетворенности; создающего ситуацию острой напряженности, которую женщина не может разрешить конструктивно.

В исследованиях Ермошенко Б.Г., Макаричевой Э.В., Менделевича

В.Д., посвященных изучению бесплодия, описываются психологические факторы бесплодия, такие как инфантилизм, авторитарное доминирование в отношениях с мужем, конфликтные отношения между женщиной и ее матерью [4]; отмечается, что бесплодие имеет подчас сугубо психогенную природу, особенно когда речь заходит о необъяснимом бесплодии [5].

Как показал анализ литературы, спектр исследований, посвященных проблематике беременности и ее патологии весьма обширен. Кратко обобщая выводы исследований этих авторов можно сказать, что основной акцент делается на недопустимости излишней биологизации и монополизации исследований по проблеме материнства сферами медицины и физиологии. Необходимость психологических исследований материнства как целостного явления очевидна. В отличие от работ, выполненных на основе методологии эволюционно-системного подхода, мы обращаемся к анализу материнства как уникальной ситуации развития личности женщины, которая становится важным этапом её личностной и половозрастной идентификации, определяющей ее жизненный путь.

Данная работа посвящена изучению особенностей переживания беременности женщинами, имевшими в анамнезе факт лечения от бесплодия.

Основной целью исследования выступило изучение особенностей временной организации и смысловой сферы женщин, имевших опыт лечения от бесплодия. В качестве объекта исследования выступила смысловая сфера и временная организация беременных женщин, а предметом исследования - влияние контекста жизненного пути личности на переживание беременности и структуру смысловой сферы женщин, имеющих опыт лечения от бесплодия. В качестве гипотезы исследования выступило предположение, что опыт лечения от бесплодия оказывает негативное влияние на смысловую сферу беременных женщин и временную организацию их личности.

Исследование проводилось в 2006 году на базе Областного перинатального центра г. Курска. В качестве испытуемых выступили 74 замужние беременные женщины в возрасте от 22 до 35 лет, со сроком беременности 20 – 30 недель, из которых 25 женщин имели в анамнезе факт лечения от бесплодия.

В качестве измерительного инструментария нами использованы следующие методики: Опросник Ф.Зимбардо по временной перспективе (Zimbardo Time Perspective Inventory) в адаптации А.Сырцовой, тест смысловых ориентаций Д.А.Леонтьева, методика предельных смыслов Д.А.Леонтьева, методика определения уровня развития рефлексивности А.В.Карпова, методика «Линия жизни», рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г.Филлиповой.

Результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных статистических программ «STATISTICA 6.0», с применением статистических критериев: U Манна-Уитни и ф Фишера.

Мы предположили, что опыт лечения от бесплодия оказывает негативное влияние на смысловую сферу беременных женщин и временную

организацию их личности.

В ходе исследования было выявлено, что характеристики смысловой сферы женщин, имевших опыт лечения от бесплодия, отличаются от характеристик смысловой сферы здоровых женщин.

По результатам теста смысложизненных ориентаций Д.А.Леонтьева, здоровые женщины в большей степени ориентированы на цели в жизни и выше оценивают эмоциональную насыщенность жизни, чем женщины, лечившиеся от бесплодия (при  $p < 0,05$ ).

Группа женщин, страдающих бесплодием, превосходит группу здоровых женщин по уровню шкалы «локус контроля - я» (при  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большей готовности женщин, имеющих в анамнезе бесплодие, брать ответственность за свою жизнь на себя.

По результатам методики определения уровня развития рефлексивности А.В.Карпова группа женщин, имеющих в анамнезе диагноз бесплодия, превосходит группу здоровых женщин по уровню развития рефлексивности (при  $p < 0,05$ ).

Результаты по опроснику Зимбардо по временной перспективе, выявили то, что женщины, лечившиеся от бесплодия, воспринимают будущее тревожно и неопределенно, а прошлое оценивают более пессимистично, чем здоровые женщины.

Методика «Линия жизни» показала, что удельный вес прошлых событий значительно больше в группе женщин, лечившихся от бесплодия (при  $p = 0,05$ ), что говорит о значительной обращенности в прошлое.

Согласно результатам методики предельных смыслов (МПС) Д.А.Леонтьева, группа здоровых женщин превосходит группу женщин, имеющих опыт лечения от бесплодия, по уровню выраженности индекса децентрации (при  $p < 0,05$ ), кроме того, в обеих группах индекс имеет сравнительно низкое значение. Полученные показатели данного индекса свидетельствуют о том, что беременные женщины, имеющие в анамнезе факт лечения от бесплодия, более центрированы на себе, на своих переживаниях. Возможно, они более эгоистичны, чем здоровые женщины, которые отличаются от предыдущей группы, большей склонностью рассматривать свою жизнь в контексте жизни других людей и во взаимосвязи с ними.

Группа здоровых женщин превосходит группу женщин, имеющих опыт лечения от бесплодия, по средней длине цепей ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большей разветвленности смысловых структур в группе здоровых женщин в сравнении с группой женщин, лечившихся от бесплодия.

Результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок» показали (при  $p < 0,05$ ), что доля женщин, переживающих беременность по адекватному стилю, в группе здоровых женщин статистически значимо больше. Также необходимо отметить, что у всех женщин, принявших участие в исследовании, тревожный стиль переживания беременности превалирует над адекватным.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что беременные



женщины, страдавшие ранее бесплодием, демонстрируют в сравнении с контрольной группой здоровых беременных женщин следующие особенности:

- преобладание высокого уровня рефлексивности;
- выраженную интернальность;
- пессимистическую оценку прошлого и психологическую обращенность к нему в ущерб будущему, отношение к которому характеризуется беспомощностью;
- низкий уровень децентрации;
- свернутую структуру смысловой сферы, ограниченную смыслами материнства.

Здоровые женщины в большей степени ориентированы на будущее, нежели обращены в прошлое, значительно более удовлетворены процессом жизни и её результатами, а так же оценивают прошлое более позитивно, чем группа женщин, имевших негативный опыт беременности.

Интересно, что как здоровые, так и женщины, лечившиеся от бесплодия, характеризуются высокими показателями интернальности, рефлексивности и свернутостью структуры смысловой сферы. Это подтверждает наше предположение о том, что на пороге тридцатилетия женщины переживают кризисное состояние, связанное с критической переоценкой своего жизненного пути и пересмотром жизненного сценария.

В целом можно заключить, что характеристики смысловой сферы женщин, имевших опыт лечения от бесплодия, отличаются от характеристик смысловой сферы здоровых женщин. Женщинам, имевшим в анамнезе бесплодие, присущи следующие особенности: высокий уровень развития рефлексивности, выраженная интернальность, психологическая обращенность к прошлому, доминантная установка по отношению к окружающим, низкий уровень децентрации, свернутая структура смысловой сферы, ограниченная смыслами материнства.

Обнаруженные различия в характеристиках смысловой сферы между женщинами, имевшими опыт лечения от бесплодия, и здоровыми женщинами, таковы, что женщины, имевшие опыт лечения от бесплодия, демонстрируют более пессимистическую оценку прошлого и психологическую обращенность к нему в ущерб будущему, отношение к которому характеризуется беспомощностью. Отмечается выраженная доминантная установка по отношению к окружающим, низкий уровень децентрации, редукция смысловой сферы.

Здоровые женщины в большей степени ориентированы на будущее, нежели обращены в прошлое, значительно более удовлетворены процессом жизни и её результатами, а так же оценивают прошлое более позитивно, чем женщины, лечившиеся от бесплодия.

Проанализировав вышепредставленные результаты, мы посчитали нужным выяснить, существуют ли различия в структуре и содержании смысловой сферы беременных женщин, не имеющих выраженных

нарушений здоровья, разных возрастных групп. Это исследование поможет нам проверить гипотетическое предположение о возрастных различиях в переживании беременности и структуре смысловой сферы, а с другой - подведет нас к проблеме контекста жизненного пути, который, по нашему мнению и определяет, главным образом, эти различия.

В выборку были включены практически здоровые, замужние женщины, ожидающие первого ребенка, в количестве 49 человек. Первую группу составили женщины в возрасте от 22 до 27 лет, вторую – женщины старшего возраста от 28 до 35 лет.

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А.Леонтьева дал следующие результаты: в группах здоровых женщин статистически значимые различия обнаружены по шкале «удовлетворенность самореализацией» (при  $p < 0,05$ ) и шкале «локус контроль – Я» (при  $p < 0,05$ ). Во всех случаях показатели удовлетворенности самореализацией, группы, в которую входят молодые женщины до 27 лет, превышают показатели группы женщин старшего возраста. Высокие баллы по шкале «локус контроль - Я», характерные для здоровых женщин старше 27 лет, свидетельствуют о том, что этой категории испытуемых присуще представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

Методика определения уровня развития рефлексивности А.В.Карпова показала, что уровень развития рефлексивности статистически выше в группах здоровых женщин старшего возраста (при  $p < 0,05$ ). Причем, здесь значительно преобладает высокий уровень развития рефлексивности, в то время как для молодых женщин характерным оказался средний уровень.

Результаты опросника Зимбардо по временной перспективе показали, что обнаружены значимые различия только по шкале будущего между группами здоровых женщин. Так, группа молодых женщин статистически значимо превосходит группу женщин старшего возраста по уровню выраженности показателя по шкале будущего.

Качественный анализ общих статистических данных методики «Линия жизни», показывает, что в группе здоровых женщин старше 27 лет события прошлого имеют несколько более высокий удельный вес, чем события будущего.

Согласно результатам методики предельных смыслов (МПС) Д.А.Леонтьева, статистически значимых различий между группами не обнаружено. Качественный же анализ данных позволяет нам сделать вывод о том, что индекс децентрации в группе молодых здоровых женщин несколько выше, чем в группе женщин старшего возраста. Различий в средней длине цепей между группами не обнаружено, структура смысловой регуляции жизнедеятельности развернута достаточно.

Рисуночный тест «Я и мой ребенок» помог нам выявить непосредственно стили переживания женщинами беременности. Методика не стандартизирована, поэтому мы используем при интерпретации только

качественный анализ данных, говоря о полученных результатах как о вспомогательных. Мы видим, что в группах здоровых женщин преобладает адекватный стиль переживания беременности.

Надо отметить, что полученные нами данные вполне закономерны тому предположению, что не возраст оказывает решающее влияние на переживание беременности, а скорее контекст жизни, в котором протекает эта беременность.

Так, женщины до 27 лет дают более высокую оценку пройденному отрезку жизни, склонны более высоко оценивать эмоциональную насыщенность своей жизни, воспринимая сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Это отражает общую ориентацию молодых женщин на будущее и предполагает, что их поведение в большей степени определяется стремлениями к целям и вознаграждениям будущего.

Женщины старшего возраста склонны больше ориентироваться на анализ прошлого и оценивают его более пессимистично, нежели женщины молодого возраста. Эти результаты соотносятся с общей интернальностью личности и свидетельствуют о готовности человека брать на себя ответственность за события собственной жизни, анализируя жизненный опыт, что является важнейшей особенностью зрелости.

Что касается оценки точки настоящего, то во всех группах, независимо от возраста, она оценивается подавляющим большинством женщин максимально высоко. Это говорит о ценности для женщин настоящего момента, момента беременности, ожидания ребенка. Женщина как мать оказывается морально ответственной: перед своим ребенком и перед самой собой – осознавая свою ответственность перед ним, она обогащает и собственную жизнь, делая ее более осмысленной.

Результаты проведенного исследования дают возможность очертить проблемное поле личностного реагирования на ситуацию беременности у женщин, имевших опыт лечения от бесплодия. Мы можем обоснованно говорить о необходимости расширения смысловой сферы личности таких женщин, осуществляя выбранное направление психокоррекции на всех этапах обращения беременных женщин за медицинской и психологической помощью.

#### Литература.

1. Айвазян Е.Б., Арина Т.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией / Вестник московского ун-та, сер.14, Психология.- 2002.- №3.- С. 3-13.

2. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / Вопр. психологии. -1997.-№ 7.- С. 38-47.

3. Васильева В.В. с соавт. Психологические особенности женщин с бесплодием. / Вопросы психологии.- 2003.-№6.-С.93-98

4. Ермошенко Б.Г. Роль психологических факторов при бесплодии./

Успехи совр. естествознания.-2005.-№8.- С.17-20

5. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие./ Соц. и клин.психиатрия.-1996.- №3.- С.29-32

6. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. / Вопр. психол.- 2000. -№5. -С. 18-27.

7. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход. / Психологический журнал.- 1999.- № 5.-С. 81-88

8. Филиппова Г.Г. Психология материнства.- М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.- С.5-31.

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОПЫТ НЕЗАВЕРШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Блюм А.И., Василенко Т.Д.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Психология материнства остается, по-прежнему, малоизученной и недостаточно проработанной областью современной науки, но, несмотря на это, привлекает внимание многих исследователей, поскольку становится все более актуальной и значимой в условиях современной культуры и социально общественного строя. В исследованиях употребляются такие понятия как "материнская роль", "принятие роли", "материнское ролевое поведение", "переживание беременности", однако они не дают достаточного представления о ролевом контексте изменений, происходящих в личности женщины, в ее взаимодействии с окружением, о влиянии на них ситуационных переменных в период беременности и после рождения ребенка. Беременность рассматривается как критический период жизни женщины, как кризис развития, характеризуемый глубокими психологическими и соматическими изменениями. О.С. Васильева и Е.В. Могилевская определяют беременность как экзистенциальную ситуацию, затрагивающую все жизненные основания женщины, обуславливающую глубокие изменения самосознания, отношения к другим и миру, считают ее «жизненным событием», соблюдающим условия для личностных изменений и перестройки субъекта этого события. Г.Г. Филиппова считает, что беременность – это критический период в жизни каждой из женщин, стадия полоролевой идентификации, особая ситуация для адаптации, период, когда актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии со своей матерью и т.п. Беременность понимается автором как острый переходящий период, сопровождающийся кризисными переживаниями, которые существенно перестраивают сознание женщины и взаимоотношения с миром. Особенно стрессовой Г.Г. Филиппова считает первую беременность, являющуюся критической точкой в развитии женской идентичности, переход которой

способствует внутренней и внешней интегрированности и обретению нового социального статуса. Кроме того беременность, по мнению автора, это важнейший этап в становлении материнской привязанности к ребенку. (Г.Г.Филиппова [19]). Ожидание и рождение ребёнка является для женщины не просто новой социальной ситуацией, требующей реализации специфических поведенческих актов, но и запускает процесс переживания». (Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. [7]).

В качестве компонентов переживания беременности мы выделяем эмоциональный и смысловой. Смысл предстает перед нами как отношение, связывающее объективные жизненные отношения субъекта, предметное содержание сознания и предмет, и строение его деятельности. Переживание беременности характеризуется подключением новых смысловых контекстов, особым смыслом беременности, связанным с тем, что женщина оценивает свое состояние как благоприятное или неблагоприятное. В случае негативной оценки данного состояния (например, беременность ради сохранения отношений) происходит переосмысление и нахождение нового смыслового контекста, и беременность с этого момента выступает как благоприятное событие (например, беременность ради ребенка). (Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. [8]).

В переживании беременности первостепенную роль играет не само по себе состояние беременности, не те изменения, которые происходят с женщиной, а тот смысл, то значение, которые они представляют для беременной женщины. Переживание беременности мы рассматриваем с точки зрения принятия или непринятия – роли матери.

Г.Г.Филиппова описывает шесть вариантов стилей переживания беременности:

1. Адекватный. Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций. Данный стиль переживания беременности является наиболее оптимальным для развития готовности к материнству и характеризуется наличием интересов и направленностью на беременность, на образ ребёнка. Смыслообразующим мотивом для беременной женщины является, по нашему мнению, обеспечение адекватных условий для развития ребёнка.

2. Тревожный. Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством; эмоциональное состояние тревожное или депрессивное, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, активность связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период. Этот стиль переживания беременности обусловлен противоречивым отношением к беременности, что связано с неразвитостью смысловой сферы.

3. Эйфорический. Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребёнка. В данном случае имеет место

инфантильный характер процессов смыслообразования, что возможно характеризует незавершённый процесс сепарации-индивидуации.

4.Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса. Предполагается, что смысловая сфера обеднена смысловыми связями, не сформированы ценности, интересы, направленность на ребёнка.

5.Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом. Интерпретация своих отрицательных эмоций выражена как страх за ребёнка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности. Особенности смысловой сферы имеют сходный характер с тревожным стилем переживания беременности.

6.Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание беременности как кары, помехи; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Имеет место отсутствие способности беременной женщины обеспечивать оптимальные условия для развития ребёнка, несформированность образа ребёнка, интересов и ценностей ребёнка. Беременность как качественно новый этап в жизни женщины не является основной деятельностью, и даже не принимается женщиной (Г.Г.Филиппова [19]).

Каждый из стилей переживания материнства мы также связываем с наличием или отсутствием противоречий и кризисов в освоении, выполнении и фиксации роли матери. Результаты исследований свидетельствуют о преемственности стилей переживания беременности и материнского отношения к ребёнку (В.И.Брутман [7]).

Мы используем, выделенные Г.Г.Филипповой, варианты стилей переживания беременности. Адекватный стиль переживания беременности, сложившийся к её концу, устойчиво коррелирует с ценностью ребёнка и с адекватностью материнского отношения к нему. Эмоционально-отстранённый стиль переживания беременности устойчиво сочетается с низкой ценностью ребёнка и эмоционально-отстранённым, регулирующим стилем материнского отношения. Тревожно-амбивалентный стиль переживания беременности коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребёнка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения. При этом женщины с адекватным стилем переживания беременности наиболее подвержены динамике в процессе беременности. Таким образом, высокий уровень развития смысловой сферы характерен для адекватного стиля переживания беременности, что характеризует смысловую сферу наличием интересов, направленностью на образ и состояние ещё не родившегося ребёнка, наполненностью

самосознания беременной женщины смысловыми связями. Период беременности несёт в себе особую смысловую реальность.

В нашем исследовании мы ставим цель выяснить закономерности прерывания беременности и принятия роли матери. Сознательный выбор прервать беременность ставит перед женщиной главный вопрос – готова ли она стать матерью, заботится о ребёнке. У женщины формируется опасение не справиться с новой социальной ролью. С другой стороны, она может бояться не оправдать ожидания окружающих. Аборт по медицинским показаниям формирует у женщины страх, что и в этот раз она не сможет родить ребёнка, представления о возможных осложнениях беременности приобретают наиболее значимый смысл, формируется опасение и страх за исход беременности.

Таким образом, уникальная личностная композиция эмоционального и смыслового компонентов переживания беременности определяет стиль переживания беременности (адекватный, тревожный или игнорирующий), который является индикатором принятия роли матери.

Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2006-2009 годах на базе родильного отделения Территориального Медицинского Объединения №4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, Городской клинической родильный дом г. Курска. В исследовании приняли участие 48 беременных женщин, находящихся на стационарном лечении. Контрольную группу составили женщины, не имеющие опыта незавершенной беременности. В экспериментальную группу входили женщины, имеющие опыта незавершенной беременности (сознательный и медицинский аборт).

Эквивалентности групп добивались, отбирая женщин, состоящих в браке, на третьем триместре беременности и ожидающих первого ребёнка, после аборта.

Критериями отбора испытуемых для исследования служили:

- Возраст женщин (22-27 лет)
- Срок беременности (3 триместр)
- Удовлетворённость браком
- Ожидание первого ребёнка

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Структурированное интервью.
2. Архивный метод.
3. Психодиагностическая методика:
  - 3.1. Методика «Индекс эгоцентризма».
  - 3.2. Методика «Рефлексивность» А.В. Карпова.
  - 3.3. Методика «Индекс жизненного стиля».
4. Проективный метод:
  - 4.1. Тест «Фигуры» Филипповой Г.Г.
  - 4.2. . Восьмицветовой тест Люшера в адаптации Собчик Л.Н.
  - 4.3. «Цветовой тест отношений» Эткинда (ЦТО).

Вся выборка испытуемых была разделена на группы.

Первую группу составляли женщины без негативного опыта беременности в возрасте 22-27 (n=20).

Вторую группу составляли женщины с абортом по медицинским показаниям в анамнезе в возрасте 22-27 (n=11).

Третью группу составляли женщины с сознательным абортом в анамнезе в возрасте 22-27 (n=17).

В процессе обработки результатов производили попарно сравнение этих групп.

Мы проследили особенности принятия роли матери и формирование того или иного стиля переживания беременности в зависимости, принадлежности к той или иной группе и получили следующие результаты (рис.1).



Рис. 1. Сравнительный анализ переживания беременности беременными женщинами в возрасте 22-27 лет без негативного опыта беременности, с сознательным абортом и абортом по медицинским показаниям. Методика «Фигуры» Г.Г.Филипповой.

В группе нормородящих без негативного опыта беременности имеют место низкие показатели игнорирующего и тревожного стиля переживания беременности. У 25 % беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет отмечается игнорирующий стиль переживания беременности, что характеризует данную группу неприятием данного состояния – состояния беременности, отсутствием желания создавать условия для развития будущего ребёнка, а, следовательно, несформированной ролью матери. Отмечается 20% испытуемых с тревожным стилем переживания беременности. Напряжение и беспокойство связано с первым шевелением, которое ощущается рано, сопровождается сомнениями, тревогой, испугом по поводу здоровья будущего ребёнка и своего здоровья, что усиливает болезненные ощущения, что свидетельствует о трудностях принятия роли матери. С адекватным типом переживания беременности 55% женщин, без негативного опыта беременности. Данные свидетельствуют о том, что беременность воспринимается эмоционально положительно, приятно по соматическому ощущению, а тревога и беспокойство связано лишь с опасениями по поводу здоровья ребёнка, своего здоровья и исхода беременности и родов. Активность беременной женщины направлена на ребёнка, на обеспечение



адекватных условий для его развития, на сохранение здоровья, а также на формирование адекватного типа переживания беременности.

В группе нормородящих женщин, имеющих опыт аборта по собственному желанию, адекватный стиль переживания беременности (46%) превышает тревожный (27%) и игнорирующий (27%) стиль переживания беременности. Данные по адекватному стилю беременности говорят о том, что идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций. Смыслообразующим мотивом для беременной женщины является, обеспечение адекватных условий для развития ребёнка. Наличие игнорирующего типа переживания беременности характеризуется в группе нормородящих женщин 27%. Сознательный выбор прервать беременность формирует переживание новой социальной роли женщины в качестве матери, перед ней встаёт главный вопрос о принятии роли матери. У женщины формируется опасение не справиться с новой социальной ролью. Тревожный тип переживания беременности также отмечается в группе женщин нормородящих (27%). Это свидетельствует о том, что у беременных женщин имеющих опыт аборта наблюдается неустойчивое отношение к ребёнку, постоянная тревога по поводу ребёнка и адекватности своих действий, неудовлетворенность собой, недостаточная субъективизация ребёнка, резкие перемены настроения.

Аборт по медицинским показаниям формирует у женщины страх, что и в этот раз она не сможет родить ребёнка, представления о возможных осложнениях беременности приобретают наиболее значимый смысл, формируется опасение и страх за исход беременности. Что является причиной формирования игнорирующего типа переживания беременности, который преобладает в нормородящих (57%). Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления, соматическое состояние либо улучшается, либо не содержит выраженных перемен, динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса. Выявленные особенности свидетельствуют о том, что у беременных женщин имеющих опыт аборта наблюдается неустойчивое отношение к ребёнку, постоянная тревога по поводу ребёнка и адекватности своих действий, неудовлетворенность собой, недостаточная субъективизация ребёнка, резкие перемены настроения.

Таким образом, осознание женщиной состояния беременности, процессы осмысления её новой роли и осуществление новых функций происходит при адекватном стиле переживания беременности у женщин в возрасте 22-27 лет.

Согласно результатам методики «Цветовой тест отношений» Эткинда испытуемые в группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящиеся на третьем триместре беременности без негативного опыта беременности свое состояние обозначают цветом «1» – синий, что говорит о том, что снижается уровень тревоги и напряжения, беременность сопровождается

удовлетворением, а женщина чувствует себя приспособленной к сложившейся ситуации в её жизни.

В группе беременных женщин в возрасте 22-27 года, находящиеся на третьем триместре беременности, с негативным опытом беременности-женщины свою беременность обозначают цветом «2» – зелёный, что говорит о том, что у женщины существует напряжение, которое связано с настойчивостью по отношению к тем изменениям в жизни, которые продиктованы актуальной ситуацией. Данный выбор также свидетельствует о желании сохранять своё здоровье в ситуации беременности.

Психологический портрет беременных женщин, не имеющих опыта аборта, отличен от психологического портрета беременных женщин, имеющих аборт по собственному желанию, первыми шестью позициями цветов желтый, зеленый, красный, фиолетовый, коричневый, серый. Также он отличается от психологического портрета беременных женщин имеющих опыт аборта по медицинским показаниям семью первыми позициями цветов желтый, зеленый, красный, фиолетовый, коричневый, серый, синий. В первом случае, сочетание цветов желтого и зеленого (см. таб. 1) означает эмоциональную неустойчивость, склонность к накоплению отрицательных эмоций сочетающейся с высокой спонтанностью, безудержностью эмоциональных реакций. Женщин, не имеющих опыта аборта, отличает надежда на успех и выраженная эмотивность, потребность в действии, стремление к независимой позиции, увлеченность, стремление к бесконфликтному общению и физиологическому комфорту, повышенный самоконтроль помогает скрыть свою ранимость, беспокойство, непосредственность чувств, пристрастие к забавам, упрямство. Опора на накопленный опыт, ориентировка на собственное мнение, сопротивление внешне средовым воздействиям, Зрелость жизненной платформы, Чувство соперничества, Значимость собственной социальной позиции. Преобладание стремления к покою, уединенности.

Таблица 1.

Психологический портрет беременных женщин, не имеющих опыта аборта.

1	2	3	4	5	6	7	8
Желтый	Зеленый	Красный	Фиолетовый	Коричневый	Серый	Синий	Черный

Для женщин, имеющих опыт аборта по собственному желанию, характерна высокая мотивация достижения, потребность в обладании жизненными благами, стремление к доминированию, целенаправленность действий, высокая самооценка, потребность в самореализации, стенический тип реагирования, напряженная поисковая активность, импульсивность, сниженный самоконтроль, преобладание эмоций интереса, стремление преодолевать предубеждения и недоброжелательность окружающих, настороженность и недоверчивость. Стресс, выраженная

неудовлетворенность, зависимость позиции, неуверенность, тревожность, повышенная чувствительность к средовым воздействиям (см. таблицу 2).

Таблица 2.

Психологический портрет беременных женщин имеющих опыт аборта по собственному желанию.

1	2	3	4	5	6	7	8
Желтый	Зеленый	Красный	Фиолетовый	Коричневый	Серый	Синий	Черный

Для женщин, имеющих опыт аборта по медицинским показаниям, отличает смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций, ригидность установок, упорство и настойчивость, тревожный фон настроения. Потребность распоряжаться своей судьбой. Протест в отношении запретов и не желательных ограничений (см. таблицу 3).

Таблица 3.

Психологический портрет беременных женщин имеющих опыт аборта по медицинским показаниям.

1	2	3	4	5	6	7	8
Зеленый	Желтый	Фиолетовый	Красный	Синий	Серый	Коричневый	Черный

Женщин, имеющих опыт аборта по медицинским показаниям, отличает смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций, ригидность установок, упорство и настойчивость, тревожный фон настроения. Потребность распоряжаться своей судьбой. Протест в отношении запретов и не желательных ограничений.

В методике «Индекс эгоцентризма» выявлены статистические различия (при  $p < 0,05$ ) между беременными женщинами, не имеющими опыта аборта и беременными женщинами, имеющими опыт аборта (см. рис.2).

Показатели уровня эгоцентризма

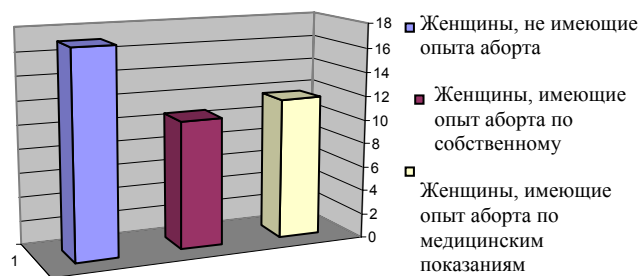


Рис.2. Сравнительный анализ переживания беременности беременными женщинами в возрасте 22-27 лет без негативного опыта беременности, с

сознательным абортom и абортom по медицинским показаниям. Методика «Индекс эгоцентризма».

У женщин, имеющих опыт аборта, показатель эгоцентризма ниже, что свидетельствует об их умении учитывать точки зрения других, контролировать правильность понимания людей, с которыми общаются и взаимодействуют, способны представить себя на месте другого, быть внимательными к состоянию окружающих. Эти особенности можно объяснить осмысленностью ими прошлого опыта, наличием опыта искусственного прерывания беременности, который подавляет уровень эгоцентрической направленности вследствие формирования чувства вины.

Кроме того, в группах женщин без негативного опыта беременности значительно чаще встречались отказы от выполнения методики, направленной на выявление эгоцентрических черт, притом, что в этих группах не было обнаружено достаточных различий в оценке своего самочувствия и здоровья. Подобное поведение интерпретировалось нами как возможное проявление эгоцентризма.

Сравнивая уровень развития рефлексивности среди беременных женщин, не имеющих опыта аборта и беременных женщин, имеющих таковой (см. рис.3), можно увидеть, что он ниже у беременных женщин имеющих опыт аборта по собственному желанию (при  $p < 0,05$ ).

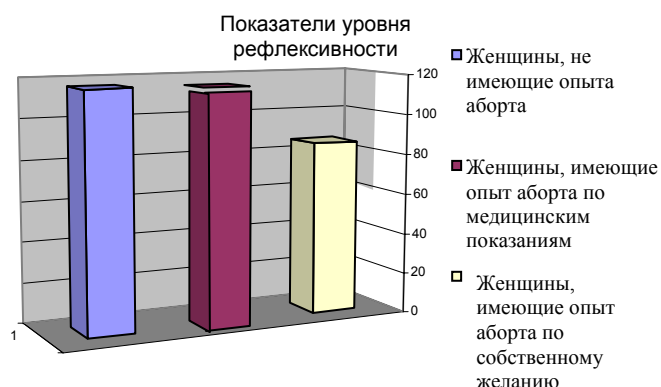


Рис. 3. Сравнительный анализ переживания беременности беременными женщинами в возрасте 22-27 лет без негативного опыта беременности, с сознательным абортom и абортom по медицинским показаниям. Методика «Рефлексивность» А.В. Карпова.

На основании этих данных можно предположить, что беременные женщины, имеющие опыта аборта по собственному желанию сравнительно редко анализирует и оценивает происходящие события, прошлое и себя в нем, что возможно связано с действием защитных механизмов (см. рис.4).

Для подтверждения этого предположения была создана выборка, которую составили беременные женщины, не имеющие опыта аборта и

беременные женщины имеющие опыт аборта по собственному желанию (см. рис. 4). При обработке были получены статистически значимые различия по шкалам: реактивные образования(1) (при  $p < 0,05$ ), отрицание реальности(2) (при  $p < 0,05$ ), регрессия(4) (при  $p < 0,05$ ), компенсация(5) (при  $p < 0,05$ ), проекция(6) (при  $p < 0,05$ ), рационализация(8) (при  $p < 0,05$ ).

Для оценки различий использовались показатели методики «Индекс жизненного стиля».

Беременные женщины, имеющие опыт аборта по собственному желанию, имеют завышенные механизмы психологической защиты. Беременных женщин, имеющих опыт аборта по собственному желанию отличает отрицание вызывающих тревогу обстоятельств, замена решения субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные, попытки найти подходящую замену реального или воображаемого нестерпимого чувства другим чувством, чаще всего при помощи присвоения себе свойств другой личности. Также для этих женщин характерно приписывание неосознаваемых и неприемлемых чувств и мыслей другим людям, благовидное обоснование своего поведения, если оно угрожает самоуважению личности, предотвращение выражения неприятных.

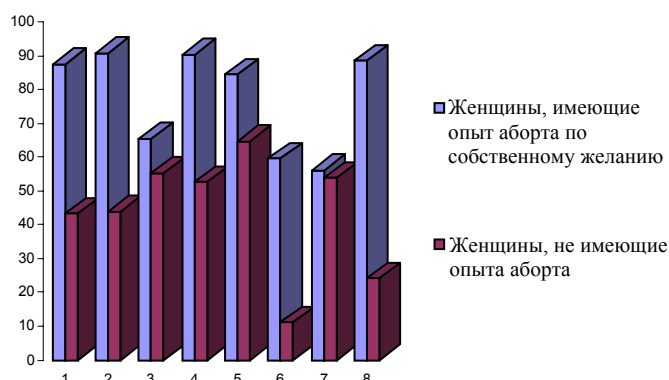


Рис.4. «Индекс жизненного стиля» среди беременных женщин, не имеющих опыта аборта и беременных женщин, имеющих опыт аборта по собственному желанию (реактивные образования(1), отрицание реальности(2), регрессия(4), компенсация(5), проекция(6), рационализация(8)).

Нам удалось установить, что на принятие роли матери влияет эмоциональная сфера. Если до того, как стать матерью, у женщины имело место только знание о процессе беременности (информация о сроках беременности, об эмоциональном состоянии беременных женщин, об их физиологическом состоянии и пр.), то, погрузившись в данное состояние, беременная женщина испытывает пристрастное переживание, данное непосредственно в её жизни. Это переживание порождает стремления и желания стать матерью, изменяя привычный образ жизни, а значит и трансформацию психологического мира беременной женщины.

Литература.

1. Абрамченко В.В. Психологическое акушерство. СПб.,2001.
2. Абульханова В.В., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.,2001.
3. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложнённой акушерской и экстрагенитальной патологией. //Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 2002. №3. С.3-13.
4. Баз Л.Л., Баженова О.В. Исследование и восприятие психологической поддержки беременными женщинами. //Психологический журнал. 1994. Т.15. №1.
5. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. //Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. №2. С.46-56.
6. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. //Психологический журнал. 2000. Т.21. №2. С.79-87.
7. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологических состояний женщины во время беременности и после родов. //Вопросы психологии. 2002. №1. С.59-68.
8. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. //Вопросы психологии. 2002. №3. С.110-118.
9. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект. //Психологический журнал. 2001. Т.22. №1.
10. Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст] - М.: Изд-во Моск. Ун-та. 1984. – 200 с.
11. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка. //Синапс. 1993. №4. С 32-38.
12. Кочанова Л.В. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. //Медсестра.2002.№2.
13. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М: Смысл.2003. 487с.
14. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. //Вопросы психологии. 2000. №5. С.18-27.
15. Минюрова Е.В. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства. //Вопросы психологии. 2003. №4. С.63-75.
16. Погудина Е.В. Социальная тревога у беременных. //Журнал практического психолога. 2002. №1.
17. Русалов В.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложнённой беременностью //Психологический журнал. 2003. Т.24. №6.
18. Ряплова, Е.А. Изменения в организме и психике женщины во время беременности// Психологический журнал. № 5, 1996, с. 34 – 39.

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

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

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ**

*Богушевская Ю.В., Нефедова М.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Повышенный интерес к исследованию псориаза объясняется не только высокой распространенностью этого дерматоза (заболеваемость в развитых странах достигает 2-3 %), но и значительным удельным весом в общей патологии кожи (Ю.К. Скрипкин, 2001). На протяжении многих лет велась дискуссия о роли психологических факторов в развитии псориаза. Во многих публикациях отмечается значение психологического напряжения как триггерного механизма в возникновении и течении данного заболевания. Большое влияние на уровень и качество жизни человека оказывает наличие у него заболеваний кожи (М.М. Дудырев, В.С. Полунин, 2008). В отечественной литературе существуют единичные публикации, посвященные изучению психологических нарушений при заболеваниях кожи (А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, 2004).

Псориаз – часто встречающееся хроническое кожное заболевание, которым страдает около 2-4 % населения земного шара. Заболевание может возникать в любом возрасте: с момента рождения и до глубокой старости. Независимо от возраста начала псориаз может длиться много лет. Участие эмоциональных и личностных факторов в этиологии псориаза не вызывает сомнений. Об эффективности лечения дерматозов судят исключительно по клиническим физиологическим показателям. В то же время психологическая составляющая заболевания, раскрывающая роль личности в оптимизации и в повышении эффективности проводимых комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, остается изученной недостаточно. Лишь некоторые авторы считают, что лечение больных псориазом необходимо проводить совместно с психотерапевтом (О.Г. Зайцева, 2000). Поэтому исследование в этой области весьма актуально и востребовано.

На основании вышеизложенного, в качестве проблемы данной работы можно обозначить определение влияния психотерапии на психологические особенности больных псориазом.

Цель работы заключалась в изучении эффективности применения психотерапии в комплексном лечении псориаза, в частности метода «Символдрама» (кататимно-имагинативное переживание образов). Объектом исследования выступили эмоционально-личностные особенности: ситуативная и личностная тревожность, уровень депрессии. Предметом

послужили различия в степени выраженности эмоционально-личностных особенностей под воздействием проведенной психотерапии.

Задачами исследования являлись: 1. Аналитическая проработка материала по данной проблеме с выделением общего механизма нарушений в эмоционально-личностной сфере больных псориазом. 2. Обоснование выбранного метода психотерапии. 3. Эмпирическое изучение данных, полученных в результате использования данного метода. 4. Исследование динамики психологического состояния больных псориазом. 5. Изучение эффективности проведенной психотерапевтической работы на основании статистического анализа полученных результатов. 6. Составление рекомендаций по проведению психотерапии в качестве составляющей комплексной программы реабилитации больных псориазом.

В качестве методов исследования использовались: клинико-психопатологический (наблюдение, беседа); шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга, в адаптации Ю.Л. Ханина; шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), позволяющая изучить тяжесть симптомов депрессии в динамике. На базе Курского клинического кожно-венерологического диспансера было обследовано 25 больных распространенным псориазом, находящихся на стационарном лечении. Основную группу, в которой проводилась символдрама, составили 10 мужчин и 5 женщин в возрасте от 21 до 50 лет. В контрольную группу вошли 10 больных псориазом, которым проводилось традиционное лечение без психокоррекционного вмешательства.

Несмотря на многочисленные утверждения, что псориаз вызывается травмой, инфекциями, стрессами, некоторыми медикаментами и другими факторами, этиология заболевания остается невыясненной. Среди разнообразных пусковых факторов указываются ожирение, энтерит, острые респираторные вирусные инфекции, курение, алкоголизм, инфицирование ВИЧ, наследственная предрасположенность, хирургические вмешательства.

Особая роль психоэмоциональных факторов в патогенезе различных кожных заболеваний отмечается с давних времен. М. Капоши прослеживает четкую связь между психикой и кожей больного. В дерматологии закрепилось условное деление кожных заболеваний на 2 группы в зависимости от психоэмоциональных факторов в их развитии: 1. Дерматозы психоэмоциональные, в возникновении которых психические факторы играют основную роль; 2. Дерматозы, в этиологии которых нервно-психические факторы играют второстепенную, не доминирующую роль.

У большинства больных псориазом обнаружены существенные различия в способности противостоять стрессам и справляться с их последствиями, что указывает на необходимость исследования роли стресса как пускового фактора псориаза и психотерапии заболевания. Так, более 40% больных связывают появление и развитие псориаза с предшествовавшими тяжелыми психическими потрясениями, а 52% больных – с выраженными негативными эмоциями. Усиление расстройства наблюдается на фоне



неспецифических, психически отягощающих ситуаций, как переживания потери объекта и угрозы безопасности и здоровью больных. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности, свойственное больным с кожными болезнями, и обостренная восприимчивость к реакциям окружающих (с их подчас унижающей жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью и боязнью заражения) усугубляют эмоциональную напряженность этих пациентов, их подозрительность и настороженность, толкают их на путь негативизма и социальной изоляции.

Оценка психического состояния – одно из обязательных условий распознавания различных дерматозов, поскольку психические расстройства часто сопровождают многие из них. Симптомы псориаза могут полностью исчезать без местного лечения по мере улучшения психического состояния больного в процессе психотерапии. На возможность психогенной природы хронических дерматозов указывает предшествующая им невротическая симптоматика, часто с выраженными расстройствами депрессивного круга. У больных псориазом описаны тяжелые невротические нарушения, сопровождающиеся ухудшением их социального положения, формированием чувства собственной ущербности и неполноценности.

Хронический эмоциональный дискомфорт с переживанием чувства недовольства собой, эмоциональной напряженностью, беспокойством, тревожными ожиданиями приобретает форму патогенного фактора (Н.Г. Кочергин, 2007). Обострение заболевания может произойти в результате появления личностных проблем у больного. Динамика эмоциональных расстройств в периоды обострения заключается в усилении страха и депрессии в первые дни рецидива с последующим снижением по мере его завершения.

В качестве наиболее частой реакции на кожное заболевание М.А. Gupta (2008) рассматривают депрессию. В.Ю. Елецкий указывает на то, что у больных с псориазом встречаются тревожно-депрессивные, истеродепрессивные, астенодепрессивные и эксплозивные реакции, и патологические развития личности. При этом какой-либо специфичной для каждого дерматоза психопатологической симптоматики не выявляется. Наличие, выраженность и стойкость этих нарушений зависят от преморбидных особенностей пациентов, их возраста к моменту дебюта дерматоза, длительности и тяжести течения кожного заболевания.

Таким образом, в основе псориаза может лежать изменения психоэмоционального состояния, в том числе связанные с тяжелым эмоциональным стрессом. Любая хроническая болезнь ставит человека в специфические условия, изучение которых может способствовать пониманию некоторых механизмов формирования личности. Длительное течение кожных заболеваний с периодическим обострением, резистентность к психотерапии, постоянное чувство стыда и дискомфорта, которые испытывают больные при общении с окружающими, вынужденное

ограничение контактов с людьми – таковы неблагоприятные условия, оказывающие влияние на развитие личности больного.

Психокоррекционная программа эмоционально-личностных особенностей больных псориазом была направлена на коррекцию эмоционально-личностных особенностей больных псориазом: снижение уровней ситуативной и личностной тревожности, уровня депрессии. В ее задачи входило выявление актуального конфликта, особенностей эмоционального реагирования; достижение у больного понимания причин своего заболевания; снижение эмоционально-психологического напряжения; изменение патогенных программ и сценария поведения; формирование позитивных взглядов на будущее. Форма проведения коррекционных мероприятий была индивидуальная. Курс психотерапии состоял из 8 занятий, длительностью по 40 мин, периодичность сеансов - 2 раза в неделю.

Программа включала в себя следующие последовательно реализуемые блоки занятий.

Таблица 2

Психокоррекционная программа эмоционально-личностных особенностей больных псориазом

№ Занятия	Задача	Пример упражнений для работы с образами
1 занятие	Выявить актуальный конфликт и состояние пациента	1. Мотив луга. 2. Мотив цветка. 3. Мотив дерево.
2 занятие	1.Проработка психотравмирующего опыта. 2. Выяснение образного представления симптома, болезни.	1. Картинки в старой книге. 2. Образное представление больного органа.
3 занятие	Изменение патогенных программ и сценария поведения	Мотив обследование дома.
4 занятие	Подключение ресурсного состояния	1. Следование вдоль ручья, вверх и вниз по течению. 2. Подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта.
5 занятие	Подключение ресурсного состояния	1.Мотив символического существа, выходящего

		из темноты леса. 2. Мотив цветка.
6 занятие	Закрепление резервного состояния пациента	Получение земельного надела.
7 занятие	Построение временной перспективы	Представление себя на 10 лет старше
8 занятие	Отсоединение от психотерапевта	Прощание на морском вокзале.

Особенностями проведения метода являлись: 1. Длительный этап расслабления, состояние напряжения пациента. 2. Самостоятельное прохождение заданной ситуации. 3. Безболезненный выход пациента из воображаемой ситуации.

Теоретический анализ данной проблемы показал, что участие эмоциональных и личностных факторов в этиологии псориаза не вызывает сомнений. Можно утверждать, что псориазные высыпания оказывают негативное влияние на психоэмоциональное состояние пациента. Обнаруженные психологические особенности у больных с данной нозологией требуют психокоррекционного вмешательства наряду с применяемой фармакотерапией.

Становится очевидной связь между психикой и псориазом, необходимость стабилизации эмоциональных реакций с помощью психотерапевтического воздействия. Это позволило больным научиться адекватно реагировать на травматические события, самостоятельно преодолевать психическое напряжение, возникающее в период обострения заболевания.

Сопоставив данные обследования психологической сферы в начале лечения и перед выпиской больных, мы пришли к выводам:

1. В ходе проведенного исследования выявлено негативное влияние псориаза на психоэмоциональное состояние больного.

2. В экспериментальной группе изменения эмоционально-личностной сферы носили более выраженный позитивный характер.

2.1. Показатели депрессии, изначально завышенные в экспериментальной группе уменьшались в процессе психотерапии;

2.2. В контрольной группе не наблюдалось существенных сдвигов по уровню депрессии, т.е. отсутствовала положительная динамика психологического состояния больных от проводимой терапии.

3. Зафиксированы различия степени выраженности реактивной и личностной тревоги у больных псориазом, проходящих традиционное лечение и подверженных психокоррекционному вмешательству.

3.1. В контрольной группе после проведения медикаментозного лечения выявлено повышение эмоциональной нестабильности, сопровождающееся высокими показателями личностной тревожности. Ситуативная тревожность в результате фармакотерапии не изменяется.

3.2. В экспериментальной группе в конце лечения произошло снижение уровней и личностной и ситуативной тревожности.

4. Снижение уровня ситуативной тревожности, уровня депрессии в экспериментальной группе является результатом проведения психотерапии методом символдрама.

5. Применение символдрамы в рамках комплексного подхода при терапии псориаза можно считать достаточно эффективным методом. Своевременная и адекватная терапия способствовала повышению эффективности дерматологического лечения, улучшению психического состояния и социально-психологической адаптации больных с псориазом.

Применение психотерапевтического метода символдрама для воздействия на эмоциональную сферу больных с псориазом в комплексе с психофармакологическим лечением позволило повысить эффективность лечебных мероприятий, уменьшить сроки пребывания больных псориазом в стационаре.

Таким образом, мы рассмотрели влияние психотерапии на психологические особенности больных псориазом: уровень ситуативной и личностной тревожности, уровень депрессии. Проведенный теоретический анализ показал, что в процессе длительного или хронического кожного заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование повышенной сенситивности, тревожности, беспокойства, мнительности, эгоцентричности. Обнаруженные психологические особенности требуют психокоррекционного воздействия наряду с фармакологическим курсом лечения.

Проведенная психотерапия у больных псориазом способствует снижению тревожности, депрессии, беспокойства, раздражительности, негативных переживаний. В результате коррекционного воздействия повышается самооценка и самочувствие больных. Больные учатся адекватно реагировать на травматические события, самостоятельно преодолевать психическое напряжение, возникающее в период обострения заболевания. Психотерапия в комплексе с психофармакологическим лечением позволила уменьшить сроки пребывания больных псориазом в стационаре.

Литература.

1. Дороженков, И.Ю. Психосоматические соотношения в клинике псориаза и экземы // Материалы Всероссийского симпозиума (г. Курск, 10-12 мая 2001 года). / Под ред. член.- корр. РАМН А.В. Завьялова. – Курск: КГМУ, 2001. – С. 86-88.

2. Дудырев, М.М. Социальные аспекты состояния здоровья больных псориазом / М.М. Дудырев, В.С. Полуниин // Российский медицинский журнал. – 2008. - № 2. – С. 5-7.

3. Зайцева, О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: Дис. ... канд. Мед. наук. – Краснодар, 2000.

4. Касимова, Л.Н. Психологические особенности и спектр психопатологических расстройств у больных, страдающих псориазом / Л.Н.

Касимова, И.И. Китаева // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 18-22.

5. Кочергин, Н.Г. Псориаз: современные представления и перспективы // Медицинский вестник. Архив газеты. – 2007. – №5.

6. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни. М.: Триада-фарм, 2001, 361 с.

7. Gupta, M.A. Классификация психодерматологических расстройств / М.А. Gupta // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 8-12.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХОГЕНИЙ**

*Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Паршикова И.В., Агеев М.И., Зайцева О.Г.,  
Стрижев В.А.*

**Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар**

Значимость стрессогенного воздействия на психическое здоровье констатируется во всех возрастах и более половины этих воздействий приходится на события повседневной жизни.

К настоящему времени накоплен немалый научный и практический опыт в области непсихотической стрессогенно обусловленной психической патологии, возникающей у пациентов в те или иные периоды жизни. Однако анализ психогений в среднем возрасте остается актуальным, так как экономическая нестабильность, утрата привычных, устоявшихся на протяжении десятилетий жизненных ориентиров, вынужденные ситуации смены стереотипов поведения и иерархической структуры ценностей сами по себе являются факторами, предрасполагающими к нарушениям психического здоровья.

Целью настоящей работы было изучение особенностей стрессогенно обусловленной психической патологии у лиц среднего возраста.

Исследование проводилось на кафедре психиатрии КГМУ в 2008-9 году, где проводилась диагностическая, консультативно-лечебная помощь лицам по поводу эпизодически наблюдавшейся непсихотической психической патологии.

Лица среднего возраста (25 – 50 лет) были отобраны из 270 человек, которые обращались за помощью в Краевой психоневрологический диспансер г. Краснодара.

Критерии отбора больных включали наличие четкой временной связи развития психогений с воздействием одного или нескольких стрессоров повседневной жизни, длительность психогений не менее 1 месяца (это позволило исключить из исследования многочисленную группу кратковременных психогенных реакций и обеспечить большую однородность группы).

Критериями исключения были наличие тяжелой интеркуррентной патологии, умственная отсталость, манифестные формы эндогенных психических болезней, деменции разного уровня и генеза.

При проведении исследования использовался традиционный для отечественной психиатрии клинко-психопатологический метод оценки состояния больных на момент обследования и в процессе динамического наблюдения.

В первично обследованных контингентах доля пациентов со стрессогенно обусловленной патологией, отвечающих перечисленным критериям включения, составила в группе лиц среднего возраста 35,7% (соотношение мужчин и женщин 1:6),

Повседневные психосоциальные стрессоры, вызывавшие нарушения психического здоровья непсихотического уровня, определялись широким перечнем жизненных событий. Круг повседневных психосоциальных стрессоров составляли преимущественно тяжелая болезнь или смерть родственника, развод либо супружеский конфликт, пьянство члена семьи. Распространенность различных видов психосоциальных стрессоров была представлена следующим образом: смерть супруга или другого близкого родственника - 29%, серьезный конфликт с супругом/супругой - 25,5%, конфликтные отношения на работе - 15,5%, макросоциальный стресс (увольнение, кража) - 14,5%, ссора с близкими людьми - 8,5 %, тяжелая болезнь близких родственников - 7%.

Учет всех стрессогенных факторов, касающихся микросоциальной сферы (семейной), показал, что на их долю приходится в целом 70%, макросоциальной сферы – 30%.

Патогенное воздействие указанных выше наиболее важных жизненных событий различалось степенью остроты или внезапности их развития и длительностью существования. У пациентов среди наблюдавшейся стрессогенно обусловленной патологии чаще всего встречались депрессии, о чем свидетельствует распределение нарушений: депрессии - 61,3%, невротические расстройства - 25,7%, психовегетативные пароксизмы - 13%. Характерными особенностями изученных психогений являлись сосуществование аффективных и невротических нарушений, что придавало клинической картине известный полиморфизм, наличие соматизированных расстройств. У 40% больных их продолжительность достигала полугода и более. В случаях затяжных психогенных депрессий происходило усложнение их клинической картины за счет присоединения ипохондрических расстройств, вытеснявших «депрессивные переживания», связанные по содержанию с психотравмирующей ситуацией (52,4%). В трети случаев «эндогенизации» состояния сопутствовали появление витальных ощущений, суточных колебаний настроения, утрата понятной связи депрессивных переживаний с вызвавшим их психологически тягостным событием. Таким образом, трансформация затяжных психогенных депрессий заключалась в видоизменении клинической картины с нарастанием и доминированием

эндогенных черт (соматического синдрома по МКБ-10) и в редукции собственно психореактивного компонента.

Динамика затяжных психогенных депрессий включала несколько вариантов. Первый — витализация аффективных нарушений с чувством загроудинной тоски, идеями самообвинения, суточными колебаниями настроения, нарушением сна с ранним пробуждением, потерей массы тела. Подобное видоизменение клинической картины чаще всего характеризовало депрессии, которые развились после смерти супруга, повлекшей за собой ограничение и утрату прежних социальных контактов. Второй — вытеснение депрессивных переживаний, отражавших вызвавшую их первичную причину, и «замещение» их соматоформными расстройствами с ипохондрической фиксацией на отдельных болезненных симптомах, астеническим симптомокомплексом. Такого рода динамика определяла преимущественно психогении, формировавшиеся при интерперсональных конфликтах. Третий — присоединение тревоги, панических атак, нозофобий различного содержания, что чаще имело место при воздействии нескольких стрессорных событий. Среди невротических синдромов около половины приходились на обсессивно-фобические со страхами ипохондрического содержания. Приблизительно с такой же частотой нарушения невротического спектра характеризовались отчетливыми соматоформными проявлениями с преобладанием соматизированных расстройств, сочетавшимися с соматовегетативными дисфункциями или истериформной конверсионной симптоматикой. Наблюдавшиеся у обследованных пациентов психогенно обусловленные психовегетативные пароксизмы отвечали общепринятым критериям панического расстройства.

Проведенное исследование позволило выявить иерархическое распределение стрессорных событий повседневной жизни, приводящих к непсихотическим нарушениям психического здоровья в среднем возрасте, их клинические проявления и факторы, предрасполагающие к развитию психогений.

Из-за нарастающей стрессогенности жизненных условий, можно ожидать дальнейшего роста психогений, поэтому интегральная оценка психического состояния здоровья и оценка уровня функционирования создала основу для психопрофилактики психогений.

Программа реабилитации должна строиться с учётом формы психогений, уровня функционирования различных органов и систем, психологических особенностей, что обеспечит психопрофилактику психической, социальной дезадаптации.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Паршикова И.В., Агеев М.И., Зайцева О.Г.,  
Стрижев В.А.*

## Кубанский Государственный медицинский университет, Краснодар

Группа лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, отличается целым рядом клинических проявлений и психопатологических реакций, связанных с соматическим заболеванием. Поэтому изучение личностных особенностей больных, их позиции по отношению к своему заболеванию и лечению, необходимо для повышения эффективности психокоррекционных мероприятий, что приводит не только к улучшению состояния больных, но и способствует профилактике рецидивов и повышению социальной адаптации больных.

Целью исследования явилось изучение типов отношения к заболеванию у больных с сердечно-сосудистой патологией для повышения эффективности психокоррекционных мероприятий.

Обследовано 57 больных: 36 мужчин и 21 женщина. Средний возраст  $47 \pm 1,38$  лет. Их них 38 человек с ишемической болезнью сердца и 19 с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, с длительностью течения заболевания не менее одного года.

Для изучения психопатологических реакций отношения к заболеванию использовался опросник психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ).

У больных с ИБС достоверно чаще отмечаются эргопатический, гармоничный, а так же сенситивный типы отношения к болезни. ( $p < 0,05$ ). Эргопатический тип встречался в основном в возрасте до 30 лет и от 41 до 50 лет, который заключался в преодолении отрицательных переживаний в связи с заболеванием и мобилизации усилий на достижении успеха. Характеристикой данного типа может быть избыточный контроль над поведением, отсутствие спонтанности в поведении, повышенная требовательность к себе и другим.

Гармоничный тип отношения характерен для больных с компенсированным течением ИБС, при этом у них нередко встречаются анозогностические черты. Данные типы не являются вторичными по отношению к заболеванию, а характеризуют преморбидные личностные особенности – активную позицию по отношению к заболеванию, «уход в работу» или активизацию конструктивных усилий по преодолению болезни.

Сенситивный тип характерен для больных, имеющих коморбидные невротические расстройства. Им свойственны сочетание эмоциональной чувствительности и низкой пластичности, тенденции к фиксации на своих проблемах, выраженная психологическая зависимость от микросоциального окружения. При этом, при дестабилизации соматического состояния при ИБС выявленные типы отношений к болезни могут переходить в дезадаптивные, что определяется личностными особенностями и характером заболевания.

У больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы достоверно чаще встречались ипохондрический, тревожный, неврастенический типы в структуре смешанных или диффузных



( $p < 0,05$ ). Для них характерны повышение невротизации и тревожности, большая зависимость от микросоциального окружения, высокая ипохондричность и проблемы в межличностном общении. У больных с дезадаптивными типами реагирования чаще, чем при адаптивных выявлены определенные преморбидные личностные черты (дистимичность, тревожность, демонстративность, ригидность), которые обуславливают легкость нервно-психической декомпенсации, особенно по психосоматическому типу. Все это создает благоприятный фон для формирования у них пограничных психических расстройств.

Таким образом, выявленные типы реагирования на болезнь могут выступать мишенями для психокоррекционного воздействия, целью которого является формирование более адаптивной модели отношения к болезни с учетом характера заболевания и личностных особенностей больного.

## **ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХИКИ**

*Вайнер А.Б.*

**Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера,  
Пермь**

Проводя исследование, посвященное комплексному изучению эффективности методов психодинамической терапии невозможно обойти вниманием такой феномен как механизмы психологической защиты. Дело в том, что измеряя (при помощи шкал Гамильтона и Спилбергера), насколько повышается, либо понижается уровень тревоги и депрессии во время конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки, естественно приходится сталкиваться с сопротивлением, обусловленным констелляциями, состоящими из бессознательных конфликтов, вытесненных травматических воспоминаний, конфликтующих импульсов и болезненных аффектов. Проявляется же сопротивление, как правило, при помощи механизмов психологической защиты.

Феномены, которые называются защитами, имеют множество полезных функций. Они действуют на протяжении всей жизни как здоровая, творческая адаптация, и их можно рассматривать как «защиты» в тех случаях, когда их действие направлено на защиту собственного «Я» от какой-либо угрозы. Личность, чье поведение носит защитный характер, бессознательно стремится выполнить одну или обе из следующих задач:

1. избежать или овладеть неким мощным угрожающим чувством – тревогой, иногда сильнейшим горем или другими дезорганизирующими эмоциональными переживаниями
2. сохранение самоуважения

Основная функция защит - преодоления тревоги. Теоретики объектных отношений, ввели представление о том, что защиты действуют и против горя.

Современные психоаналитики полагают, что каждый человек

предпочитает определенные защиты, которые становятся неотъемлемой частью его индивидуального стиля борьбы с трудностями. Это предпочтительное автоматическое использование определенной защиты или набора защит является результатом сложного взаимодействия по меньшей мере четырех факторов:

1. врожденного темперамента
2. природы стрессов, пережитых в раннем детстве
3. защит, образцами для которых (а иногда и сознательными учителями) были родители или другие значимые фигуры
4. усвоенных опытным путем последствий использования отдельных защит

*Защиты можно классифицировать по различным категориям.*

**1. ПЕРВИЧНЫЕ ЗАЩИТЫ**, имеющие дело с пограничным состоянием между собственным «я» и внешним миром.

Все первичные защиты можно разбить на 7 групп, представленных в таблице 1.

Таблица 1

Первичные защиты

<b>Разновидность</b>	<b>Основные характеристики</b>	<b>На кого действует</b>
Примитивная изоляция (аутистическое фантазирование)	Изоляция от социальных или межличностных ситуаций и замена напряжения, происходящего от взаимодействий с другими, стимулирующей, исходящей от фантазий, в т.ч. склонность к использованию химических веществ для изменения состояния сознания . Выключает человека из активного участия в решении межличностных проблем (творческие нонконформисты, художники и т.д.).	К этой защите склонны чувствительные, впечатлительные люди. Это фундаментальная защита для шизоидного типа
Отрицание	Механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Элементы реальности, которые могут спровоцировать появление «запретной» агрессии или неотвратимого страха, попросту перестают восприниматься. Включается (иногда у нескольких людей одновременно), когда человек чувствует, что имеет дело с авитальностью (стремлением к смерти) собеседника, либо своей собственной.	Люди, для которых отрицание служит основной защитой, утверждают, что «все прекрасно и все к лучшему»,

	Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).	они маниакальны по своему характеру.
Примитивная идеализация (и обесценивание)	Механизм приписывания особых достоинств и власти людям, от которых человек эмоционально зависим (чем более зависим, тем сильнее идеализация), компонент любви, религии. Человек противопоставляет внутреннему паническому ужасу уверенность в том, что кто-то, к кому он привязан - всемогущ, всеведущ и бесконечно благосклонен, и психологическое слияние с этим сверхъестественным, обеспечивает индивиду безопасность. Побочный продуктом идеализации является то, что собственные несовершенства переносятся особенно болезненно, и как следствие появляется стыд. Примитивное обесценивание – обратная сторона потребности в идеализации. Идеализация неизбежно приводит к разочарованию (чем сильнее идеализировался объект, тем большее обесценивание его ожидает).	Часто встречается у нарциссических личностей.
Проекция	Отнесение к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. За счет этого механизма у человека блокируется осознание своей вины и он снимает с себя всякую ответственность. Тип групповой роли - «роль проверяющего»	Часто встречается у незрелых и ранимых личностей
Интроекция	Символическая интернализация (включение в свое Я) человека или объекта. Неосознанное отождествление себя с другим человеком, перенос на себя желаемых чувств и качеств. Может использоваться для повышения самооценки. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Следствием интроекции может быть и ограничение агрессии против человека, с которым индивид себя идентифицирует. Порой вместо озлобленности или	Характерологически депрессивные люди, используют для уменьшения тревоги и сохранения целостности собственного «Я» путем удержания

	агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого.	психологических связей с неудовлетворительными объектами ранних лет жизни
Проективная идентификация	Проекция и интроекция работают сообща. Это проекция на другого человека в сочетании с оказываемым на него давлением, для того, чтобы он переживал себя в соответствии с фикцией проецирующего	Может говорить о пограничном уровне параноидной личности
Расщепление	Человек занимает неамбивалентную позицию и воспринимает ее противоположность как нечто совершенно отдельное (психотерапевт воспринимается как воплощение добра, а его коллеги, как воплощение зла). Восприятие структурируется приписыванием хороших или плохих валентностей окружающему миру, объекты воспринимаются только как «чёрные» или «белые». Это средство осмысления сложных неясных или угрожающих переживаний. Посредством проективной идентификации человек формирует такое же категоричное отношение к себе и у окружающих	
Диссоциация «выход из тела, раздвоение»	Это «нормальная» реакция на психогенную травму, большую, чем человек способен вынести. Диссоциирующий отключается от страдания, страха, паники и уверенности в надвигающейся смерти. Включается она автоматически. Люди могут диссоциировать и в ответ на обычный стресс, как если бы он был опасен для жизни, немедленно впадая в амнезию или становясь совершенно другими.	Травмированные люди. Человека часто принимают за неуравновешенного или лгуна.

*ВТОРИЧНЫЕ ЗАЩИТЫ* имеют дело с внутренними границами – между Эго, СуперЭго и Ид.

Разновидности вторичных защит представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Разновидности вторичных защит

<b>Разновидность</b>	<b>Основные характеристики</b>	<b>На кого действует</b>
Вытеснение	Процесс произвольного устранения в бессознательное («мотивированное забывание») неприятных мыслей,	Свойственен истерическим

	<p>побуждений или чувств (тенденций либидо и мортидо под воздействием СуперЭго).</p> <p>Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному материалу осознаваться в искаженном виде:</p> <p>а) вытеснение + смещение - способствует возникновению фобических реакций (навязчивый страх матери, что маленькая дочка заболеет тяжелой болезнью - защита против враждебности к ребенку, сочетающую механизмы вытеснения и смещения);</p> <p>б) вытеснение + соматизация (соматическая символизация) образует основу истерических реакций.</p>	личностям
Регрессия	<p>Осуществляется бессознательное возвращение на более ранний уровень приспособления, к инфантильным личностным реакциям позволяющим удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки ИЛИ после пережитого горя женщина начинает переедать и толстеть (регрессия с генитального психосексуального уровня на оральный)). Тип групповую роли - «роль ребенка»</p>	Свойственен инфантильным личностям
Изоляция	<p>Из-за неполного вытеснения возникает необходимость воспользоваться «изоляцией», чтобы удовлетворить притязания со стороны суперэго: осуждаемый импульс представляется в качестве «чуждого», навязанного со стороны чувства, мысли или импульса к действию, т.е. чувство изолируется от понимания. В отличие от диссоциации из сознания удаляется не весь опыт переживания, а только его эмоциональное значение.</p>	Характерен для обсессивных личностей
Компартментализация (раздельное мышление)	<p>Это разрыв между несовместимыми мысленными установками. Человек придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия («психологическое лицемерие»). Причём обе противоречивые идеи или оба действия доступны осознанию (вера в «Правило Золотой середины» и стремление к «Первому Номеру»)</p>	

Рационализация	Защитный механизм, оправдывающий либо мысли, чувства и поведение, которые на самом деле неприемлемы для индивида («это не так уж и плохо»), либо неспособность достичь желаемой цели («не очень-то и хотелось»). Речь идёт о подыскивание подходящих, с виду логичных объяснений для избегаемой эмоциональной ситуации. В результате этого за псевдомотивами остаются скрытыми истинные мотивы, часто осуждаемые СуперЭго. В процессе рационализации может осуществляться дискредитация цели. Поведение человека определяется множеством факторов, и когда индивид объясняет его наиболее приемлемыми для себя мотивами, он его рационализирует. Например, недостаточно подготовленный студент свой провал на экзамене объясняет враждебностью экзаменатора по отношению к нему, и таким образом студенту удаётся избежать самообвинений и стыда. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако больше самообмана	
Интеллектуализация	Один из видов рационализации, когда переживания и чувства подменяются размышлениями о них (вместо реальной любви - разговоры о ней). Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация сдерживает переполнение эмоциями	
Морализация	Защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства и поведение, которые на самом деле неприемлемы для индивида, как и рационализация, но не с точки зрения рационального, а с точки зрения морали («уничтожение евреев, гомосексуалистов и цыган необходимо для этического и духовного улучшения человеческой расы» Гитлер).	«Моральные мазохисты» и некоторые обсессивные (устойчивые иррациональные мысли и желания) и компульсивные (неконтролируемые повторяющиеся действия) личности
Аннулирование	Бессознательная попытка уравновесить некоторый аффект (обычно вину или стыд) с помощью отношения или поведения, которые магическим образом уничтожают этот аффект. Например, возвращение супруга с подарком,	Свойственно для компульсивных личностей.

	компенсирует вспышки гнева накануне вечером. Мы можем применять это понятие, только если «аннулирующий» не осознает чувства стыда или вины, и, следовательно, не осознаёт и собственного желания искупить их	
Смещение	«Запретные» (агрессивные) импульсы направляются на другой объект, или неприемлемое действие замещается на приемлемое. Когда желаемый путь реагирования для удовлетворения некой потребности оказывается закрытым, то желание ищет другой выход. Наибольшее удовлетворение от действия, замещающего желаемое, возникает тогда, когда их мотивы близки. Непреодолимые агрессивные желания могут направляться и на самого себя, проявляясь например, в вырывании волос, а в экстремальном случае и в самоубийстве. Этот механизм является причиной формирования фетишизма. Использование смещения тревоги с какой-то одной области на весьма специфический объект, символиз. пугающее явление	Фобические личности
Сверхкомпенсация (реактивное образование)	Подмена неприемлемых для осознания побуждений гипертрофированными, противоположными тенденциями. Превращение первоначальной тенденции в её полную противоположность. Защита носит двухступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Преувеличенная забота может скрывать отвержение объекта. Т.е. сознательно человек чувствует «х», а бессознательно испытывает «у». Например, старшая сестра сознательно любит младшего брата, а бессознательно ревнует и ненавидит, что выражается в слишком сильных «удушающих» объятиях ИЛИ, чтобы не сознавать своё бессознательное отвержение мужа, жена может начать неумеренно восторгаться его достоинствами	
Компенсация	Бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста - стремлением к власти и агрессивностью). Также выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере)	
Реверси	Трансформация пассивного в активное. Например, если	

я	некто чувствует, что желание испытывать заботу со стороны других является постыдным, он может жертвенно удовлетворить свою потребность в зависимости, проявляя заботу о другом и бессознательно идентифицируясь с этим человеком	
Сублимация	«Запретные» влечения или импульсы превращаются в общественно одобряемые, конструктивные действия, расцениваемые в качестве «более высших» ценностей (творчество). Например, человек с пироманными тенденциями становится пожарником, а человек с огромными сексуальными страхами – священником...	
Конверсия (соматизация)	Энергия, связанная с суперэго или ид, находящаяся в конфликте с эго, превращается в «псевдоорганическое» заболевание, причем, вначале не сопровождаясь какими-либо патологоанатомическими или объективно-доказуемыми изменениями. Например, в ситуации, с которой человек не желает справиться, попросту «не желая её видеть», может появиться «функциональная слепота».	
Отреагирование (действие вовне)	Любое отношение вне или внутри терапии разряжающееся в действии с бессознательной целью справиться со страхами, связанными с этим отношением. «Мы отреагируем то, чего не помним», - Фрейд. А не помним мы болезненное и неприятное. Со стороны, отреагирование может выглядеть как спонтанность или импульсивность. Например, клиентка, воспитанная карающей матерью, почувствовав желание близости с терапевтом, но, бессознательно испугавшись, что доктор, как и мать с презрением отнесётся к её привязанности, отреагировала, предприняв попытки сексуальной близости с тёзкой психотерапевта	Универсальная защита для различных нозологических единиц
Идентификация	Процесс, посредством которого тревога снимается за счет отождествления себя со значимым, важным лицом, которое представляется человеку менее уязвимым в тревожных ситуациях. В норме этот механизм мотивируется невыполненным желанием походить на значимого человека. Но иногда тенденции к агрессии по отношению к более сильным или более авторитетным персонам, для того чтобы подавить связанное с этим напряжение, превращаются в идентификацию с такими людьми, что приводит к садизму (идентификация с агрессором). Эмоциональный стресс (смерть близких), подталкивает к идентификации с утраченным объектом любви, а затем – с теми, кто займет место утраченного в	Люди с некоторым нарушением идентичности (женщины с истерической организацией характера и с бессознательным чувством, что ее пол является проблемой)



	эмоциональном мире человека. Фрейд настойчиво предостерегал аналитиков, призывая не поддаваться искушению, представлять себя в роли могущественного спасителя, опасаясь, что клиенты станут идентифицировать себя с психотерапевтом.	
--	--	--

Наиболее часто встречающимися защитными механизмами являются:

1. Отрицание
2. Вытеснение
3. Регрессия
4. Компенсация
5. Проекция
6. Смещение
7. Интеллектуализация
8. Реактивное образование (сверхкомпенсация)

Может возникнуть вопрос: что дает нам знание о защитных механизмах в практической деятельности. Ответ на него, по-моему, очевиден. Во-первых, стремясь к осознанию бессознательного материала, мы неизбежно уничтожаем старательно созданные вытеснения и разрушаем компромиссные образования, воздействие которых патологично, но форма, которых полностью синтонна Я. Таким образом запускается сопротивление, которое как раз и выражается в виде конкретных защитных механизмов. Как правило, они неадаптивны и терапевтическая ценность ослабления или слома неадаптивных защит личности очевидна. Так что для работы с сопротивлением, знание этих механизмов необходимо. Во-вторых, проблемы, возникающие у пограничных личностей в декомпенсации, могут свидетельствовать о недостаточности защит. И их можно «укрепить» только понимая с чем мы имеем дело. И наконец, в-третьих, защитные механизмы имеют диагностическую ценность. Например, реакция сопротивления в виде отрицания в ответ на пробную интерпретацию, как правило, свидетельствует о том, что психотерапевт движется в верном направлении. Знание концепции защит и разнообразия защитных механизмов, используемых в человеческом бытии, является решающим для понимания психоаналитической диагностики характера. Диагностическая категоризация необходима для обозначения свойственного человеку защитного паттерна!

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ - ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ**

*Валентинович Л.И., Домрачев Е.О., Ларионов Р.А.*

**Красноярский государственный медицинский университет им. проф.**

**В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск**

**Красноярский медико-фармацевтический колледж, Красноярск**

Охрана здоровья студенческой молодежи считается одной из важнейших социальных задач общества. Проблема здоровья студентов является особенно актуальной в характерных для текущего периода сложных социальных и экономических условиях. Студенты высших учебных заведений являются будущим социально-экономическим, интеллектуальным, творческим потенциалом страны. Вместе с тем, студенчество можно отнести к группе повышенного риска, так как на непростые возрастные проблемы современных студентов накладывается негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства [9].

Приоритетным направлением современной медицины, помимо стремления к устранению клинических симптомов болезни и улучшению функциональных показателей, конечной целью лечения следует считать повышение качества жизни (КЖ) больного. КЖ – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [8].

ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства.

Российские специалисты, занимающиеся проблемами КЖ, предлагают понимать под КЖ степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [10].

Оценка качества жизни (КЖ), изучение его сущности, накопление о нем необходимой научной информации стало актуальной проблемой, имеющей высокую общественную и государственную значимость. Об этом свидетельствуют упоминания о необходимости улучшения качества жизни у населения страны в выступлениях Президента России и Правительства [11].

Качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1]. Оценка качества жизни на современном этапе занимает все более прочное место в медицине, что отражает с одной стороны, появление новых медицинских технологий, не влияющих на продолжительность жизни, но существенно улучшающих ее качество, и с другой – повышение активности больного, увеличение его роли в выборе методов диагностики и лечения.

Для оценки качества жизни пациентов широко используются общие и специфические опросники [1]. Общие опросники могут быть применены при любом патологическом состоянии, позволяют сравнивать качество жизни при различных заболеваниях, но не оценивать определенные, присущие только конкретной патологии аспекты [3, 4]. Среди наиболее распространенных общих опросников следует отметить следующие:

– разработанные в 70-е гг. — Quality of Well-Being (QWB) Index, Sickness Impact Profile (SIP);

– в 80-е гг. — Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Life Index (QLI), COOP Charts;

– в 90-е гг. — EuroQoL Index, MOS Functioning and Well-Being Profile (MOS-FWBP), MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36), HAQ (Health Assessment Questionnaire) [3. 5].

Наиболее широко для исследования КЖ в настоящее время используется общий опросник SF-36 [5].

Исследования качества жизни в медицине применяются, в том числе, для оценки клинико-экономической целесообразности методов лечения, реабилитации и профилактики с использованием метода «затраты-полезность» [5, 7].

В исследованиях, посвященных качеству жизни студентов средних специальных учебных заведений, изучался, как правило, смешанный контингент (профессионально-технические училища, колледжи, техникумы), и вместе с тем вопросы качества жизни студентов отдельных профессий, таких как студенты – медики среднего звена здравоохранения не изучались.

Цель исследования.

Оценить психологические показатели студентов с ограниченным зрением.

Материал и методы.

Согласно цели исследования было изучено качество жизни студентов с ограниченным зрением ФГОУ СПО Красноярского медико-фармацевтического колледжа Росздрава обучающихся по специальности: «Медицинская сестра по массажу» [6].

Исследование проводилось при помощи общего опросника качества жизни SF-36 разработанного международным центром исследования качества жизни. Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36 физического компонента здоровья (PH) и психологического компонента здоровья (MH) рассчитываются путем анализа по существующим «ключам» параметров физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH). Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Восемь шкал опросника формируют 2 показателя: психологический компонент здоровья (жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье) и физический компонент здоровья (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья). Результаты

представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, при этом более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Так же в исследовании использовался опросник самооценки уровня тревожности (Методика Ч.Д. Спилбергера, ЮЛ. Ханина) позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние. Исследование уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и уровня тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность).

Анализ полученной информации осуществлялся с использованием относительных и средних величин, оценок достоверности, относительных показателей и их различий по критерию Стьюдента. Для выявления связи между изучаемыми явлениями применяли коэффициент корреляции Пирсона.

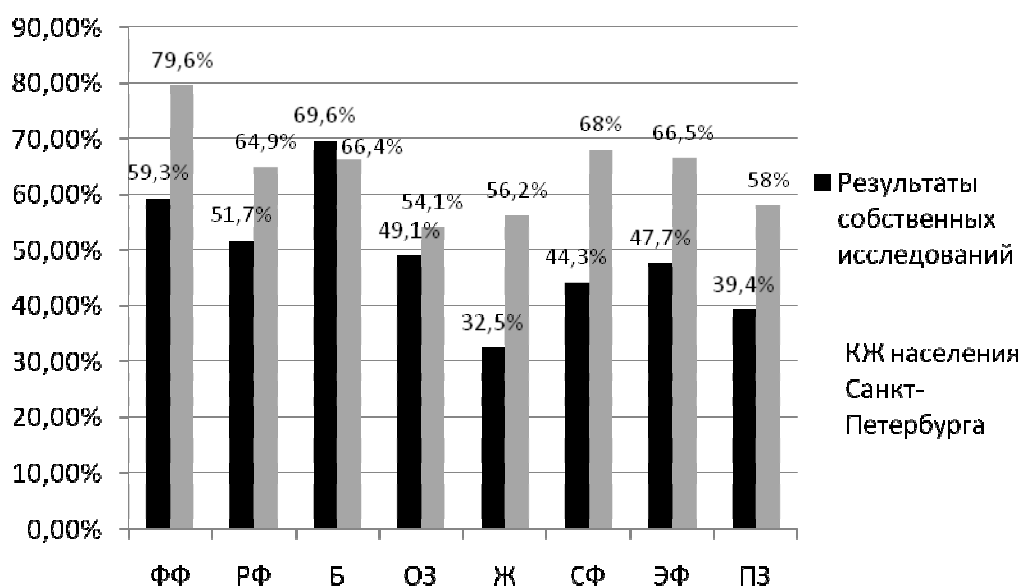
#### Результаты и обсуждение.

При исследовании самооценки уровня тревожности по опроснику Ч.Д. Спилбергеру, ЮЛ. Ханиной, нами получены следующие результаты, показатель реактивной тревожности в среднем в выборке составил  $25,5 \pm 1,95\%$ , что интерпретируется как низкий уровень тревожности. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Для низкотревожных людей, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач. Показатель личностной тревожности в среднем в выборке составил  $41,6 \pm 1,86\%$ , что интерпретируется как умеренный уровень тревожности. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Лицам с умеренной оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

В ходе исследования выявлена прямая корреляционная связь между показателями реактивной и личностной тревожности ( $r = 0,67$ ) ( $p < 0,05$ ).

*Диаграмма 1. Показатели качества жизни студентов медицинского колледжа с ограниченным зрением в сравнении с показателями населения*

Санкт – Петербурга возрастной группы 18-24 года [2]. Уровень значимости по всем показателям  $P < 0,05$ .



Анализ показал (Диаграмма 1) что физическое функционирование отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) в среднем по выборке составил 59,3% что на 20,3% меньше контрольной группы. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей) в среднем по выборке составил 51,7%, что на 13,2% меньше контрольной группы. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома в среднем по выборке составил 69.6% что на 3,2% больше контрольной группы. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента. Общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения в среднем по выборке составил 49,1% что на 5% меньше контрольной группы. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья. Жизненная активность подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным в среднем по выборке составил 32,5% что на 23,7% меньше контрольной группы. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности. Социальное функционирование определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение) в среднем по выборке составил 44,3% что на 23,7%

меньше контрольной группы. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.) в среднем по выборке составил 47,7% что на 18,8% ниже чем в контрольной группе. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. Психическое здоровье характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций в среднем по выборке составил 39,4% что на 18,6% ниже контрольной группы. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Все показатели качества жизни находятся в прямой взаимосвязи ( $r = 0,11 - 0,72$ )

Закключение.

Таким образом, нами установлено значительно низкие показатели качества жизни студентов с ограниченным зрением обучающихся по специальности медицинский массаж в сравнении с контрольной группой, при чем наибольшая разница отмечается в показателях жизненной активности и социального функционирования. Наименьшие различия отмечаются по показателям ролевое функционирование обусловленное эмоциональным состоянием, интенсивность боли и общего здоровья. Но при этом показатель реактивной тревожности находится на низком уровне, показатель личностной тревожности находится на умеренном уровне. Данное положение дел требует разработки адресных мероприятий по профилактической работе психологических и физических проблем со здоровьем.

Литература.

1. Амирджанова В. Н., Койлубаева Г. М // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С. 72—76.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: Олма Медиа Групп, 2007. — С. 113 – 125.
3. Anderson R. T., Aaronson N. K., Wilkin D. // Qual. Life Res. — 1993. — 2. — P. 369—395.
4. Bowling A. Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. — Philadelphia: Open University Press, 1996.
5. Loprinzi C., Laurie A. J., Wieand B. et al. // J. Clin. Oncol. — 1944. — № 12.
6. Ware J.E. SF-36 Health Survey Update. Spine 2000; 25(24): 3130-3139.
7. Wiklund I., Bardhan K. D., Muller-Lissner S. et al. // Ital. J. Gastroenterol Hepatol. — 1998. — Vol. 30 — P. 19—27.

8. Global Initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2002. Режим доступа: <http://www.ginasthma.com>

9. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Кардиология. – 2002.-N 5.-С 92-95.

10. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф., Скрынник О.В., Козьявкина Н.В. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами. Проблема оценки.// Соціальна педіатрія. – Киев. 2001. Вып.1.-С. 421-424.

11.Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине. // Клиническая медицина.-2000.-N 2.-С. 10-13.

## **СТРУКТУРА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ С НЕЙ СВЯЗАННЫХ В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Василенко Т.Д., Селин А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время, в ситуации увеличения стрессовых нагрузок на личность возрастает количество людей страдающих различными заболеваниями. Хронические заболевания, носящие зачастую психосоматический характер, не позволяют большому числу потенциально трудоспособных людей вести активную и полноценную жизнь.

Любая болезнь, особенно хронически текущая, оказывает существенное влияние на многие стороны жизни больного, нарушая его жизнедеятельность, делая невозможным достижение целей, нарушая внутрисемейные отношения. Кроме этого существуют иные социально - психологические явления, то есть возникают новые типы взаимоотношения с окружающими людьми, новые особенности поведения больного, новые виды его деятельности, дезорганизация социальной жизни пациента, вызываемая болезнью, иногда более остро переживается им, чем нарушения функционирования организма.

В нашем исследовании мы постарались проследить особенности структуры жизнестойкости во взаимосвязи с параметрами смысловой сферы личности и временной перспективы у людей, страдающих хронической соматической патологией.

Таким образом, проблемой нашего исследования выступил вопрос о том, как изменяется жизнестойкость, смысловая сфера личности и временная перспектива в ситуации хронического соматического заболевания.

Предмет исследования - структура жизнестойкости во взаимосвязи с временной перспективой и смысловой сферой личности в ситуации хронического соматического заболевания.

Цель исследования - изучить особенности структуры жизнестойкости, временной перспективы и смысловой сферы личности в ситуации хронического соматического заболевания.

Центральная гипотеза исследования - хроническая соматическая патология, изменяет особенности жизнестойкости, смысловой сферы личности и временной перспективы, и нарушает внутренние взаимосвязи между этими параметрами.

Основными методологическими и теоретическими основаниями, которые легли в основу нашего исследования, является концепция жизнестойкости (Сальвадоре Мадди, разрабатываемая в России Д.А.Леонтьевым, Е.И.Рассказовой и др.), современные исследования в области психологии телесности и психосоматики (А.Ш.Тхостов, В.В.Николаева др.), теоретические построения из области психологии смысла (Д.А.Леонтьев и др.); психология временной перспективы (К.Левин, Ф.Зимбардо, Ж.Нюттен и др.).

В качестве методов исследования нами были применены следующие группы методик.

Психодиагностические методики: тест "Смыслоразностные ориентации" (СЖО), опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе и тест Жизнестойкости Д.А.Леонтьева.

Проективные методы: методика исследования жизненного пути личности "Линия жизни" в варианте, разрабатываемом Т.Д.Василенко.

Так же в процессе исследования производилось знакомство с медицинской документацией, из которой были получены объективные данные относительно длительности, течения, прогноза, манифестации заболевания, осложнениях и сопутствующей патологии, а также периодичности поступления и длительности нахождения в стационаре.

В исследовании приняло участие 125 испытуемых, из которых было сформировано 2 основные группы: экспериментальная и контрольная.

Экспериментальная группа, которую составили люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, пациенты терапевтического отделения Курской городской больницы №3, в возрасте от 20 до 59 лет, средний возраст 36 лет. (N = 60).

Контрольная группа, в которую вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители города Курска в возрасте от 22 до 54 лет, средний возраст 38 лет (N = 65).

В результате проведенного нами исследования, был выявлен ряд различий по показателям жизнестойкости между людьми находящимися в ситуации хронического соматического заболевания и здоровыми испытуемыми, которые отражены в таблице №1.

### **Таблица №1. Различия в структуре жизнестойкости у больных и здоровых испытуемых**



<b>Параметры жизнестойкости</b>	<b>p- level</b>	<b>М больны е</b>	<b>δ больны е</b>	<b>М здоровы е</b>	<b>δ здоровы е</b>
Вовлеченность	0,001 2	39,7	7,20587	45,1	8,25354
Контроль	0,014 3	32,6	5,68726	36,9	6,32547
Принятие риска	0,042 3	14,6	4,23152	20,4	5,65847
Общая жизнестойкость	0,008 5	93,7	18,4571	98,7	18,12459

\* Здесь и далее: p-level – уровень статистической значимости, М – среднее, δ – стандартное отклонение.

1. По шкале вовлеченность отмечается преобладание у здоровых испытуемых, что говорит нам о том, что в ситуации хронического заболевания люди в меньшей степени убеждены в том, что включенность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для себя. В ситуации заболевания отмечается преобладание чувства отвергнутости, ощущение себя "вне" жизни.

2. По шкале контроль отмечается преобладание у здоровых испытуемых, что говорит нам о том, что в ситуации хронического заболевания люди в меньшей степени склонны разделять убеждение, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Для людей в ситуации заболевания наиболее выраженным является чувство ощущения собственной беспомощности.

3. По шкале принятие риска отмечается преобладание у здоровых испытуемых, что говорит нам о том, что в ситуации хронического заболевания люди в меньшей степени убеждены в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, неважно, позитивного или негативного.

4. По шкале общая жизнестойкость отмечается преобладание у здоровых испытуемых, что говорит нам о том, что в ситуации хронического заболевания люди в меньшей степени имеют способность препятствующую возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях.

В целом можно сказать о том, что в ситуации заболевания изменяется структура жизнестойкости личности. Отмечается снижение по всем параметрам жизнестойкости, включая интегральную ее характеристику.

Представляя полученные результаты по показателям смысловой сферы личности, необходимо отметить, что различия между здоровыми испытуемыми и людьми, находящимися в ситуации хронического соматического заболевания обнаружены только по двум из изучаемых параметров смысловой сферы личности, что отражено в таблице №2.

**Таблица №2. Различия в смысловой сфере личности у больных и здоровых испытуемых**

<b>Показатели смысловой сферы личности</b>	<b>p-level</b>	<b>М больные</b>	<b>δ больные</b>	<b>М здоровые</b>	<b>δ здоровые</b>
<i>Общая осмысленность жизни</i>	<i>0,0438</i>	<i>95,316</i>	<i>15,989</i>	<i>100,15</i>	<i>18,776</i>
<i>Цели в жизни</i>	<i>0,0263</i>	<i>29,633</i>	<i>6,849</i>	<i>32,33</i>	<i>6,8767</i>
Процесс жизни	0,3939	28,316	6,250	29,15	6,4837
Результат жизни	0,3063	24,366	4,909	25,03	5,0989

1. *Общая осмысленность жизни.* Отмечается статистически значимое снижение уровня осмысленности жизни у людей в ситуации заболевания. Это говорит нам о том, что в ситуации хронического соматического заболевания люди в меньшей степени воспринимают свою жизнь как наполненную смыслом, интересную и продуктивную.

2. *Цели в жизни.* Отмечается статистически значимое снижение уровня по показателю цели жизни по тесту СЖО у людей в ситуации заболевания. Это говорит нам о том, что в ситуации хронического соматического заболевания люди в меньшей степени воспринимают свою будущую жизнь как наполненную смыслом, интересную и продуктивную.

В нашем исследовании также подтвердилась идея Д.А.Леонтьева о положительной взаимосвязи показателей осмысленности жизни и параметров жизнестойкости у здоровых испытуемых. В результате проведения корреляционного анализа по R Спирмену по всем показателям были обнаружены значимые корреляции, что отражает согласованность смысловой сферы личности и жизнестойкости. В группе людей в ситуации заболевания ни одной значимой корреляции показателей жизнестойкости и смысловой сферы личности у людей в ситуации хронического соматического заболевания.

Можно утверждать, что в ситуации нормы данные показатели положительно взаимосвязаны, а в случае ситуации болезни нет ни одного положительно взаимосвязанного показателя, а наблюдается даже некоторая тенденция к образованию отрицательных связей и можно говорить о системном нарушении личности в ситуации заболевания.

Представляя полученные результаты по особенностям смысловой перспективы, необходимо отметить, что выявлен ряд статистически значимых различий отраженных в таблице №3.

**Таблица №3. Различия в характеристиках временной перспективы у больных и здоровых испытуемых**

<b>Показатель временной перспективы</b>	<b>p-level</b>	<b>М больные</b>	<b>δ больные</b>	<b>М здоровые</b>	<b>δ здоровые</b>
<i>Оценка настоящего</i>	<i>0,0000</i>	<i>-2,316</i>	<i>1,620</i>	<i>2,827</i>	<i>2,390</i>
Графическая временная ориентация на будущее	0,6889	0,283	0,170	0,285	0,194
Событийная временная ориентация на будущее	0,6925	0,250	0,128	0,255	0,178
Негативное прошлое	0,1504	2,946	0,509	3,112	0,686
Гедонистическое настоящее	0,3871	3,166	0,560	3,235	0,624
<i>Фаталистическое настоящее</i>	<i>0,0000</i>	<i>3,103</i>	<i>0,587</i>	<i>3,647</i>	<i>0,533</i>
<i>Будущее</i>	<i>0,0004</i>	<i>3,393</i>	<i>0,473</i>	<i>3,766</i>	<i>0,633</i>

1. По шкале точка (оценка) настоящего, отмечается статистически значимо более негативная оценка настоящего периода жизни у людей в ситуации заболевания. На основании полученных различий можно утверждать, что в ситуации заболевания больные испытуемые оценивают свой настоящий этап жизни гораздо негативнее, чем здоровые, переживают его как отрицательное событие жизни, в то время как испытуемые, не страдающие соматическими заболеваниями, оценивают свое настоящее как положительное.

2. По шкале Фаталистическое настоящее, отмечается статистически повышение фаталистического отношения к настоящему у людей в ситуации заболевания. На основании полученных различий можно утверждать, что в ситуации заболевания значения по данному показателю значительно выше, чем у здоровых, Это говорит о том, что для людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, свойственно фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни.

3. По шкале Будущее отмечается статистически значимое снижение по шкале "будущее" у людей в ситуации заболевания. На основании полученных различий можно утверждать, что в ситуации заболевания значения данного показателя значительно ниже в группе больных испытуемых, чем в группе здоровых. Больные испытуемые меньше ориентированы на будущее, у них снижена способность к планированию и достижению будущих целей.

Нами были рассмотрены взаимосвязи между параметрами жизнестойкости и временной перспективы.

В результате проведения корреляционного анализа нами был обнаружен ряд значимых корреляций показателей жизнестойкости и временной перспективы у людей в ситуации нормы. Это подтверждает идею о том, что широкая временная перспектива, и в целом положительные характеристики временной организации личности играют роль в преодолении трудных жизненных ситуаций

В результате проведения корреляционного анализа по R Спирмену, нами был обнаружен ряд значимых корреляций показателей жизнестойкости и временной перспективы у людей в ситуации хронического соматического заболевания. При этом необходимо отметить, что в ситуации нормы получено большее количество взаимосвязей.

Интерпретируя полученные данные необходимо указать, что отмечается логика взаимосвязи позитивных характеристик временной перспективы с характеристиками жизнестойкости. Сравнивая данные корреляции с отсутствием таковых с параметрами смысловой сферы, можно сказать, что в ситуации заболевания в меньшей степени нарушается согласованность временной организации личности и жизнестойкости

В целом по результатам исследования нами были сделаны следующие выводы:

1. В ситуации хронического заболевания изменяется структура жизнестойкости личности. Отмечается снижение по всем параметрам жизнестойкости, включая интегральную ее характеристику. В ситуации хронического соматического заболевания, состояние людей характеризуется со стороны снижения адаптивных способностей преодоления. Больные не склонны к ощущению удовольствия и удовлетворения от собственной деятельности, наличной ситуации и своего состояния. В ситуации хронического соматического заболевания люди в меньшей степени воспринимают свою жизнь как наполненную смыслом, интересную и продуктивную. Они склонны к пессимизму и восприятию жизни в серых тонах.

2. В ситуации заболевания люди в меньшей степени воспринимают свою будущую жизнь как наполненную смыслом, интересную и продуктивную. Они склонны относиться к будущему как нечеткому, размытому, по сути бессмысленному. Прожитая жизнь воспринимается как бессмысленный отрезок жизненного пути, в прошлом люди не находят опоры для настоящего, нарушается интеграция прошлого опыта.

3. В ситуации хронического соматического заболевания нет ни одного положительно взаимосвязанного показателя смысловой сферы личности и жизнестойкости, а наблюдается даже некоторая тенденция к образованию отрицательных связей, следовательно, можно говорить о системном нарушении личности в ситуации заболевания. Расстраивается система отношений внутри структур личности отвечающих с одной стороны за жизнестойкость, а с другой со смысловой сферой личности.

4. В ситуации хронического соматического заболевания испытуемые оценивают свой настоящий этап жизни гораздо негативнее, чем здоровые, переживают его как отрицательное событие жизни. Для людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, свойственно фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни. Для них характерно отсутствие сфокусированной временной перспективы. Больные испытуемые меньше ориентированы на будущее, оно представляется им неопределенным, недифференцированным, их поведение в меньшей степени определяется стремлениями к целям и вознаграждениям будущего, у них снижена способность к планированию и достижению будущих целей.

5. Отмечается логика взаимосвязи позитивных характеристик временной перспективы с характеристиками жизнестойкости. Т.е. можно утверждать, что в ситуации хронического соматического заболевания в меньшей степени нарушается согласованность временной организации личности и жизнестойкости, чем смысловой сферы и жизнестойкости.

Таким образом, можно сказать, что развитие жизнестойкости должно выступать в качестве мишени психотерапии, стать центральным звеном в оказании психологической помощи и поддержки в ситуации хронического соматического заболевания.

#### Литература.

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. С. 82—90;
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006;
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003;
4. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М., 2006;
5. Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решения // Психологический журнал. 2005. Т. 26, № 6. С. 87—101;
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство МГУ, 1987;
7. Рассказова Е.И. Психологические концепции стресса и его последствий // Психология психических состояний. Вып. 6. / Под ред. А.О. Прохорова. Казань: Казанский гос. ун-т им. В.И. Ульянова-Ленина, 2006. С. 371—384;
8. Соколова Е.Г., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях, М., 1995;
9. Сырцова А. Возрастная динамика временной перспективы личности. Автореф. дисс. ... канд. психологических наук. – М., 2008;
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: Смысл, 2002;

11. Maddi S., Hess M. Personality Hardiness and Success in Basketball // Journal of Sport Psychology. 1992. Vol. 23. P. 360-368;

12. Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1999.

## **ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Глазунова И.Б., Силина Л.В., Бобынцев И.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Атопический дерматит – хроническое полиэтиологическое заболевание кожи, характеризующееся сезонностью обострений, полиморфной клинической картиной (Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., 2000). Под атопическим дерматитом понимают хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями и гиперчувствительностью к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям. Длительное, порой упорное течение болезни, дебют заболевания в детском возрасте, возможность трансформации его в тяжелые, инвалидизирующие формы с полиорганными поражениями, трудности в выборе эффективных методов терапии и назначение множества фармакопрепаратов, ежегодные неконтролируемые обострения – все это приводит к развитию системных нарушений физиологических функций организма пациентов, носящих устойчивый характер и затрагивающих различные подсистемы. В настоящей работе нами предпринята попытка выяснения взаимосвязи и взаимовлияния стрессорных факторов на состояние больных атопическим дерматитом, их психо-эмоциональный статус, разработана и оценена возможность коррекции выявленных нарушений различными способами терапии.

Известно, что атопический дерматит, в силу своей полиэтиологичности, является также и стресс-индуцированным (зависимым) заболеванием: манифест болезни, а также ее эксацербации зависят от стрессорных факторов, психо-эмоциональных переживаний, каковыми являются болезнь, проблемы на службе, развод, экзамены, смерть родственников и многое другое. Установлено, что от 50 до 70% больных, страдающих атопическим дерматитом, указывают на стрессовое воздействие, предшествующее возникновению патологического процесса (). Нашими предыдущими исследованиями было установлено, что вследствие стрессорных факторов у больных чешуйчатым лишаем и хронической истинной экземой отмечается напряжение стресс-лимитирующей системы,

приводящее к мобилизации компенсаторных сил организма, их перенапряжению и истощению (Завьялов А.В., Силина Л.В., 2003). Это не может не сказаться на состоянии психо-эмоциональной сферы.

Учитывая известную сезонность обострений патологического процесса у большей части больных атопическим дерматитом в настоящем исследовании нами оценено психо-эмоциональное состояние личности пациентов, страдающих чешуйчатым лишаем, в период ремиссии болезни и непосредственно перед ожидаемым обострением, а также после проведения курса профилактического/противорецидивного лечения.

Беря во внимание установленные ранее положительные эффекты даларгина на содержание и соотношение различных гормонов-посредников стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем, а также стимуляцию этими процедурами и препаратом выброса из эндогенных депо опиоидных пептидов, следовало ожидать положительного эффекта от комплексного их применения. Ранее лечение даларгином (внутримышечными инъекциями, эндоназальным введением, фонофоретическим способом воздействия) с успехом применялось нами в комплексном лечении различных форм псориаза, хронической истинной экземы (А.В.Завьялов, 2002; Н.Ю.Якушкина, 2005).

В качестве противорецидивного лечения мы использовали процедуры эндоназального электрофореза даларгина. Эндоназальный электрофорез даларгина осуществлялся по стандартной методике Гращенко и Кассиля с помощью аппарата «Поток-1». В каждый носовой ход вводилось с помощью назального электрода по 0,5мл даларгина, растворенного в 1,0мл физраствора. Длительность сеанса – 10-15 минут, десять процедур проводились через день, чередуясь с сеансами ТКЭС. Одновременно все пациенты получали общеукрепляющее лечение: иммунокорректоры (иммунал, левомизол), витамины (А,Е, группы В, аскорбиновую кислоту), метилурацил. Противорецидивное лечение проводилось нами за 6-8 недель до предполагаемого обострения заболевания.

Нами была обследована группа больных атопическим дерматитом (эритематозно-сквамозной формой болезни с лихенификацией) (Короткий Н.Г. с соавт., 2001) в количестве 90 человек в возрасте от 20 до 45 лет с давностью заболевания более трех лет и ежегодными сезонными обострениями (по анамнезу). Из них мужчин было 51, женщин – 39. в качестве контрольной была взята группа практически здоровых лиц (доноры, студенты) в количестве 30 человек того же возраста.

Исследование состояния психо-эмоциональной сферы осуществлялось путем применения современных методик. Всех больных обследовали в период ремиссии болезни и непосредственно перед очередным обострением процесса, а также после окончания курса комплексной терапии.

Методика ЕРІ (новый вариант адаптированного личностного теста Айзенка) позволяет охарактеризовать направленность личности. Обследование проводилось с помощью трех шкал – экстраверсии (ТАэ),

интраверсии (ТАи) и нейротизма (ТАн). Оценка основных свойств личности включала 24 вопроса, остальные вопросы составляли шкалу коррекции.

Шкала реактивной тревожности Спилбергера-Ханина (ШРТ) позволяет определить уровень тревоги в конкретной ситуации на момент исследования. Пациенты заполняли опросник, в котором указывалось их состояние в данный момент. Их ответы соответствовали конкретным цифровым значениям, сумма которых давала окончательный результат.

Методика диагностики уровня невротизации И.Л.Вассермана (УНВ) выявляет уровень невротизации личности. Ответы на вопросы опросника (да/нет) свидетельствуют о высоком или низком уровнях невротизации. Общее число положительных ответов определяет окончательный результат.

Методика САН – это способ оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Проводится с помощью типовой карты, опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности характеристик своего состояния. Затем анализируется общая сумма баллов по каждой шкале.

Использование теста Тейлор дает возможность определить уровень тревожности личности, не зависящей от конкретной ситуации. 50 карточек содержат вопросы, на которые пациенты отвечают согласием/несогласием. Зачетными являлись ответы позитивного характера (в них содержалось подтверждение больным наличие конкретного симптома). Общее число симптомов отражает состояние тревоги; большее или меньшее их количество свидетельствует о соответствующей выраженности синдрома тревоги.

Для оценки наличия, степени и отсутствия депрессивных симптомов нами использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и шкала Цунга для самооценки депрессии.

Результаты обследования мужчин показали высокий уровень тревожности по Тейлору у 27%, средний (с тенденцией к высокому) – у 51% и средний (с тенденцией к низкому) – у 22% из них. При оценке по шкале Спилбергера – Ханина уровней личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) высокие значения ЛТ отмечались у 75% мужчин, СТ – у 65%; умеренная ЛТ – у 10%, СТ – у 30%; низкая ЛТ – 15% и СТ – у 5%. Клинически выраженная тревога по шкале HADS была у 20% мужчин, у 46% субклиническая и 18% в пределах нормальных значений. Клинически выраженная депрессия наблюдалась у 8% пациентов, субклиническая – у 32%; у остальных уровень депрессии находился в пределах нормальных значений. Высокий уровень невротизации наблюдался у 45% мужчин, средний у 35%, низкий – у 20%. 85% пациентов-мужчин оказались интровертами, 30% - экстравертами. Показатели методики САН составили: самочувствие 4,3 (значение нормы – 5,4); активность – 4,5 (в норме – 5,0); настроение – 4,8 (в норме – 5,1).



У 75% женщин выявлен высокий уровень тревожности по Тейлору (у 50% - клинически и у 25% - субклинически выраженная тревога); у 20% - средний с тенденцией к высокому); у 5% - средний (с тенденцией к низкому). При исследовании по шкале Спилбергера-Ханина нами отмечены высокие уровни СТ и ЛТ у 79,3%, умеренные – у 21,7%. Очень высокий уровень невротизации выявлен у 40% пациенток, высокий – у 35,5%, средний – у 25,5% больных женщин. Следует отметить, что уровни невротизации и тревожности у женщин превышали таковые у мужчин. Это говорит об особенностях отношения женщин к каждому заболеванию, в частности, о неадекватной оценке своего как соматического состояния, так и дерматологического статуса. Показатели опросника САН у женщин были таковы: самочувствие – 4,5; активность – 3,7; настроение – 4,7. исследование больных женщин с помощью шкалы Цунга определило субдепрессию у 25% пациенток.

Данные, полученные в результате обследования больных атопическим дерматитом в стадии ремиссии, перед ожидаемым сезонным обострением, а также здоровых лиц свидетельствуют, что интровертная направленность личности у подавляющего числа пациентов не изменялась в зависимости от времени исследования: ни в период ремиссии, ни непосредственно перед очередным обострением болезни. Полученные факты совпадают с известными литературными данными о том, что устойчивые свойства личности почти не изменяются и мало зависят от ситуации. У всех пациентов уровень тревожности (как личностной, так и ситуационной) возрастал во временной период, соответствующий очередному обострению. У больных возникали синдром «ожидания болезни», тревожно-мнительные состояния, излишние опасения, склонность к уходу в еще не начавшуюся болезнь (появления объективной дерматологической и субъективной симптоматики), гиперболизация субъективных признаков самими пациентами.

Анализ результатов обследования по методике САН в группе испытуемых показал, что в межрецидивный период состояние испытуемого расценивалось как благоприятное (подобное состоянию лиц контрольной группы), а в период времени перед обострением состояние больных было неблагоприятным (величина показателя САН ниже 4 баллов). Низкий уровень невротизации (по методике Вассермана) выявлен нами в контрольной группе и в период ремиссии. Это свидетельствует об эмоциональной устойчивости, положительном фоне переживаний. Высокий же уровень невротизации в период перед сезонным обострением у пациентов характеризуется выраженной эмоциональной возбудимостью, приводящей к появлению негативных переживаний (беспокойство, тревожность, раздражительность, нетерпимость к окружающим). У больных формируется эгоцентрическая направленность личности, приводящая постепенно к ипохондрической фиксации пациента на соматических ощущениях и личностных недостатках, возникновению проблем в межличностных отношениях в семье и рабочем коллективе.

Выявленные у больных эмоциональные расстройства чаще всего имели депрессивную окраску. В поведении этих больных преобладало чувство тревоги, характерно сочетание не мотивированных тяжестью клинической симптоматики состояний тревоги, страхов и опасений за свое выздоровление.

Изменения показателей психо-эмоциональной сферы, возникающие под действием профилактического лечения эндоназальным электрофорезом даларгина свидетельствуют, что комплексное лечение, используемое нами в качестве противорецидивного/профилактического, несомненно позитивно влияет на состояние психо-эмоциональной сферы больных обыкновенной формой чешуйчатого лишая с установленной сезонностью обострений. Интравертное состояние личности (устойчивые черты) сохраняется вне зависимости от стадии заболевания и срока проведения терапии. Кроме того, у пациентов достоверно сжались уровни ситуативной и личностной тревожности (отрицательные сдвиги показателей показателей ШРТ и ТТ (-21% и соответственно -22%). При тщательном обследовании нами психо-эмоционального статуса больных выявлено уменьшение уровня невротизации, а состояние пациентов после проведенного профилактического лечения трансформировалось в благоприятное (при проведении исследования по методике САН).

Полученные результаты свидетельствуют о безусловном положительном эффекте проводимой комплексной терапии. Улучшение психо-эмоционального статуса больных атопическим дерматитом под влиянием даларгина объясняется усиленной стимуляцией опиоидэргических мезодиаэнцефальных структур и пролонгированием специфического эффекта даларгина за счет электрофоретического воздействия эндоназально. Эти процедуры способствуют интенсивной выработке опиоидных пептидов – лейэнкефалинов и бетаэндорфинов – гормонов, действие которых вызывает позитивные эмоции. Помимо описанных результатов, проведение профилактического лечения предотвратило возникновение очередного обострения патологического процесса у 12 больных, у 20 распространение кожных эффоресценций ограничилось возникновением атопических очагов на типичных местах (область локтевых и коленных сгибов, задне-боковая поверхность шеи), у 28 пациентов эритематозно-сквамозные очаги была не столь распространенными, у остальных больных отмечалось обострение патологического процесса, аналогичное предыдущим.

Следовательно, своевременное назначение комплексного лечения с эндоназальным электрофорезом даларгина приводит к уменьшению количества патологических высыпных элементов или их отсутствию в период ожидаемого сезонного или очередного обострения, улучшению психо-эмоционального состояния больных. Это может послужить основанием для рекомендации и внедрения данного метода в практику.

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

*Глушкова В.П.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Психологическое сопровождение подростков представляет собой систему психокоррекционных, диагностических и консультативных мероприятий, направленных на оптимизацию ресурсного потенциала, способствующего успешной социализации. У подростков с проявлениями СДВГ, которые составляют 16% в детской популяции, наблюдаются трудности социально-психологической адаптации, нарушены отношения в основных социальных системах, поведенческие нарушения (формирование различных форм отклоняющегося поведения), которые могут сохраняться до старшего возраста

В связи с этим важнейшей задачей выступает психологическое сопровождение подростков с проявлениями СДВГ, с целью дальнейшей оптимизации процесса социализации и оказания необходимой психолого-педагогической и коррекционной помощи.

Среди клинико-психологических проявлений СДВГ рассматриваются: нарушения внимания (концентрации, избирательности и объема), гиперактивность (расторженность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство); импульсивность (нарушение произвольной целенаправленной деятельности).

Большинство отечественных психологов в области коррекционно-развивающего обучения показывают, что подростки с проявлениями СДВГ имеют трудности социально-психологической адаптации и социализации (И.А. Коробейников, 1997; О.А. Карабанова, 2002; В.Б.Никишина, 2004; Н.В.Костылева, 2005).

В результате исследования показателей успешности процесса социализации, а именно критериев (ценностные ориентации, рефлексивность и социально-психологическая адаптация) у подростков с проявлениями СДВГ были выявлены следующие особенности: структура ценностных ориентаций характеризуется дезинтегрированностью, преобладают такие ценностные ориентации как приятное времяпрепровождение, отдых и недостаточно сформированы такие ценностные ориентации, как помощь и милосердие к другим людям, поиск и наслаждение прекрасным; рефлексивность как свойство личности, формирующееся в процессе социализации и обеспечивающее контроль в регуляции поведения и оценке своего внутреннего состояния характеризуется низким уровнем; социально-психологическая адаптация характеризуется высоким уровнем, но качественно отличается от подростков с нормальным развитием (при высокой эмоциональной комфортности, высоком принятии себя, подростки воспринимаются родителями как несамостоятельные, неприспособленные,

отношения с родителями воспринимаются как эмоционально-дистанцированные и эмоционально-напряженные; сверстники стремятся к ограничению с ними контактов, подростки с проявлениями СДВГ не занимают высоких статусных позиций в группе сверстников; со стороны учителей проявляется негативная оценка, отвержение).

При построении программы психологического сопровождения подростков с проявлениями СДВГ мы ориентировались на основные принципы (А.А.Осипова, 2004):

1. Принцип единства диагностики и коррекции (эффективность коррекционной работы зависит от комплексности, тщательности и глубины предшествующей диагностической работы).

2. Принцип нормативности развития (необходимо учитывать особенности социальной ситуации развития, уровень сформированности психологических новообразований на определенном этапе возрастного развития, уровень развития ведущей деятельности ребёнка, её оптимизацию).

3. Принцип системности развития психологической деятельности (необходимость учёта в коррекционной работе профилактических и развивающихся задач).

4. Деятельностный принцип коррекции (основным способом коррекционно-развивающего воздействия является организация активной деятельности, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки в трудных, конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности).

В качестве методологической основы построения программы психологического сопровождения выступают следующие положения:

положение Л.С.Выготского (1983) о закономерностях развития нормального и аномального ребенка. И в норме, и при патологии психическое развитие имеет поступательный, поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием новых, более совершенных качеств, что является основой для будущего скачка в развитии. Но, несмотря на общие закономерности, своеобразное развитие аномального ребенка имеет свои закономерности, каждый вид аномального развития характеризуется своими специфическими особенностями;

– положение о системном строении дефекта (сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, обусловленного биологическими факторами, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития) (Л.С.Выготский, 1983));

– положение об уникальной ситуации развития в условиях дизонтогенеза (Л.С.Выготский, 1983);

– положение о социальной ситуации развития, под которой понимают специфическое, своеобразное для данного возраста исключительное отношение между ребенком и его окружением; определяет социальное бытие

ребенка и, как следствие, формирует путь, по которому будет идти дальнейшее развитие (Л.С.Выготский, 1983);

– положение об общих и специфических закономерностях развития ребенка при СДВГ (Н.Н. Заваденко, 2003).

Цель программы психологического сопровождения подростков с проявлениями СДВГ – оптимизация процесса социализации за счет усиления сбалансированности поведения, повышения уровня его адекватности в основных социальных системах «подросток-сверстники» и «подросток-родители» и «подросток-учителя» через оптимизацию регуляторных процессов на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях и стимулирования личностной активности подростков с проявлениями СДВГ.

Мы выделяем ряд тактических и стратегических задач. Психокоррекционное воздействие направлено на процессуальные компоненты (регуляторные процессы) психики. Данный аспект отражает содержание блока тактических задач. Во-вторых, не скорректировав процессуальные компоненты, сложно будет приступить к коррекции содержательных аспектов (ценностные ориентации), поскольку у подростков с проявлениями СДВГ нарушения затрагивают преимущественно эмоционально-волевую и личностную сферы. Поэтому содержание стратегических задач отражает более высокий уровень личностного развития и включает в себя тактические задачи как один из этапов решения более общей задачи.

Тактические задачи.

1. Оптимизация регуляторных процессов с целью повышения качества процесса социализации.
2. Коррекция двигательных и поведенческих нарушений.
3. Формирование и дифференциация социальных эмоций с целью оптимизации социального функционирования.
4. Формирование адекватного процесса целеполагания с целью оптимизации процесса социализации.

Стратегические задачи.

1. Формирование рефлексивности, как свойства личности, обеспечивающего оценку и регуляцию своего поведения с целью оптимизации социально-психологической адаптации и социализации.
2. Формирование и структуризация системы ценностных ориентаций у подростков с проявлениями СДВГ.
3. Формирование адекватной возрасту системы интересов.

В ходе реализации программы психологического сопровождения для подростков с проявлениями СДВГ получены следующие результаты. В результате направленных комплексных воздействий произошло повышение адекватности планирования и реализации собственного поведения, снижение его деструктивности. В результате перехода спонтанной активности подростков с проявлениями СДВГ в личностную произошло развитие форм

поведения, связанных с самостоятельностью, с сотрудничеством и взаимопомощью. На этой основе произошла трансформация системы ценностных ориентаций, т.е. переход от внешних ценностей: приятное времяпрепровождение, отдых, материальное благосостояние к внутренним (альтруистической направленности: помощь и милосердие к другим людям, здоровье и др.); также был сформирован круг познавательных интересов у подростков с проявлениями СДВГ

Литература.

1. Выготский Л.С. Собр. Соч. в 6-ти томах. - Т.4. - Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. – М: Педагогика, 1984. – 432с.

2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева// Дефектология. – 2003. - №6. - С.13 – 20.

3. Костылева Н.В. Социальная дезадаптация старших подростков с задержкой психического развития: факторы риска, организация психологической коррекционно-реабилитационной помощи. Автореф. на соискание учёной степени к.п.н. – Ярославль, 2005. – 25с.

4. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с нарушениями психического развития // Дисс на соиск. учёной степ. д-ра. психол. наук. – Москва, 1997. – 323с.

5. Карабанова О.А. Социальная ситуация развития ребенка: Структура, динамика, принципы коррекции // Дисс на соиск. учёной степ. д-ра. психол. наук. – Москва, 2002. – 379с.

6. Никишина В.Б. Социально-психологическая детерминация нарушений психического развития детей. Автореф. дис. на соиск. учёной степени доктора психол. наук. - Ярославль, 2004. – 54с.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

*Горшунова Н.К., Медведев Н.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Современные медицинские и социологические исследования уделяют значительное внимание проблеме оценки качества жизни – интегрального показателя функционирования населения разного возраста. Субъективный характер получаемой оценки во многом определяет высокую значимость составляющей психологического благополучия.

Пожилой и старческий возраст - совершенно особые периоды в жизни человека, характеризующиеся постепенным снижением физиологических функций организма, уровня адаптационных реакций к меняющимся условиям среды, ухудшением состояния здоровья, в том числе его психофизиологических параметров. В целом старение неизбежно ведет к

снижению качества жизни индивида. На данном показателе, интегрирующем физический, психоэмоциональный и социальный потенциал, отражаются проблемы материального благополучия, рационального образа жизни, положения пожилого человека в семье и обществе.

Люди пожилого и старческого возраста - наиболее уязвимая и наименее социально защищенная когорта, нуждающаяся в восстановительных мероприятиях, уходе, психологической и медико-социальной помощи. По мере увеличения календарного возраста наблюдается прогрессирование ограничений жизнедеятельности, обусловленных преимущественно инволютивными функциональными нарушениями со стороны органов чувств, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и др., сопровождающимися психологическими расстройствами, требующими коррекции.

Целью исследования стала оценка нарушений функционирования, выраженности тревожных расстройств и качества жизни у пациентов старших возрастных групп.

Проанализированы результаты опроса лиц старшего возраста, нацеленного на выявление их особых проблем: падений, болей, головокружения, недержания, расстройств сна, депрессии и др. и субъективной оценки их здоровья. Проведено исследование, предусматривающее оценку частоты встречаемости различных ограничений функционирования пациентов в 4 возрастных группах: 60-70, 70-80, 80-90 летних и долгожителей. Использовали шкалу субъективной оценки активности повседневной жизни, предложенную Barthell. Частота встречаемости геронтологических проблем среди пациентов разного календарного возраста приведена в таблице 1.

Таблица 1

**Выраженность особых проблем в подгруппах пациентов старшего возраста**

Вид проблем	60-70 лет	70-80 лет	80-90 лет	Более 90 лет
Малоподвижность, %	14	25	75	52
Недержание, %	15	51	80	80
Нарушение сна, %	20	40	40	33
Неустойчивость, %	16	22	30	25
Боли, %	35	73	81	70
Головокружения, %	16	25	33	35
Деменция, %	1	3	5	0,5

В группе 60-70 летних чаще других нарушения полноценного функционирования вызывали боли (35%), нарушения сна (20%); у 70-80 летних аналогичные расстройства были более выражены - 73 и 40% соответственно, значительно чаще отмечалось недержание – у 51% респондентов. В возрастной подгруппе 80-90 летних отмеченные

расстройства обнаружены у  $\frac{3}{4}$  обследованных. В группе долгожителей процент выявленных нарушений был ниже, чем у 80-90 летних, что служит подтверждением того факта, что до периода долгожительства доживают лица с наиболее сохранными психофизиологическими адаптационными механизмами.

Переживание пациентами тревоги, тревожного беспокойства в медицинской практике встречается чрезвычайно часто, о чем свидетельствует клинический опыт врачей самых разных специальностей. В эпидемиологических исследованиях, проведенных в России, признается высокая распространенность тревожных состояний. Все более возрастающий темп жизни, выраженные миграционные тенденции населения, урбанизация неизбежно влекут за собой напряжение механизмов адаптации для разрешения конфликтов, которые приобрели многомерный характер. Тревога - одна из наиболее распространенных адаптационных реакций организма на ситуации угрозы, неопределенности или изменение жизненного стереотипа.

Нормальная тревога усиливается в условиях высокой значимости выбора, при внешней угрозе, недостатке информации и времени. Помимо психологически понятных тревожных реакций, тревога входит в качестве основного симптома в клинические проявления разнообразных состояний с высокой вариабельностью степени ее выраженности и продолжительности.

Патологическая тревога обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами, приобретенными особенностями функционирования центральной нервной системы. Она непропорциональна реальной угрозе или не связана с ней, а главное – не адекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности (Старостина Е. Г., 2006). Патологическое состояние тревоги характеризуется стойкостью проявлений беспокойства, особенно мучительным характером переживаний и характеризуется целым рядом симптомов с разнообразным сочетанием телесных и душевных проявлений. К психическим симптомам относят собственно тревогу, дурные предчувствия, пугливость, неоправданное беспокойство по различным причинам, раздражительность и нетерпеливость, напряженность, невозможность расслабиться, снижение способности концентрировать внимание, ухудшение памяти, нарушение сна. Соматические проявления тревоги включают вегетативные симптомы, симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением, а также псевдоаллергические симптомы - зуд, крапивницу, бронхоспазм.

Лица с соматическими проявлениями тревоги обращаются к врачам различных специальностей и обычно получают терапию, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов, нередко в виде полипрагмазии. Высокий уровень тревоги может не только имитировать соматические заболевания, но повышать риск и ухудшать прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

Существуют различные гипотезы взаимосвязи сердечно-сосудистых и депрессивных расстройств. Возможны варианты сочетания этих заболеваний.



Тревожно–депрессивные расстройства могут быть первичными, т.е. предшествовать заболеванию, могут сопутствовать ему или же развиваться вторично на его фоне. Формирование аффективных нарушений при сердечно-сосудистой патологии может быть связано как с осознанием факта заболевания, так и с его длительностью, выраженностью клинических проявлений, особенностями кардиального болевого синдрома.

Хроническая тревога ухудшает результаты и затрудняет реабилитацию, снижая качество жизни больных, страдающих артериальной гипертонией, последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, ИБС, ограничивает активность больных, снижает эффективность лечебных мероприятий. У пациентов с застойной сердечной недостаточностью повышена напряженность большинства механизмов психологической защиты, наблюдается корреляция между выраженностью тревожно-депрессивных расстройств и тяжестью соматического состояния, в частности болевого синдрома и утомляемости.

Важной задачей врача первого контакта с «проблемами» больного является выявление субсиндромальной, патологической тревоги, разъяснение пациенту болезненного характера его переживаний и необходимости лечения. Высокий уровень тревоги приводит к нарушению восприятия информации и освоению нового опыта.

С целью оценки уровня тревоги у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией с учетом степени стрессовой нагрузки, темпа старения, выраженности ее психического, соматического компонентов обследовано 50 человек, страдающих артериальной гипертонией в возрасте 60– 83 лет (средний возраст –  $68,8 \pm 6,1$  лет), среди которых пожилых - 41 человек (средний возраст  $66,3 \pm 4,2$  лет), старых – 9 человек (средний возраст –  $77,8 \pm 2,9$  лет). Для оценки уровня тревоги у всех пациентов использовали методику, позволяющую дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние (шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера, адаптированная Ханиным), шкалу самооценки тревоги Шихана. Для определения стрессоустойчивости и социальной адаптации применяли шкалу оценки жизненных событий Holmes и Rahe (1967).

Низкий уровень ситуационной тревожности наблюдался у 6% пациентов (средний балл по шкале Спилбергера-Ханина  $25,5 \pm 2,1$ ), средний – у 24% ( $37,8 \pm 3,7$ ), высокий – у 70% ( $57,3 \pm 8,1$ ). Выраженность личностной тревоги у всех пожилых и старых людей с артериальной гипертонией оказалась высокой (средний балл по шкале Спилбергера-Ханина  $61,4 \pm 8,9$ ).

По данным шкалы самооценки тревоги Шихана у большинства пациентов (54%) выраженность тревоги превышала нормальный порог, что можно объяснить наличием соматических заболеваний (высоким уровнем morbidity) и связанных с ними болезненных ощущений усталости, повышенной истощаемости, беспокойства, напряженности, невозможности расслабиться.

Степень выраженности тревожных проявлений по CGI-S оценивалась как «легкая» у 27% пациентов, «средняя» у 73%.

Из всех психических расстройств у лиц пожилого возраста чаще всего наблюдается депрессия [Смулевич А.Б. и др. 2006]. Она отрицательно влияет на качество жизни, значительно усугубляет инвалидность вследствие соматического заболевания. Наиболее широко признанным скрининговым инструментом для ее выявления считается шкала депрессии пожилого и старческого возраста (Geriatric Depression Scale).

С целью исследования влияния депрессивных расстройств на активность повседневной жизни в пожилом и старческом возрасте опрошено 200 человек пожилого и старческого возраста, использованы методики определения индексов Катца, Лоутона в ходе анкетированного опроса, оценивающего степень способности пациента выполнять элементарные повседневные действия. В качестве технологии скрининговой диагностики депрессии у пожилого и старческого возраста пациентов использовалась Гериатрическая Скрининговая Шкала Депрессии (Geriatric Depression Screening Scale). В соответствии с данной шкалой средняя тяжесть депрессии определяется у пациентов с количеством баллов от 11 до 20, тяжелая депрессия у пациентов – с количеством баллов от 21 до 30. Максимальное количество баллов (30) соответствует максимальной степени тяжести депрессии.

Установлено, что среди респондентов преобладали депрессивные расстройства средней тяжести. У пожилых средний балл по шкале депрессии составил –  $14,6 \pm 1,1$ , у лиц старческого возраста –  $18,4 \pm 0,7$ .

Неудовлетворенность различными аспектами жизни, служившая основной причиной депрессивного состояния, во многом влияла на активность повседневной жизни. Большая часть (41,4%) лиц пожилого возраста самостоятельна и независима в выполнении различных действий, 41% - нуждались в посторонней помощи при одевании, 17,6% - при купании.

В старческом возрасте увеличивалась выраженность затруднений при выполнении элементарных действий: завязывании шнурков – 52,7%, приготовлении бутерброда – 25%, вставании или присаживании – 22,2%, гигиенических процедур для отдельных частей тела (спина, ноги) – 86%, самоконтроле за физиологическими отправлениями – 19,4%.

При исследовании инструментальной активности повседневной жизни (индекс Лоутона) выявлено, что 87% лиц пожилого возраста могут самостоятельно выполнить гигиеническую уборку, приготовить еду, совершить покупки, использовать личные финансы. 72,2% пациентов старческого возраста при выполнении указанных действий испытывали значительные затруднения и нуждались в постоянной посторонней помощи со стороны родственников, соседей или социальных работников.

Важную роль в повышении адаптационных способностей людей старшего возраста играет привлечение их к участию в образовательных программах. В университете для людей старшего возраста (сеньоров) г.

Курска проводятся занятия по обучению навыкам само- и взаимопомощи в различных бытовых ситуациях, вызывающих потребность в помощи психологических, коммунальных, медицинских, юридических и др. служб.

Популяция пожилых людей неодинакова, ее разнородность выражается не только отличиями в образовательном и культурном уровне, но и особенностями личности, ее психологического статуса. В ходе реализации образовательных программ для лиц старшего возраста следует добиваться мобилизации сохраняющихся у пожилого человека биологических, психологических, социальных резервов адаптации.

Наиболее эффективным можно признать обучение их на факультете «Здоровье», где происходит знакомство и осознание биологических изменений организма, связанных со старением, определяется объем рекомендуемых и противопоказанных физических и психоэмоциональных нагрузок, закладываются стереотипы здорового образа жизни пожилого человека: режим дня, основы аутогенной регуляции основных функций человеческого организма, гигиенические навыки, осуществляется подбор программы рационального питания, режима двигательной активности, формируется правильное отношение к финалу жизни.

Для суждения об интегральных параметрах жизнедеятельности проведена оценка качества жизни, связанного со здоровьем, у 54 лиц старшей возрастной группы, регулярно посещающих занятия на различных факультетах народного университета (средний возраст  $69,3 \pm 6,5$  лет) с помощью международного опросника SF - 36 (J.Ware, 1992) с оценкой КЖ в баллах по 8 шкалам: физического (ФФ), ролевого физического (РФФ), ролевого эмоционального (РЭФ) и социального (СФ) функционирования, боли (Б), психологического (ПЗ) и общего (ОЗ) здоровья, жизнеспособности (ЖС). В качестве группы сравнения выступили пациенты пожилого возраста, не участвующие в образовательных программах университета, ведущие малоактивный образ жизни. Результаты проведенной оценки КЖ представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Показатели КЖ лиц старшего возраста, участвующих и не участвующих в образовательных программах**

Показатели КЖ	Пожилые, участвующие в образовательных программах n=54	Лица, не участвующие в образовательных программах n=108	P<
ФФ	68±6,3	52,6±4,2	0,05
РФФ	54,2±5.1	49,6±4.4	н/д
РЭФ	68,2±9,4	47,9±3,9	0,05
СФ	76±5,2	55±5,9	0,05
Б	63,4±6.3	47,4±4,1	0,05
ПЗ	67,5±5,2	50±4,3	0,05
ОЗ	48±4,7	46,2±4,1	н/д

ЖС	63±4,8	48,5±4,2	0,05
----	--------	----------	------

По основным показателям КЖ: физического, ролевого эмоционального и социального функционирования, психического здоровья и жизнеспособности респонденты, участвовавшие в занятиях на различных факультетах университета для людей старшего возраста, имели достоверно более высокие значения по сравнению с ровесниками, не вовлеченными в образовательный процесс, при относительно одинаковом уровне физических возможностей и общего здоровья. Анализ значимости отдельных сфер жизнедеятельности, проведенный с помощью системного многофакторного анализа, выявил, что состояние ПЗ и РЭФ существенно влияет на интегральное КЖ, уступая лишь показателю СФ и ЖС.

Существенное влияние на уровень КЖ оказывает тип *эмоционального реагирования* на хроническое заболевание. Оно может быть активным, позволяющим сохранить устойчивую социальную адаптацию; зависимым от врача или ближайшего окружения, а также представлять собой состояние погружения в болезненный процесс, сопровождаясь значительным снижением социальной и бытовой активности. Людей старшего возраста, сохраняющих активный образ жизни, проявляющих интерес к различным проблемам общества, несмотря на сопутствующую многолетнюю хроническую патологию, в том числе принимающих участие в образовательных программах, можно причислить к группе лиц с активным отношением к своему состоянию, направленным на противодействие ограничениям жизнедеятельности. Напротив, пожилые и старые люди, замыкающиеся на своих проблемах, не проявляющие живого интереса к текущим событиям, близким людям и знакомым, демонстрируют пассивное отношение к своим болезненным проявлениям, граничащее с ситуацией ухода в болезнь.

Исследование профиля КЖ, проводимое с определенной периодичностью - 1 раз в 3 месяца, позволяет своевременно отслеживать изменения в различных сферах функционирования лиц старшего возраста и предпринимать своевременные меры коррекции.

Таким образом, качество жизни – комплексное понятие, интегрально отражающее состояние индивида, на уровень которого значительное влияние оказывают психологическое благополучие и эмоциональное функционирование. Люди старшего возраста испытывают существенные ограничения жизнедеятельности, развивающиеся на фоне хронических заболеваний, особые и психологические проблемы, существенно снижающие качество их жизни. Сохранение активного отношения к заболеванию и предотвращение погружения в него с помощью индивидуальных и групповых консультаций, участия в общественной жизни, в том числе в дополнительном образовании позволяет достичь состояния относительной устойчивости и психологической компенсации - необходимого условия благополучного старения.

#### Литература.

1. Смирнов А.В. Концепция качества жизни пациентов гериатрической клиники // Сб. науч. статей “Медицинские проблемы пожилых” Йошкар-Ола, 1999. – С. 47-51.
2. Стародубов В.И., Белоконь О.В., Иванкова Л.В. Качество жизни пожилых (по результатам опросов) // М.:ЦНИИОИЗ, 2003.- 33 с.
3. Старостина Е. Г. Тревога и ее лечение// Вестник семейной медицины.- М.,- 2006.- №5.- С.22-24.
4. Смулевич А.Б., Андрущенко А.В., Романов Д.В., Сиранчиева О.А. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости афобазола)// Психические расстройства в общей медицинской практике.- М.,- 2006.- №1.- С 10-16 .
5. Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К. Тревожные расстройства и их коррекция у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией // Альманах “Геронтология и гериатрия” вып. 7. 2007 с. 220-226.
6. Шабалин В.Н. Качество жизни – основная медико-социальная проблема пожилого населения // Матер. науч.-практ. конференции «Традиционные методы лечения в геронтологии» М., 2001. – С.10-11.
7. Шаповалова С.А. Григорьева В.Н., Белова А.Н. Психологические аспекты оценки качества жизни у лиц пожилого возраста // Ульяновск. 1997. – 56 с.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Демичева Т.П.*

**Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера,  
Пермь**

Психологическое сопровождение пациентов эндокринологического профиля, в частности больных, страдающих сахарным диабетом (СД) – это целостная система, позволяющая выявить индивидуально-личностные особенности пациентов, определить проблемы и при необходимости их решить. Осуществить данные цели на практике возможно через непосредственный контакт с врачом-специалистом-эндокринологом и психологом. Роль психологических факторов в возникновении и течение СД и роль того влияния, которое оказывает заболевание на психическую сферу человека – одно из направлений взаимодействия психологии и медицины. Взаимосвязь психических изменений и патологии эндокринных желез стала обозначаться термином «психозендокринология», который был введен во второй половине XX века. При эндокринных заболеваниях возможны различные психические изменения, которые в ряде случаев имеют определенные закономерности. Чаще всего развиваются неспецифические психоэмоциональные расстройства и астении. На ранних стадиях и при

нетяжелом течение заболевания встречается эндокринный психосиндром (по M.Bleuler), который характеризуется снижением психической активности. Известно, что гипоталамус осуществляет регуляцию эндокринной системы и вегетативных функций. При депрессивных состояниях, которые часто сопровождают эндокринные заболевания (в том числе, сахарный диабет) отмечается изменение нейрональной пластичности, снижение активности мозгового нейротрофического фактора, нарушение метаболизма фосфолипидов. Проблема СД актуальна, так как число больных неуклонно растет, а частота депрессий у них в 2 раза выше. Сахарный диабет – многофакторное тяжелое хроническое заболевание с множественными осложнениями, а связь его с депрессиями обусловлена генетическими, метаболическими, нейроэндокринными и психологическими процессами. Для больных СД характерны когнитивные нарушения разной степени выраженности, что часто приводит к отказу от самоконтроля и приема сахароснижающих средств, а в последствие к развитию острых и поздних осложнений. Наличие множественных ассоциированных заболеваний и осложнений изменяет не только эмоциональное состояние больного, но и качество его жизни. Для СД характерно снижение качества жизни, объясняемое не только проявлениями самого заболевания, но и социально-психологическими факторами. Любое заболевание, независимо от того, какова его биологическая природа, ставит человека в психологически специфические условия: ведет к ухудшению самочувствия, ограничению привычных контактов, необходимости изменения жизненного стереотипа (режима питания, общения). Успех лечения во многом зависит от стабильного эмоционального состояния и психологического настроения пациента. Для оптимизации процесса лечения необходимо психологическое сопровождение данной категории больных. Врач при работе с пациентом получает информацию о психологических и социальных проблемах, которые предшествуют болезни, что позволяет понять степень социально-психологической дезадаптации больного человека и повлиять на его психологическую готовность к восприятию своей болезни, особенно это касается больных, у которых СД выявлен впервые. У данной категории больных сахарный диабет воспринимается как что-то непонятное, пугающее и непреодолимое и поэтому здесь необходимо не только участие лечащего врача, но и контакт с психологом. Целью нашего исследования явилось – выявление психовегетативных нарушений у больных СД 2 типа для осмысления психологического сопровождения лечебного процесса данной категории больных и определение возможных форм помощи.

#### Методы.

Проведено обследование 45 женщин, страдающих СД 2 типа, средний возраст которых составил  $55,8 \pm 1,3$  лет. Пациентам проводилось общеклиническое обследование. Исследовалась вариабельность ритма сердца методом временного и частотного анализа на коротких участках записи. В качестве критерия субъективной самооценки больного использовали метод

определения КЖ пациентов на основе анкетирования с помощью общего опросника SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey — русскоязычная версия, разработанная Межнациональным центром исследования качества жизни) и шкала оценки тяжести депрессии и тревоги. Контрольную группу составили 58 здоровых лиц. Полученные данные были подвергнуты математическому и статистическому анализу с помощью программного пакета Microsoft Excel. Различия сравнительных показателей считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,001$ .

Анализ полученных данных выявил, что все показатели качества жизни пациентов СД 2 типа не достигали оптимального значения ни по одной шкале, и были значительно ниже, чем у здоровых лиц. Среднее количество баллов по критериям, относящихся к блоку «физическое здоровье» у пациентов в 2,1 раза ниже, чем в контрольной группе ( $37,6 \pm 3,8$  и  $7,8 \pm 3,8$  балла соответственно,  $p < 0,001$ ). Респонденты группы наблюдения обладали меньшей физической силой и у них была ниже работоспособность, чем в группе сравнения. Показатели по шкалам «физическое» и «ролевое физическое функционирование» оказались ниже в 1,9 раза и 3,1 раза по сравнению с аналогичными уровнями у здоровых,  $p < 0,001$ . Невысокий показатель указывал, что респонденты не могли выполнять значительную физическую нагрузку. Низкие показатели RP свидетельствовали о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. При анализе роли «физических проблем» в обеспечении жизнедеятельности было выявлено, что средняя балльная оценка у больных была одной из самых низких  $26,3 \pm 7,4$  балла, что говорило в пользу значимости имеющихся проблем в осознании больными своей дезадаптации. У больных СД интенсивность проявлений клинических симптомов (прежде всего болевого) в 1,9 раза ниже по сравнению с контрольной группой, что объясняется развитием у больных такого осложнения СД как невропатия ( $BP=41,2 \pm 4,3$  и  $78,9 \pm 3,0$  балла соответственно,  $p < 0,001$ ). Немаловажное значение имеет оценка больными своего здоровья. Показатель общего состояния здоровья у пациентов в 1,7 раза ниже, чем у здоровых ( $GH=39,7 \pm 5,0$  и  $68,4 \pm 2,2$  балла соответственно,  $p < 0,001$ ). Психологические факторы часто оказывают влияние на течение заболевания. По нашим данным, в группе наблюдения среднее количество баллов, относящееся к блоку «психическое здоровье» в 1,7 раза ниже, чем в контрольной группе ( $45,5 \pm 5,3$  и  $76,5 \pm 4,3$  балла,  $p < 0,001$ ). У респондентов группы наблюдения показатели шкал «жизненная» и «социальная активность» меньше в 1,7 и 1,4 раза соответственно по сравнению с контрольной группой ( $VT=40,3 \pm 4,3$  и  $68,4 \pm 2,2$  балла;  $SF=58,0 \pm 4,4$  и  $83,3 \pm 2,4$  балла  $p < 0,001$ ). Существенное снижение также отмечено по шкалам «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое неблагополучие» по сравнению с группой здоровых лиц ( $RE=34,1 \pm 7,5$  и  $84,6 \pm 3,7$  балла,  $MN=49,8 \pm 2,9$  и  $69,8 \pm 2,1$  балла соответственно  $p < 0,001$ ). Снижение показателей по шкале «собственная оценка жизнеспособности» говорит не только о снижении роли

больных в социальной жизни, но и значимости этой сферы жизнедеятельности для самих пациентов. Опросник, содержащий вопросы, позволяющие объективно отразить различные аспекты «качества жизни» является самоопросником. У пациентов имелось время для осознания смысла задаваемых вопросов. Игнорирование социальных аспектов жизнедеятельности больного не мотивирует социальную активность пациентов, хотя интерес к социальным аспектам жизни сохраняется у многих. Таким образом, все основные составляющие качества жизни, были снижены. В наибольшей степени это касалось показателей общего восприятия здоровья, роли физических проблем и эмоционального состояния. Анализируя различные параметры «качества жизни» возможно не только выявления аспектов жизнедеятельности, на которые заболевания оказывает неблагоприятное влияние, но и объективизировать степень этого влияния.

Согласно данным частотного и временного анализа вариабельности ритма в покое отмечалось снижение вариабельности ритма сердца, что сочеталось со снижением общей мощности спектра (TP):  $233 \text{ мс}^2$ . По данным различных авторов [1,2], снижение вариабельности ритма сердца наблюдается при депрессивных и тревожных состояниях. В нашем исследовании в соотношении частотных диапазонов отмечалось снижение мощности волн в спектре VLF –  $108,4 \text{ мс}^2$ . Известно, что мощность колебаний в волновом диапазоне очень низких частот (VLF) отражает активность эрготрофных механизмов центральной нервной системы и коррелирует с уровнем эмоционального напряжения [3,4]. Волновой диапазон низкой частоты (LF) отражает барорефлекторную активность симпатического отдела ВНС, он составил 27,1%.

Сахарный диабет, как заболевание, не только изменяет у пациентов привычный образ жизни, но и может явиться причиной эмоциональных расстройств, среди которых часто встречается депрессия. Качество жизни больных (как было показано выше) стойко снижено по сравнению с практически здоровой группой населения как по показателям физического, так и психического здоровья. Сахарный диабет, как тяжелое соматическое заболевание, может явиться стрессорным фактором, особенно для больных с впервые выявленным СД, а наличие у больных когнитивных нарушений разной степени выраженности может, в свою очередь, привести к отвержению проведения важных медицинских диагностических мероприятий и лечения, к отказу от выполнения профилактических мер по поддержанию здоровья и задержке оказания медицинской помощи. Влияние стресса сложно и происходит по многим направлениям. Стрессоры или стрессогенные ситуации исследовались многими авторами. Cohen (1977) описал разные типы стрессоров. Он предлагал три больших класса: катастрофические события, персональные стрессоры и ежедневные трудности (препятствия). Сахарный диабет можно соотнести со всеми тремя классами. В тоже время стресс сильно влияя на одного человека, может



иметь минимальное воздействие на другого (Vogel M. E., Romano S. E., 1999). Выраженность воздействия стрессора на человека зависит, прежде всего, от двух факторов: характеристик стрессора и характеристик индивидуума. Индивидуальные факторы могут предопределять то, как индивидуум отвечает на стрессогенные события и поэтому в перспективе могут определить течение заболевания. Проанализировав данные, полученные по шкале «депрессия и тревожность», мы обнаружили неоднозначную картину. 60% пациентов с сахарным диабетом 2 типа имели выраженную депрессию, алгебраическая сумма коэффициентов составила -  $7,1 \pm 0,9$  баллов. 40% больных имели  $+2,6 \pm 0,5$  баллов, что свидетельствовало о хорошем психическом состоянии. Т.е. большая часть исследуемых имела сниженный фон настроения, чувства безрадостности и одиночества, суженные контакты с окружающими и нуждалась в психологической реабилитации, поскольку неспособны были к совладению с трудной жизненной ситуацией в условиях болезни. Также по данным временного и частотного анализа вариабельности ритма сердца выявлено снижение общей вариабельности ритма сердца и общей спектральной мощности, что тоже указывало на наличие депрессивных и тревожных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа. Полученные данные с помощью опросника SF-36 свидетельствовали о сниженном уровне качества жизни больных СД 2 типом по сравнению со здоровыми. Представленные данные подтверждают взаимодействие психологической и соматической сторон болезни. На основании проведенного исследования необходимо определить основное направление психологического сопровождения пациентов с таким тяжелым хроническим заболеванием как СД - нормализация эмоционального состояния пациентов.

Литература.

1. Appels A.J. Psychosom. Res. 1997; 43 (5):443-452
2. Kubzansky L.D. Kawachi I. J. Psychosom Res. 2000; 48 (5). 323-337.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. Под редакцией А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агенство;2000. 725.
4. Рабочая группа Европейского Кардиологического Общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии (Рекомендации). Вариабельность сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. Вестник аритмологии 1999; 11: 53-78.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ НЕЗАВЕРШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ВЫКИДЫШ)**

*Денисова О.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Проблема материнства – одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки, но, несмотря на это, последнее время у нас в стране отмечается рост интереса к психологическим аспектам беременности и родов, к готовности к материнству, материнства в целом. В последнее время появился интерес к комплексному исследованию данной проблемы. Важность материнского поведения для развития ребенка, его сложная структура и путь развития, множественность культурных и индивидуальных вариантов, а так же огромное количество современных исследований в этой области позволяют говорить о материнстве как самостоятельной реальности, требующей разработки целостного научного подхода для его исследования [6, с. 81].

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

В нашем исследовании мы ставим перед собой цель рассмотреть индивидуально-психологические особенности беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш). Мы предполагаем, что выкидыш для женщины является травмирующим событием, и повторная беременность будет более эмоционально окрашена, женщины будут с тревогой относиться к течению беременности, переживать за исход родов. Их деятельность будет направлена на предотвращение негативного опыта первой беременности.

Рассматривая переживание беременности мы опираемся на теорию Ф.Е.Василюка [5], с точки зрения которой можно рассматривать как критическую ситуацию, которая может быть и как стрессовой и фрустрационной, так и конфликтной и кризисной. Поэтому переживание беременности есть переживание критической ситуации, происходящее по вышеизложенному механизму. В нашей работе мы рассматриваем влияние опыта незавершенной беременности (выкидыша) на эмоционально-смысловую сферу беременной женщины при повторной беременности. Мы предполагаем, что первая беременность, которая не закончилась рождением ребенка, формирует у женщины страх, что и в этот раз может случиться выкидыш, представления о возможных осложнениях беременности приобретают значимый смысл, возникает повышенная тревога за исход беременности.

В нашей работе мы будем использовать понятие переживание, введенное С.Л.Рубинштейном [7], так как его теория ориентирована не только на деятельность, но и на процесс созерцания.

Переживание, по С.Л.Рубинштейну [7] это любое, испытываемое субъектом, эмоционально окрашенное состояние, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие из его собственной жизни.

Беременность, выступая как событие из жизни женщины, приобретает эмоциональную окраску. Степень осознанности эмоционального

переживания беременности зависит от значимости этого события для жизни женщины.

Мы предполагаем, что женщины, у которых был негативный опыт первой беременности, при повторной беременности будут иметь совершенно иные эмоциональные проявления. Об этом будет говорить выраженное тревожное состояние, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, неудовлетворенная потребность в отношениях полных взаимопонимания. Также мы можем говорить об эмоциональной нестабильности, в сочетании с зависимостью от окружающих, недоверчивостью, утомляемостью ранимостью, впечатлительностью с наличием возбуждения и беспокойства. У данной группы женщин преобладает тревожный стиль переживания беременности и нарастание тревоги с приближением родов, беспокойство с желанием ускорить события. Это, как мы предполагаем, связано с тем, что беременность у этих женщин проходит со страхом и желанием предотвратить предыдущий негативный опыт беременности.

Смысловая сфера при повторной беременности будет ограничена данным состоянием. Беременность будет занимать ведущее положение в иерархии смыслов, она будет лично значима для женщины и тем самым, определять систему жизненных смыслов.

Под *стилем переживания беременности* Г.Г.Филиппова понимает «физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности и ее динамики по триместрам, преимущественный фон настроения, переживание шевелений плода, содержание активности женщины» [9, 10, 11, с. 64-82]. Используя методы наблюдения, феноменологического описания поведения, проективных методик, она описала варианты стилей переживания беременности: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий.

Мы предполагаем, что выкидыш будет являться особенно травмирующим событием в жизни женщины, так как происходит вне зависимости от желания женщины, является следствием проблем со здоровьем женщины или ребенка. Женщины, у которых был негативный опыт первой беременности (выкидыш), при повторной беременности будут иметь совершенно иные эмоциональные проявления.

Преобладающий тревожный стиль переживания беременности выражает основные характеристики женщин, имеющих негативный опыт первой беременности, а именно это проявляется в том, что идентификация беременности в этом случае тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются.

Смысловая сфера при повторной беременности будет ограничена данным состоянием. Беременность будет занимать ведущее положение в иерархии смыслов, она будет лично значима для женщины и, тем самым, определять систему жизненных смыслов.

В данной работе мы ставим перед собой **проблему** выяснить, каким образом, наличие негативного опыта первой беременности (выкидыша), влияет на особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, при повторной беременности.

**Задачи исследования:** 1. Сравнить особенности эмоционально-смысловой сферы женщин беременных впервые, и женщин имеющих негативный опыт первой беременности (выкидыш); 2. Сравнить особенности эмоционально-смысловой сферы женщин беременных впервые, и женщин имеющих негативный опыт первой беременности (выкидыш), находящихся на первом, втором и третьем триместрах.

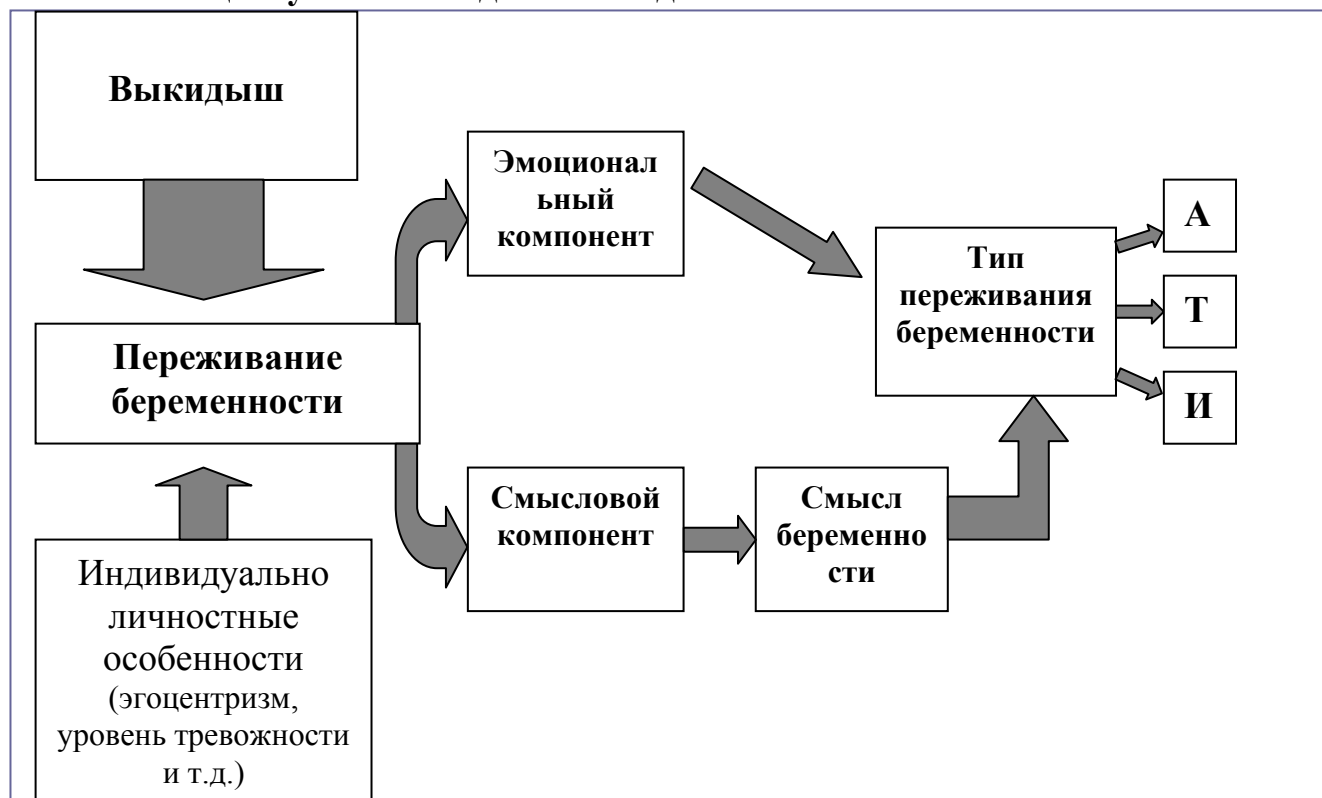
В нашем исследовании переживание беременности представлено эмоциональным и смысловым компонентами. Результирующее влияние на переживание беременности, по нашему мнению, будет оказывать опыт невынашивания беременности (выкидыш). Выкидыш является следствием проблем со здоровьем женщины или ребенка, что приводит к незапланированному прерыванию беременности, факт потери ребенка будет существенно влиять на осмысленность и переживания при повторной беременности, на готовность стать матерью. Наличие негативного опыта первой беременности, при повторной беременности, формирует у женщины страх, что и в этот раз она не сможет родить ребенка, опасения за будущего малыша, повышенную тревожность, представления о возможных осложнениях беременности приобретают наиболее значимый смысл, формируется опасение за исход беременности.

Смысловое переживание беременности - это динамический процесс, в котором происходит расширение сети смысловых связей за счет включения новых элементов уникальной ситуации беременности и выкидыша.

Рассматривая эмоциональный компонент переживания беременности, мы предполагаем, что наличие негативного опыта первой беременности (выкидыша), при повторной беременности, формирует у женщины страх, что и в этот раз она не сможет родить ребенка, опасения за будущего малыша, повышенную тревожность, представления о возможных осложнениях беременности приобретают наиболее значимый смысл, формируется опасение за исход беременности. Об этом будет говорить выраженное тревожное состояние, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, неудовлетворенная потребность в отношениях полных взаимопонимания. Также мы можем говорить об эмоциональной нестабильности, в сочетании с зависимостью от окружающих, недоверчивостью, утомляемостью ранимостью, впечатлительностью с наличием возбуждения и беспокойства. Как мы предполагаем, у данной группы женщин будет преобладать тревожный стиль переживания беременности и нарастание тревоги с приближением родов, беспокойство с желанием ускорить события.

Осмысленность беременности тесно связана с уровнем тревожности, что влияет на формирование типа переживания беременности.

## Концептуальная модель исследования



Мы разделяем мнение Г.Г.Филипповой, что мотивационная основа материнского поведения формируется на протяжении всей жизни, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов [26, с. 110 – 118, 69, с. 22 – 37]. Исходя из этого, мы предполагаем, что уровень психологической готовности к материнству определяется суммарным действием этих факторов к тому моменту, когда женщина становится матерью.

Исходя из выше сказанного, мы выдвинули **центральную рабочую гипотезу** о влиянии опыта незавершенной беременности, выкидыша, на особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, при повторной беременности.

Нами представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2007 - 2009 годах на базе родильного отделения Курского областного пренатального центра и БСМП. Выборка составила 153 человека.

**Методы исследования:** структурированное интервью; анализ продуктов деятельности; тест “Смысложизненные ориентации” (СЖО, Д.А.Леонтьева); тест эгоцентрических ассоциаций (ЭАТ); модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Собчик Л.Н.); методика “Линия жизни” (Модифицированный вариант Шутца, Василенко Т.Д.); тест “Фигуры” Г.Г.Филипповой; рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г.Филипповой; для обработки статистических данных использовалась программа математической статистики «Statistic 6.0».

В результате были выявлены различия в эмоционально-смысловой сфере беременных женщин, имеющих опыт невынашивания беременности и женщин, ожидающих первого ребенка.

При исследовании эмоциональной сферы средние значения показателя отклонения от аутогенной нормы, для женщин ожидающих первого ребенка, составляют  $x=11,36$ ;  $M=12$ ;  $O=373,76$ . Для женщин, имеющих опыт незавершенной беременности, на первом триместре беременности, эти показатели следующие:  $x=13,273$ ;  $M=13$ ;  $O=812,364$ . В результате мы как в контрольной, так и в экспериментальной группах мы получили незначительные отклонения от аутогенной нормы, с элементами тревожности.

Средние значения по коэффициенту вегетативного тонуса для женщин, ожидающих первого ребенка –  $x=1,347$ ;  $M=1$ ;  $O=20,261$ ; для женщин, имеющих опыт незавершенной беременности, на первом триместре беременности –  $x=1,242$ ;  $M=1$ ;  $O=12,525$ . Данные показатели свидетельствуют о наличии тенденции к проявлению тревожных реакций.

Данные показатели говорят о том, что для женщин беременных впервые, и женщин с опытом невынашивания беременности, характерно наличие тревожных реакций, страха и опасения за протекание беременности, так как данное событие для них было запланировано и желанно.

Психологический профиль в контрольной и экспериментальной группах соответствует нормативам выбора.

На втором триместре, при сравнении особенностей эмоциональной сферы беременных женщин ожидающих первого ребенка, и беременных женщин, имеющих негативный опыт первой беременности (выкидыш), также не было выявлено статистически значимых различий с уровнем достоверности ( $p<0,05$ ).

Средние значения по показателю отклонения от аутогенной нормы в контрольной группе составляют  $x=10,786$ ;  $M=10$ ;  $O=618,71$ . В экспериментальной группе эти показатели следующие:  $x=12,25$ ;  $M=12$ ;  $O=674,5$ . Отклонение от аутогенной нормы незначительное, с элементами тревожности.

Средние значения по коэффициенту вегетативного тонуса в контрольной группе –  $x=1,347$ ;  $M=1$ ;  $O=20,261$ ; в экспериментальной группе –  $x=1,242$ ;  $M=1$ ;  $O=12,525$ , что свидетельствует о незначительном уровне тревожности.

В психологическом профиле у женщин, ожидающих первого ребенка, первые позиции занимает дополнительный цвет, фиолетовый, на второй позиции. Что говорит о существовании потребности в уходе от реальной действительности, иррациональности притязаний, нереальных требованиях к жизни, эмоциональной незрелости.

В третьем триместре, в особенностях эмоциональной сфере женщин беременных впервые, и женщин имеющих опыт невынашивания беременности, не выявлено значимых различий ( $p>0,05$ ).

Средние значения по показателю отклонения от аутогенной нормы в контрольной группе составляют  $x=11,7333$ ;  $M=12$ ;  $O=637,8667$ . В экспериментальной группе эти показатели следующие:  $x=12,083$ ;  $M=12$ ;  $O=547,83$

Средние значения по коэффициенту вегетативного тонуса в контрольной группе –  $x=0,9385$ ;  $M=0,6904$ ;  $O=13,65072$ ; в экспериментальной группе –  $x=1,423$ ;  $M=1$ ;  $O=22,045$ . Полученные данные свидетельствуют о незначительном отклонении с элементами тревожности в обеих группах.

Психологический профиль в контрольной и экспериментальной группах соответствует нормативам выбора.

По результатам исследования мы можем предположить, что отсутствие различий в эмоциональной сфере женщин беременных впервые и женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, может свидетельствовать о высокой значимости беременности и тревожности за исход беременности и родов.

При исследовании смысловой сферы, по методике СЖО Д.Леонтьева, в результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости ( $p<0,05$ ), мы получили значимые различия в контрольной и экспериментальных группах по общему показателю «ОЖ» (см. Рис. 1).

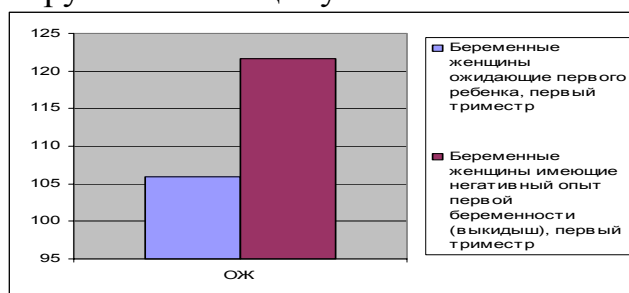


Рис. 1 Общий показатель осмысленности жизни (ОЖ) (Тест СЖО Д.Леонтьева)

Средний уровень по шкале составил  $x=105,9$ ;  $M=115$ ;  $O=5503$  у контрольной группы и  $x=121,6$ ;  $M=120$ ;  $O=15683$  у экспериментальной группы.

У беременных женщин с незавершённым опытом беременности смысловая сфера характеризуется наличием целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу; процесс своей жизни воспринимается как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. В этом контексте беременность как событие их жизни также приобретает большую значимость, что связано с построением особых отношений между матерью и будущим ребёнком. Осознание своего нового состояния приводит к повышению тревожности, к пересмотру жизненных целей, планов и ценностей.

При статистической обработке с достоверным уровнем значимости ( $p<0,05$ ) значимые различия, по методике СЖО Д.Леонтьева в контрольной и экспериментальных группах, во втором триместре, так же как и в первом, отмечаются по общему показателю «ОЖ».

По общему показателю «ОЖ» с уровнем достоверности  $p < 0,05$  в результате статистической обработки выявлены значимые различия. Средний уровень по шкале составил  $x=113$ ;  $M=117$ ;  $O=4063$  у контрольной группы и  $x=121,3$ ;  $M=124$ ;  $O=122205$  у экспериментальной группы (см. Рис. 2).

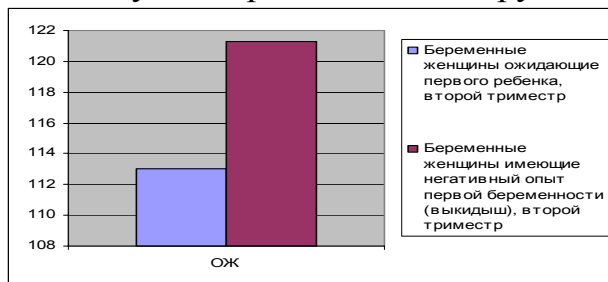


Рис. 2 Общий показатель осмысленности жизни (ОЖ) (Тест СЖО Д.Леонтьева)

Таким образом, в результате полученных данных мы можем говорить о том, что смысловая сфера беременных женщин имеющих опыт незавершенной беременности наиболее наполнена смысловым содержанием, характеризуется наличием целей и перспектив.

По результатам исследования смысловой сферы методикой СЖО Д. Леонтьева значимых различий по шкалам между группами в третьих триместрах выявлено не было. Уровень осмысленности жизни одинаково высок, в группе беременных женщин ожидающих первого ребенка, и беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш).

При исследовании типа переживания беременности у женщин, имеющих опыт невынашивания беременности и женщин, беременных впервые на первом триместре были выявлены достоверные различия с уровнем значимости  $p < 0,05$ . В контрольной группе в основном преобладает адекватный тип переживания 68%, тревожный тип – 24%, 8% - игнорирующий тип переживания беременности. В экспериментальной группе данные показатели следующие: адекватный тип – 23%, тревожный – 72% и игнорирующий 5% (см. Рис. 3 - 4).

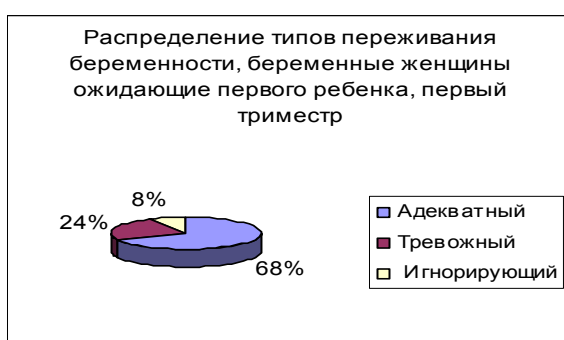


Рис. 3

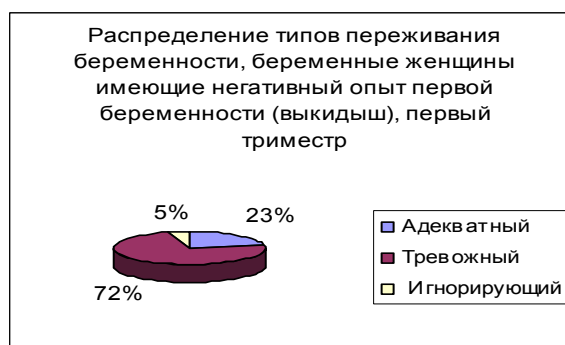


Рис. 4

Рис. 3 – 4 Распределение типов переживания, в процентном соотношении (Тест «Фигуры», рисуночный тест «Я и мой ребенок»)

Женщины с адекватным типом переживания беременности (68%, 23%) характеризуются идентификацией беременности без сильных и длительных



отрицательных эмоций, соматические ощущения «отличные от состояний не беременности», интенсивность которых средняя, хорошо выражена.

Так же в некоторых случаях, для женщин ожидающих рождения первого ребенка наблюдается тенденция к проявлению тревожного типа (24%), что с нашей точки зрения является обоснованным, так как беременность рассматривается как критический период жизни женщины, как кризис развития, характеризуемый глубокими психологическими и соматическими изменениями. Игнорирующий тип переживания составляет (8%, 5%). При таком типе переживания беременности идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления.

Женщины, имеющие опыт первой незавершенной беременности, имеют в основном показатели по тревожному типу переживания (72%), что говорит о тревожной идентификации беременности, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются.

Таким образом, мы подтвердили свое предположение о том, что наличие негативного опыта первой беременности определяет стиль переживания, при повторной беременности.

Для женщин находящихся на втором триместре беременности выявлены достоверные различия с уровнем значимости  $p < 0,05$ . В контрольной группе в основном преобладает адекватный тип переживания 85%, тревожный тип – 11%, 4% - игнорирующий тип переживания беременности. В экспериментальной группе данные показатели следующие: адекватный тип – 17%, тревожный – 70% и игнорирующий 13% (см. Рис. 5 - 6).

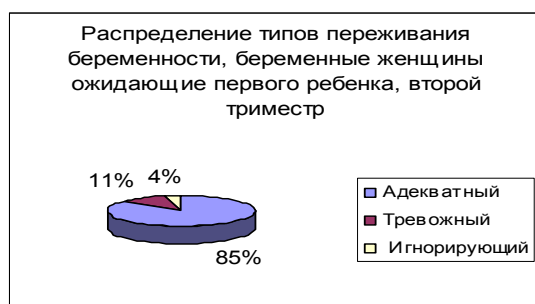


Рис. 5

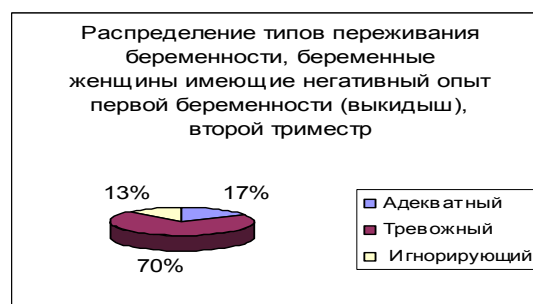


Рис. 6

*Распределение типов переживания, в процентном соотношении (Тест «Фигуры», рисуночный тест «Я и мой ребенок»)*

Данные показатели не отличаются от показателей полученных в первом триместре, для женщин беременных впервые в основном характерен адекватный тип переживания беременности (85%), для беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности, тревожный (70%).

На третьем триместре так же выявлены достоверные различия с уровнем значимости  $p < 0,05$ , в типах переживания беременности. В контрольной группе в основном преобладает адекватный тип переживания 70%, тревожный тип – 20%, 10%-игнорирующий тип переживания беременности. В экспериментальной группе данные показатели следующие:

адекватный тип – 25%, тревожный – 62% и игнорирующий 13% (см. Рис. 7-8).



Рис.7

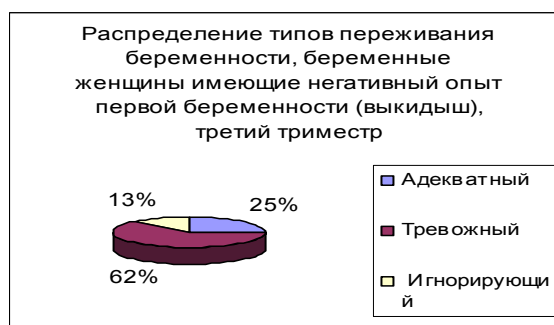


Рис 8

*Распределение типов переживания, в процентном соотношении (Тест «Фигуры», рисуночный тест «Я и мой ребенок»)*

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что эмоционально-смысловая сфера беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (выкидыш) отличается от эмоционально-смысловой сферы женщин беременных впервые.

Литература.

1. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией. // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 2002. №3. - С. 3 - 13.
2. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. №1 – С. 59 - 68.
3. Брутман В.И. , Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. №3 – С. 110 – 118.
4. Васильева Т.Н. Самочувствие на разных сроках беременности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. №1. - С. 20 - 22.
5. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – Изд-во Моск. Ун-та. 1984.
6. Психологический журнал, 1999, том 20. № 5. с. 81.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб. Изд-во «Питер». 1999. – 720с.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл. 2002. – 287с.
9. Филиппова. Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. // Вопр. психол. 2001. №2 - С. 22 - 37.
10. Филиппова. Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие – М.: Издательство Института психотерапии. 2002
11. Филиппова. Г.Г. Материнство: сравнительно психологический подход. // Психол. журн. 1999. Т.20. №5 – С. 81 - 88.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

*Ермакова А.Е., Киндрас М.Н., Лищук Н.Г.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современных условиях духовного кризиса нашего общества, его дегуманизации, снижения этических норм поведения, актуальным является необходимость сохранения тех особых личностных черт врача, которые отличают его от других специалистов и, наряду с профессионализмом, влияют на успех лечения больного. Важно чтобы эти качества не притуплялось в нем несмотря ни на какие обстоятельства, были бы чертой его характера, внутренней потребностью.

В искусстве врачевания всегда большое значение придавалось умению общения с больным. Целительное действие слова было подмечено еще в древности: «три орудия есть у врача – слово, растение, нож». Велико же влияние слова на больного, если оно приравнивается к действию хирургического скальпеля!

Человек – существо не только биологическое. В нем воедино слиты два начала – физиологическое и личностно-психологическое. «Нельзя врачевать тело, не врачую душу, ибо они едины и слитны в облике человеческом» (Платон). Известный русский врач М.Я. Мудров говорил: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть душевные лекарства, которые врачуют тело. Они черпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, отчаянного благонадежнее. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

Прошли тысячелетия, но и сегодня профессионализм врача определяется не только тем, насколько хорошо он знает этиологию и патогенез заболеваний, методы их диагностики и лечения, но и его умением проникать во внутренний мир человека, который «нельзя измерить или подсчитать», который можно только понять! Чтобы его осмыслить врач должен обладать чуткостью, деликатностью, способностью к состраданию и тогда в нем, возможно, отзовутся действием слова о том, что «больное сердце можно лечить только сердцем».

К сожалению, современный врач все более склонен относиться к пациенту как к объекту врачебных воздействий, пренебрегая классическим клиническим обследованием, переоценивая роль инструментальных методов в диагностике. Лечение предпочитает проводить по отработанным схемам и стандартам, игнорируя при этом психологические и характерологические особенности пациента.

Находить общий язык с больным – это профессиональный долг врача. При общении с пациентом необходимо создать атмосферу доверия и открытости, постараться достичь сотрудничества и взаимопонимания. К

эффективному общению располагают такие качества врача как способность к сопереживанию, чуткость, отзывчивость, ответственность, профессионализм, доверие к пациенту.

Во взаимоотношении врача и пациента нет мелочей. Важно все, начиная с простого касания тела человека. «Главное – быть, а не казаться...». Для больного имеет значение внешний вид врача, выражение его лица, мимика, жесты, речь, умение не только слушать, но и слышать. Слова передают сами по себе лишь 7% информации, интонация - 38%, жесты – 55%. Знание невербального языка помогает установить нужный стиль общения с пациентом.

Общение врача с больным не всегда простая задача. Не все больные охотно вступают в контакт, нередки случаи неприязни, неадекватной реакции. Недовольство врачом чаще всего вызвано не его ошибками в диагностике или лечении, а отсутствием умения общаться с больным и его родственниками. Известно, что более 90% жалоб больных обусловлено ущербностью врачебного общения. Этому мешает, прежде всего, чрезмерная загруженность врача первичного звена здравоохранения. Постоянный цейтнот, вследствие дефицита времени так, как в отведенные ему 12 минут на прием 1 пациента времени невозможно провести клиническое обследование, разработать тактику ведения больного, оформить медицинскую документацию, на что уходит 60% рабочего времени.

Трудности во взаимоотношениях врача и пациента могут быть обусловлены существенной разницей в возрасте, некомпетентностью и отсутствием опыта у врача, иными чем у больного социальным положением, национальной принадлежностью, вероисповеданием, культурным уровнем.

Всем нам хочется, заболев, лечиться у доктора не только знающего и умного, но еще доброго и внимательного, заботливого и терпеливого, никуда не спешащего, с пониманием относящегося к нашим проблемам.

Врачевание не есть «обслуживание» и врач не должен давать повода рассматривать его таковым. «Врачевание – это сфера служения». Врач лечит и силой своей личности. Есть личность – есть врачевание. Врачевание – это не только профессиональное, но и нравственное понятие. Одни специальные знания не гарантируют успеха в нелегком врачебном труде. Главным источником успехов во врачевании является ежедневный напряженный труд ума, души и сердца. Нет лекарств сильнее надежды, которую дает пациенту врач.

Вся клиническая медицина от первого контакта с больным до последнего пронизана личностными отношениями. У каждого пациента в соответствии с его собственными представлениями есть определенный образ врача, который соответствует его психологическому типу (В.А. Ташлыков, 1984).

Сопереживающий и недирективный тип: добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к сочувствию и состраданию, способный все выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям

больного. Предпочитается больными с истероидными, эгоцентрическими чертами характера.

Сопереживающий и директивный: чуткий, понимающий суть переживаний больного, но несмотря на это, действует непреклонно, способен убедить больного выполнять его указания и рекомендации. Выбор этого типа врача типичен для лиц с тревожно-мнительными чертами характера.

Эмоционально-нейтральный и директивный: внимателен, сдержан, своей уверенностью и способностью убеждать оказывает сильное влияние на больного. Этот тип врача импонирует личностям с неврастеническими чертами характера. Большинство врачей, безусловно, настоящие профессионалы и научились эффективно сотрудничать с пациентами и их семьями в любой ситуации, им удалось выработать приемы к которым они прибегают в трудных случаях.

Эффективность работы врача во многом зависит от его умения рассматривать медицинские проблемы через призму личностного подхода, понимая у кого, при каких личностных качествах развивается болезнь. Возможность распознавания личностных особенностей больного определяется тем, что каждая личность проявляет свое отношение ко всему, что ее окружает, в том числе к своим болезненным ощущениям. Среди широко используемых в клинике тестов для семейного врача особый интерес представляет вопросник Айзенка, поскольку он позволяет разобраться в понимании таких личностных черт как экстраверсия и интроверсия..

Пациенты экстраверты полностью обращены во внешний мир, у них широкий круг знакомств и интересов, они инициативны, импульсивны, гибки. В своих неприятностях они чаще винят внешние обстоятельства, судьбу, случай, склонны к агрессии и гневу. Общение с такими пациентами целесообразно начинать с формирования эмоционального контакта, а установив его, переходить к информационному.

Пациенты интроверты - для них больший интерес представляет не внешняя среда, а переживания собственного внутреннего мира. Они более замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям окружающей среды. Для таких больных нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран максимально подробно, иначе у них легко формируется тревога. Темп их мышления нередко бывает медленным, и это заставляет врача испытывать серьезные трудности, если беседа идет в условиях дефицита времени. Контакт с таким больным труден, его лучше начинать с нейтрального, информационного. Лишь при условиях хорошего делового общения у подобных больных формируется положительное эмоциональное отношение к врачу.

Болезнь, особенно серьезная, меняет психику больного. Изменяются желания и стремления, свойственные здоровому человеку. Переоцениваются ценности. Меняется отношение к жизни, работе, близким, к самому себе. Все оценивается через призму болезни.

В семейной медицине широкую популярность приобрела классификация типов отношения пациента к своему заболеванию, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980). Типология отношения к болезни необходима для определения стиля общения семейного врача с больным и разработки адекватных программ лечения и профилактики.

Наиболее просто строить отношения с пациентом, отношение которого к своей болезни гармоничное. У такого пациента, как правило, нет трудностей в общении с семьей и медицинскими работниками. Сотрудничество с врачом эффективное и плодотворное.

Типы эргопатический и анозогнозический объединяет «отрицание болезни» через «уход в работу»: «стремление как можно быстрее вернуться к труду» - у эргопатов и «не узнавание очевидной болезни» - у анозогностов. При этих типах отношения к болезни пациенты сотрудничают с врачом неохотно, часто самостоятельно прекращают лечение. Поэтому при работе с пациентами указанных типов и их семьями следует уделять особое внимание программам оказания экстренной и неотложной помощи, методам лечения при обострении.

Тревожный пациент требует «материнского подхода». В работе с ним врач должен проявить терпение, предоставить пациенту и его семье информацию о болезни, предложить полноценную программу лечения и реабилитации.

Ипохондрический тип склонен преувеличивать свои ощущения, требует тщательного обследования и боится его проведения, не верит в эффективность лечения. Пациент ипохондрического типа и врач «обречены» на взаимное многолетнее сотрудничество. «Хорошо» такому пациенту не бывает никогда. Необходимо назначать пациентам с ипохондрическими чертами контрольные сроки явок. Если этого не делать, пациент может «прописаться» в офисе врача общей практики или в поликлинике.

Пациент с неврастеническим типом отношения к болезни имеет «раздражительную слабость». Его тяготит даже небольшая очередь к врачу, раздражает и сам факт болезни, и необходимость обследования. При визите к врачу раздражение легко выплескивается в его адрес. Врач должен адекватно реагировать на эмоции пациента, не вступать с ним в дискуссии. «Вину» следует взять на себя, согласиться, что «не все безупречно в отечественном здравоохранении». Это сразу же успокаивает пациента.

Меланхолический тип удручен болезнью, не верит в выздоровление, угроза суицида. Данный тип требует «материнской» методики общения. Пациента надо подбадривать, хвалить за отдельные успехи, он отзывчив к комплексным программам лечения и профилактики

Пациент апатического типа исповедует принцип: мое дело болеть, Ваше дело – лечить, если хотите. Работая с таким пациентом, врач и медицинская сестра всю инициативу должны взять на себя, опираясь на поддержку семьи.

Сенситивный тип требует участия со стороны медицинского персонала. Следует разубеждать пациента в его опасениях, вселять уверенность в положительные результаты лечения.

Для эгоцентрического пациента типичен «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий и переживаний, требование к себе особого отношения и внимания. Главное в работе с такими пациентами - избежать «порабощения», не выполнять все прихоти, не допускать командования собой. Следует четко определить «кто кого лечит - Я Вас или Вы меня».

Паранойяльный тип отношения к болезни не столь уж редок в современной России. Пациенты уверены, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, «сглаза» и «порчи». Назначаемые доктором лекарства вызывают подозрения. Надо ли разубеждать пациента в ошибочности его мнения? Этот вопрос решается индивидуально. Если он убежден в «сглазе» и «порче», «наведенной болезни» и хочет прибегнуть к услугам экстрасенсов, специализирующихся на «очищении жилища», не всегда требуется отговаривать его. Напротив, после успешных ритуалов «снятия порчи» пациенты данного типа успокаиваются, делаются более доступными для вмешательства официальной медицины.

Дисфорический тип. Преобладает мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с обвинением в болезни других. Работать с такими больными трудно, к поддержке семьи многие пациенты относятся амбивалентно. Отношения надо строить строго официально.

Личность проявляется стереотипами поведения в определенных ситуациях, создавая реальную основу для ее изучения с помощью определенного набора психологических тестов. Большое значение для установления эффективного контакта имеет знание врачом характерологических особенностей пациента, особенно наличие акцентуации каких-либо отдельных черт характера. В повседневной жизни акцентуированные черты могут играть двоякую роль в социальной адаптации: они одновременно усиливают личностную устойчивость к одним неблагоприятным воздействиям и ослабляют ее к другим. Важным элементом коммуникативной компетентности современного врача в таких случаях является профессиональное владение, так называемой, «триадой Роджерса» (эмпатия, акцептация, аутентичность), позволяющей испытывать и проявлять по отношению к больному положительные эмоции и доброжелательность. Эмпатийный подход врача проявляется не только в его способности чувствовать эмоциональное состояние больного в общении, но и уметь передавать пациенту, что он полностью понят. Принятие и уважение личности пациента, невзирая на его недостатки, отсутствие критического оценивающего отношения - в этом смысл феномена акцептации в профессиональной деятельности врача. К. Роджерс отмечает, что хороший врач - это врач «позволяющий, терпимый и терпеливый», обладающий

способностью, общаясь с пациентом, создавать «сердечную, теплую атмосферу, лишенную страха, враждебности и неодобрения». Скрываемое негативное отношение к пациенту обнаруживается в невербальных проявлениях и распознается больным, в результате контакт ухудшается.

Аутентичность, конгруэнтность личности врача в общении проявляется в том, что его невербальное, доступное наблюдению поведение идентично словам и действиям, а эмоции и переживания в контакте с больным являются подлинными.

Врачевание во многом является искусством и оно требует от врача творчества, поиска путей и методов психологического контакта, способности воздействовать на эмоциональную сферу не только пациента, но и членов его семьи. «Самый квалифицированный врач, прекрасно ставящий диагноз, ничего не добьется, если не установит должного контакта с больным, не подчинив его душу своим намерениям» В. Вересаев.

Пациент, по определению известного русского философа И. Ильина, - «есть живое существо душевно-духовное и страдающее; он индивидуален по своему телесно-духовному составу и своеобразен по своей болезни». Именно таким врач должен увидеть его, постичь и лечить. «Целение - совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано врачебно-целебное «мы».

Умение общаться с пациентом редко бывает врожденным даром. Коммуникативные свойства необходимо постоянно совершенствовать и развивать в процессе повседневной работы, так как главная цель такого общения состоит не столько в диагностике и лечении заболеваний, сколько в том, чтобы помочь сохранить больному как можно дольше активное долголетие при достаточно высоком качестве жизни.

Профессиональные и личностные качества врача не должны быть подвластны времени. Будут идти годы напряженной, кропотливой работы. У врача может ослабеть зрение, замедлиться шаг, но неизменным должны оставаться его душевное обаяние, отзывчивость, потребность спешить на помощь больному.

Литература.

1. Личко А.Е. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. Л., 1987.
2. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача. Санкт-Петербург, 2001.
3. Сук И.С. Врач как личность. М., «Медицина», 1984.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
5. Шантуров А.Г. Личность врача – главный и решающий фактор клинической медицины, Вестник оториноларингологии, 1991, №2, с. 8-11.
6. Ясько. Б.А. Психология личности и труда врача. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2005, 301 с.



# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР УПРАВЛЕНИЯ МОТИВАЦИОННО-ЦЕЛЕВОЙ ОСНОВОЙ УЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Есенкова Н.Ю., Василенко Т.Д., Селин А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Изменения условий и содержания профессиональной деятельности врача предъявляют повышенные требования к формированию профессиональных качеств выпускников медицинских вузов.

Компетентностный подход, означающий образовательную самостоятельность студентов-медиков, определяет необходимость формирования психологической компетентности, которая обеспечивает «оптимальный уровень активации субъекта и соорганизацию отдельных компонентов профессиональной деятельности в целостную систему» [8].

Обобщая имеющиеся подходы к изучению проблемы компетентности [1,4,5,6], следует отметить, что компетентность и компетенции предстают как взаимоподчиненные компоненты активности субъекта. Компетентность понимается как интегральное качество личности, успешно реализованная в деятельности компетенция, а компетенция выступает как потенциал компетентности, который может быть стать действенным с помощью механизмов самоорганизации, саморегуляции.

Психологическая компетентность является системным, интегральным новообразованием психики, развивающаяся в процессе профессионализации субъекта деятельности, проявляется на разных уровнях психологической реальности человека, во внутреннем плане – саморегуляции, и во внешнем плане – в деятельности и взаимодействии [9].

В настоящее время отсутствует однозначное понимание сущности, структуры и содержания психологической компетентности, ее роли в формировании мотивационно-целевой основы учения.

Мы предлагаем модель психологической компетентности как иерархической структуры, упорядоченной в систему и имеющей тенденции к развитию под влиянием обучения и воспитания.

В структуре психологической компетентности мы выделяем подструктуры личностной и когнитивной компетентностей, каждая из которых включает в себя ряд компетенций. При выделении структурных составляющих психологической компетентности мы опирались на теоретическую позицию С.Л. Рубинштейна, разделяющей познание и переживание (аффект и интеллект) [7].

Когнитивную компетентность мы рассматриваем как системную характеристику будущего специалиста как познающего субъекта, позволяющую как овладевать новыми знаниями, так и эффективно использовать имеющиеся знания, умения и навыки. Данная подструктура включает интеллект, креативные способности; познавательную потребность, систему саморегуляции, коммуникативные и организаторские способности.

Личностную компетентность мы рассматриваем как системную характеристику внутреннего мира субъекта деятельности, позволяющую адекватно решать профессиональные и личностные задачи. Данная подструктура включает систему ценностей, интернальный локус контроля как показатель ответственности, адекватный уровень самооценки и рефлексивности, эмпатию. Вся вышеописанная совокупность факторов, включенных в подструктуры личностной и когнитивной компетентностей, определяет особенности развития мотивационной основы учебной деятельности и психологическую удовлетворенность студентов.

Психологическую удовлетворенность студентов мы трактуем как систему отношений к различным аспектам учебной деятельности в комплексе с характеристиками психологического состояния студентов, которые отражают особенности переживания процесса обучения в ВУЗе и уровень личностно-профессионального развития. Психологическая удовлетворенность представлена удовлетворенностью учением и удовлетворенностью будущей профессией.

В нашем исследовании мы предприняли попытку рассмотреть связь психологической компетентности и мотивационно-целевой основы учения студентов медицинского вуза на разных этапах додипломного обучения.

Цель нашей работы состоит в исследовании содержания и структуры психологической компетентности студента-медика, а также ее связи с мотивацией учебной деятельности в образовательном процессе медицинского вуза.

Достижение поставленной в исследовании цели предполагает решение следующих задач:

- изучить структуру когнитивной составляющей психологической компетентности студентов-медиков;
- исследовать структуру личностной составляющей психологической компетентности студентов-медиков;
- изучить особенности психологической компетентности на разных этапах додипломного обучения (2 и 5 курсы);
- выявить связь психологической компетентности и мотивов учебной деятельности.

В соответствии с целями и задачами была выдвинута центральная рабочая гипотеза о связи психологической компетентности и мотивационно-целевой основы учения студентов в системе высшего медицинского образования.

Нами было проведено эмпирическое исследование в октябре-ноябре 2006 и 2007 года, в котором приняли участие 187 студентов Курского государственного медицинского университета лечебного и фармацевтического факультетов 2 и 5 курсов. Нами выбраны специальности «Лечебное дело» и «Фармация» как направления классического медицинского образования.

В качестве методов исследования выступают следующие:

1. Психодиагностические методики: тест «Мотивация обучения в вузе» (Т.И. Ильина), тест интеллекта Д.Векслера; тест креативности Торренса, самоактуализационный тест, тест «Коммуникативные способности и организаторские склонности», методика "Стиль саморегуляции поведения", методика Q-сортировка, методику «Уровень рефлексивности» [2], методика «Локус контроля» в адаптации Е.Г.Ксенофонтовой) [3]; морфологический тест жизненных ценностей; методика диагностики уровня эмпатических способностей (В.В. Бойко).

2. Анкеты, отражающие отношение студентов к различным аспектам учебной деятельности и выбранной профессии, основанные на методе семантического дифференциала Ч. Осгуда, которые предлагают студенту оценить данные параметры, отнеся их с точкой на пятибалльной или семибалльной шкале, полюса которой антонимичны.

3. Для статистической обработки были использованы методы описательной и сравнительной статистики: анализ средних тенденций, непараметрический критерий U Манна-Уитни, корреляционный анализ (метод ранговой корреляции). Математическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0».

Результаты исследования когнитивной компетентности студентов представлены в таблице №1.

Таблица №1. Таблица значимых различий показателей когнитивной компетентности.

Показатель	Ме леч 2курс	Ме леч 5 курс	p-level	Ме фарм 2 курс	Ме фарм 5 курс	p-level
интеллект	145	143	0,909	190	183	0,597
креативность	7	8,5	0,597	6	6,5	0,821
креативность (оригинальность)	42,5	45	0,97	10	10,5	0,91
креативность (разработанность)	30	37,5	0,028*	53	39,5	0,131
познавательные потребности	4	6,5	0,031*	7	4,5	0,028*
саморегуляция	30	28,5	0,345	34	30	0,273
коммуникативные способности	13,5	16	0,344	16	16	0,791
организаторские склонности	13	17	0,049*	17	16	0,328

\* Здесь и далее: p-level – уровень статистической значимости, Ме – медиана.

Когнитивную компетентность студентов лечебного и фармацевтических факультетов отличает средний уровень развития интеллекта, креативности, познавательных потребностей, высокий и очень высокий уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости  $p < 0,05$  у студентов лечебного факультета были выявлены значимые различия по таким составляющим когнитивной компетентности, как креативная разработанность, познавательные потребности, организаторские склонности. Как показывают результаты, к пятому курсу студенты преимущественно более полно воспринимают окружающий их мир, творческое мышление приобретает большую стройность и логичность; в полной мере формируются организаторские способности, позволяющие студенту организатором собственного развития и формирования. Различий в динамике саморегуляции, коммуникативных способностей не выявлено, их развитие представлено средним и высоким уровнем выраженности.

В структуре когнитивной компетентности студентов фармацевтического факультета снижается уровень познавательных потребностей, хотя и остается на среднем уровне выраженности. В то же время статистически значимых тенденций изменений по остальным показателям выявлено не было.

Результаты исследования личностной компетентности студентов представлены в таблице №2.

Таблица №2. Таблица значимых различий показателей личностной компетентности.

Показатель	Ме леч 2курс	Ме леч 5 курс	p- level	Ме фарм 2 курс	Ме фарм 5 курс	p-level
Эмпатия	19,5	17,5	0,650	20	21	0,521
Рефлексивность	107	111	0,364	107	132	0,0009*
Самооценка	0,87	0,92	0,762	0,65	0,9	0,0008*
Развитие себя	46	45	0,821	41	46	0,131
Духовное удовлетворение	44	46	0,121	41	44	0,496
Креативность	41	44	0,345	34	38	0,623
Активные социальные контакты	45	43	0,428	41	43	0,88
Собственный престиж	40	38	0,226	36	41	0,059
Высокое материальное положение	46	43	0,112	42	45	0,427
Достижение	49	45	0,29	45	48	0,496

Сохранение собственной индивидуальности	45	42	0,45	44	46	0,241
Локус контроля	18,5	22,5	0,112	20	21	0,821

Структура личностной компетентности студентов лечебного факультета остается довольно инертной, и как показывает качественный анализ этих показателей, их уровень находится в рамках возрастных норм (жизненные ценности, самооценка и локус контроля) или снижен (уровень рефлексивности, эмпатия). Вызывают настороженность заниженные показатели эмпатии и рефлексивности и отсутствие их положительной динамики у студентов лечебного факультета, что указывает на недостаточную способность к психологической «включенности» в мир переживаний больного и низкую степень интегрированности и дифференцированности общей структуры индивидуальных качеств будущего врача.

У студентов фармацевтического факультета в ходе обучения в вузе происходит статистически значимое повышение уровня рефлексивности и самооценки в структуре личностной компетентности. Другие показатели (локус контроля, жизненные ценности) не изменяются в процессе обучения или незначительно снижены (эмпатия).

При сопоставлении параметров когнитивной составляющей студентов лечебного факультета и показателей мотивации учения была выявлена статистически значимая связь между уровнем развития познавательных потребностей и мотивацией на получение знаний (0,488,  $p=0,029$ ), между познавательной потребностью (0,522,  $p=0,018$ ), организаторскими склонностями (0,468,  $p=0,038$ ) и профессиональной мотивацией.

На фармацевтическом факультете профессиональная мотивация получила статистически значимые связи с коммуникативными способностями (0,473,  $p=0,35$ ); познавательная мотивация - с интеллектом (0,469,  $p=0,037$ ); мотивация на получение диплома с креативностью (0,511,  $p=0,021$ ), уровнем интеллекта (0,542,  $p=0,014$ ).

Результаты корреляционного анализа позволяют нам предложить повышение психологической компетентности в качестве фактора формирования мотивационно-целевой основы обучения.

Данные исследования психологической удовлетворенности студентов в таблице №3.

Таблица №3. Таблица значимых различий показателей психологической удовлетворенности.

Показатель	Me	Me	p-level	Me	Me	p-level
	леч 2курс	леч 5 курс		фарм 2 курс	фарм 5 курс	

Удовлетворенность учением	4,15	3,5	0,004*	4,35	3,95	0,104
Удовлетворенность будущей профессией	5	5	0,71	6	6	0,406

У студентов лечебного и фармацевтического факультетов было выявлен средний уровень удовлетворенности учением. Как видно, студенты лечебного факультета обнаруживают статистически значимое снижение удовлетворенности учением. Студенты всех исследуемых специальностей рассматривают свою будущую профессию как перспективную, но в большей степени эта тенденция выражена на фармацевтическом факультете.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Важнейшей составляющей профессионализации студентов медицинского вуза на этапе додипломного обучения является психологическая компетентность.

2. Было выявлено, что более существенные статистически значимые изменения происходят по следующим параметрам психологической компетентности: познавательные потребности, креативность, организаторские склонности; рефлексивность, позитивная самооценка.

3. Выявлена статистически значимая связь между психологической компетентностью и учебной мотивацией.

Литература.

1. Ильязова М.Д. О структуре компетентности будущего специалиста // Интеграция науки и высшего образования. – 2008. – № 1. – С.67-71.

2. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. – 2003. Т 24. – №5. – С 45-57.

3. Ксенофонтова Е.Г. Исследование локализации контроля личности // Психологический журнал. – 1999. Т.20. №2. – С.103–114.

4. Кузьмина Н.В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. М., 1990. - 119 с.

5. Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный фонд «Знание», 1996. - 308с.

6. Митина Л.М. Психология труда и профессионального развития учителя. М., 2004. – 320с

7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Изд-во «Питер», 1999. – 720 с.

8. Урванцев Л.П., Яковлева Н.В. Формирование психологической компетентности врача в процессе обучения в медицинском вузе // Психологический журнал. – 1995. – №4. – С.98-107.

9. Федосеева А.М. Исследование процесса становления психологической компетентности студентов педвуза. // Электронный научный журнал. Вестник Омского государственного педагогического университета. Выпуск 2006.URL: <http://www.omsk.edu/article/vestnik-omgpu-6.pdf> (15.05.2007).

## **СТРУКТУРНЫЙ АСПЕКТ СУБЪЕКТНОСТИ В КОНТЕКСТЕ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ**

*Запесоцкая И.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время приоритетным становится субъектный подход к исследованию психологической реальности. Субъектность приобретает статус методологического принципа и одновременно является предметом изучения. К проблеме субъектности, так или иначе, обращаются в своих трудах С.Л.Рубинштейн (2003), К.А.Абульханова-Славская (1973), А.В.Брушлинский (1994), Б.Г.Ананьев (2001), В.Н.Мясищев (2003) и другие. Анализируются феномены субъектности, компоненты субъектного опыта, механизмы субъектности, изучаются закономерности развития субъектного начала человека в онтогенезе, принципы организации образовательных систем, развивающих субъектность.

Субъектность понимается через категорию "отношение" и представляет собой отношение человека к себе как к деятелю (Е.Н. Волкова, 1998). Субъектность есть то, что дает человеку возможность быть причиной самого себя, сохраняя при этом достигнутый уровень подлинности и целостности, и то, что дает одновременно возможность стремиться к подлинности и целостности, постоянно находиться в движении к ним, такое определение дает Н.Я. Большунова (2006). Е.Н. Волкова (1998) определяет субъектность как личностное свойство человека, которое раскрывает сущность человеческого способа бытия, заключающегося в осознанном и деятельном отношении к миру и себе в нем и способности производить взаимообусловленные изменения в мире и в человеке. В основе этого свойства лежит отношение к себе как к деятелю.

Таким образом, субъектность, являясь свойством человека, проявляется в преобразовании мира, готовности действовать, участвовать в деятельности.

Е.Н. Волкова (1998) в качестве основных компонентов структуры субъектности выделяет: активность, способность к рефлексии, свободу выбора и ответственность за него, уникальность субъекта, понимание и принятие другого, саморазвитие.

Активность в данном случае понимается не просто как репродуктивная способность к реагированию присущая всему живому, а активность преобразующая, осознанная, целенаправленная. При этом акцент делается не на констатации активности как таковой, а на представлении человека о себе

как активном, инициативном существе, творце собственной деятельности, жизни и судьбы.

Способность к рефлексии как факт осознания происходящего с самим собой входит в структуру субъектности и проявляется в самообладании, самоконтроле в процессе деятельности. Субъектность психического начинается с различения человеком в себе некоторой внутренней инстанции, которая распоряжается всем потенциалом мышления, чувств, памяти и т.д. Способность к рефлексии выступает как средство самопознания. С точки зрения изучения субъектности то, что человек о себе знает, является предпосылкой, необходимым условием совершения изменения в себе и мире.

Осознанная активность, обусловленная целеполаганием и самосознанием, осуществляется свободно. Распространено понимание свободы как возможности выбора субъектом собственного жизненного пути в целом, и целей, средств, контроля реализации конкретной деятельности в частности. Атрибут свободы всегда сопряжен с ответственностью и принятием человеком этой ответственности на себя, так как через ответственность выражаются нравственные характеристики личности, показывающие ее ценность. Таким образом, возможность выбора создает предпосылки для рождения ответственности.

Уникальность понимается как невозпроизводимость себя во времени и в пространстве и ощущение своего индивидуального предназначения в жизни. Уникальность проявляется в чувстве симпатии к себе, в отношении к себе как к уверенному, самостоятельному, надежному человеку, которому есть за что уважать себя. Она отражает ощущение ценности собственной личности для себя и, одновременно, предполагаемую ценность своего "Я" для других. Субъектность выявляется не только и не столько в познавательном и деятельностном отношении к миру, сколько в отношении к людям – это "идея взаимозависимости меня и другого, идея становления субъекта через отношение к нему другого, идея отношения к другому как факта становления его сущности" (С.Л. Рубинштейн, 2003).

Саморазвитие. Человек осознавая возможность саморазвития и принимая это в качестве необходимого условия своей жизни, оказывается "открытым" для внешних воздействий. Поэтому основой характеристики является желание субъекта изменяться по отношению к наличному состоянию, и готовность воспринимать сигналы о своих изменениях извне. Важно понимание человеком того, развивается ли он сам или ему создаются условия для развития, воспитывают его и управляют им.

Таким образом, субъектность предполагая признание у себя и окружающих активности, сознательности, уникальности, возможности свободно выбирать и быть ответственным за этот выбор, определяет формирование субъектности путем саморазвития.

Н.Я. Большунова (2006), выделяет в структуре субъектности следующие компоненты: ответственность, рефлексия по отношению к себе.

Ответственность выступает механизмом развития субъектности,



поскольку является условием возможности выбора собственного пути развития, социокультурного самоопределения. В ответственности проявляется индивидуальность, самобытность человека в социокультурном пространстве его жизни, поэтому она выступает не только как механизм, но и как один из структурных компонентов субъектности. Ответчивость представляет собой отклик человека на значимые для него события, явления, как ответ на призыв к социокультурному развитию. Содержанием ответственности является отношение к ценностям как переживание их смысла в контексте специфики собственной индивидуальности. Ответчивость представляет собой самостоятельное явление человеческой жизни и особую категорию психологического анализа субъектности.

Введение этого понятия позволяет преодолеть ряд несовместимых между собой, альтернативных позиций по отношению к пониманию человека, функционирования и развития его психики, личности, поскольку в свете ответственности – поступка эти альтернативные линии выступают как частные случаи и как частные объяснительные принципы определенных проявлений психики (субъективного мира) человека. Ответчивость лежит в основе целостности жизни субъекта и содержит интенцию диалогических отношений человека с миром, который в этом случае выступает не как объект воздействия или предмет деятельности, и не как детерминанта развития психики, но как особый субъект (голос), отношения с которым опосредованы мерой и ее смыслом.

Ответчивость представляет собой избирательный, системный, опосредованный смыслом отклик, ответ на систему ценностей и требования собственной «природы» как мер, с которыми соизмеряются выборы, опосредующие поступок. В ответственности человек выходит за границы социальной востребованности и социальных ожиданий в пространство культуры, здесь происходит «встреча» конечности человеческой жизни и бесконечности Духа, начинается индивидуальность (душа), «духовное «Я» Поступок в свою очередь представляет собой момент воплощения, реализации абсолютных ценностей. Он делает эти ценности бытийственными, актуализирует их в пространство бытия. Ответчивость и поступок представляют собой механизм и способ существования субъектности человека.

В рефлексии человек трансградиентен самому себе, это диалог человека с самим собой, совершающийся на основе вневходимости по отношению к себе и предполагающий выбор локуса, точки расположения вневходимости, меры («третьего» голоса), с которым соизмеряется содержание диалога. Выделение уровней социокультурного развития позволяет определить уровни локусов рефлексии: природосообразующая, предметнообразующая, социосообразующая и социокультурная. В качестве измерений рефлексии выступает также критерий ее осознанности и неосознанности. По своему предмету рефлексия направлена на внутренний мир (ощущения, переживания, мышление, смыслы и ценности), способы

деятельности и саморегуляцию (формы и способы). Форма и уровень рефлексии определяется этими тремя измерениями.

Ответчивость и рефлексия взаимообуславливают и взаимодополняют друг друга и являются основой выбора и поступка. В свою очередь ответственность, рефлексия, выбор и поступок представляют собой структуру субъектности и способ ее существования.

В трудах С.Л. Рубинштейна (2003), К.А. Абульхановой-Славской (1973), Л.И. Анцыферовой (2006), А.В. Брушлинского (1994) раскрывается иное понимание соотношения человека и бытия. Имея собственную сущность, закономерности и качественную определенность, бытие с появлением человека становится другим, переходит на новый качественный уровень. Бытие не противостоит человеку как объект субъекту, а включает в себя человека как внутреннюю необходимость своего существования и развития.

Этот основной постулат субъектно-деятельностной концепции человека имеет ряд следствий для изучения человека в его деятельном отношении к миру.

Из имеющихся подходов к определению личности в наибольшей степени, на наш взгляд, отвечает субъектной парадигме понимание личности как системы отношений человека к окружающей действительности (В.Н. Мясищев, 2003), в которой различают отношение человека к миру, к другим людям, к самому себе. Формами существования и проявления этих отношений называют направленность, способности и характер человека (С.Л. Рубинштейн, 2003). Акцентируя внимание на активно преобразующей функции личности, на ее субъектных характеристиках, мы выделяем качественно определенное отношение человека к себе – отношение как к деятелю и на основании анализа литературы даем рабочее определение субъектности как свойства личности производить взаимообусловленные изменения в мире, в других людях, в человеке. В основе этого свойства лежит отношение человека к себе как к деятелю.

Субъектность возникает на некотором уровне развития личности и представляет собой новое системное качество личности, которое определяет специфику внешнего поведения человека. «Качество» принято определять как категорию, которая отражает диалектику развития явлений, поскольку выступает в единстве с категориями количества и меры. Качество показывает определенный уровень развития чего-либо. В результате внутренних количественных изменений возникает новая способность осознанно производить изменения окружающей действительности и изменяться в зависимости от них самому. Это первый аспект понимания субъектности как качественной характеристики

Второй аспект понимания субъектности как качества связан с рассмотрением единства устойчивого мотива и устойчивой формы поведения, освоенной для воплощения мотива, как специфическая, особенная для данного человека характеристика (С.Л. Рубинштейн (2003), В.Н.

Мясищев (2003)), где качество личности рассматривается как устойчивое, укоренившееся в поведении человека отношение к тем или иным сторонам действительности. С этой точки зрения субъектность раскрывает своеобразие конкретного человека, его отличие от других, силу и генерализованность проявлений его преобразующего потенциала.

Анализ работ по философской антропологии (Г.С. Батищев (1997), Н.А. Бердяев (1991), Г.В. Гегель (1959), М.К. Мамардашвили (1992), М. Хайдеггер (1997), М. Шелер (1994)) показывает, что способность человека изменять окружающую действительность и себя в отношении к ней – сущностная его характеристика, раскрывающая человеческую природу. Человек наличествует во всех четырех формах бытия - природа, общество, человек, культура – как инициатор выстраивания системы отношений с ними и преобразователь этих отношений.

Совершая определенные, внешне выраженные действия и поступки человек производит это сначала (или только) в плане представлений, оперируя им же самым порожденными образами. Образ некоторого идеального результата в психологии называется целью, поэтому специфика человека разумного связана с его способностью к целенаправленным, преднамеренным изменениям.

Другая особенность изменений, производимых человеком, – их социальность. Взаимодействие с другими людьми позволяет разнообразить производимые человеком изменения количественно и качественно: они становятся иными по размаху, глубине проникновения и последствиям воздействия на природу, человеческую общность, отдельного человека. Кроме того, человек как существо социальное получает возможность соотносить последствия своих действий с действиями других людей.

Анализ работ по экзистенциальной философии (В. Франкл (1990), Э. Фромм (1990)), социальной психологии (А.А. Бодалев (1983), А.Ф. Бондаренко (2001), Ф.Е. Василюк (1984)) и психологии личности (В.Н. Мясищев (2003), К.Р. Роджерс (1994)) позволяет нам назвать другой сущностью человека реализацию им своей жизнью и деятельностью принципа меры. Применительно к нашей проблеме этот принцип заключается не столько в утверждении ценности человека как такового или в ответе на вопрос о познаваемости мира, а в том, что преобразовывая, сам человек устанавливает размеры преобразований и границы своего вмешательства. Наиболее отчетливо это проявляется при изучении самосознания человека, которое и представляет собой процесс поиска меры и соотношения различных компонентов своего Я между собой, с другими свойствами личности, с оценками других людей (И.С. Кон (1999), В.В. Столин (1983)).

Изменения и измерения, производимые человеком, находятся в тесной связи с изложением человеком как своих намерений, так и последствий произведенных действий. Здесь мы имеем в виду специфически человеческую потребность донести до другого человека через слово смысл

своих действий и поступков. Человек как субъект использует свою речь в качестве средства самоосуществления (А.В. Брушлинский, 1994).

Субъектная природа человека проявляется в его способности изменять окружающий мир и себя вместе с ним, измерять и оценивать последствия этих изменений, излагать происшедшее себе и другим людям.

Норма – это динамическое состояние целого организма (или его части на разных уровнях его организации - от субклеточного до системного уровня), оптимальным образом соответствующее выполнению им (ей) эволюционно определенной функции и обеспечивающее ему максимальную жизнеспособность в пределах его генетической нормы реакции (Б.А. Кауров, 2007).

Патология – это относительно стойкое отклонение функционирования организма или его части от нормы, приводящее к ограничению выполнения им (ей) своих функций и уменьшающее его жизнеспособность как следствие реакции организма (или его части) на раздражители разной природы сверхпорогового уровня (Б.А. Кауров, 2007).

Основные положения концепции формирования психической патологии (по В.Б. Первомайский, Е.Г. Карагодина, В.Р. Илейко, Е.А. Козерацкая, 2003):

- психическая патология формируется и распознаётся при взаимодействии субъекта со средой обитания;
- субъект, как носитель психики и сознания, обладает определённым диапазоном возможностей восприятия внешних воздействий и способностей выбора (изменения) среды обитания;
- среда обитания содержит ограниченный спектр воздействий на субъекта, которые могут быть им восприняты;
- субъект может модифицировать своё поведение в соответствии с изменением своего внутреннего состояния и среды обитания;
- превышение возможностей или способностей субъекта, как в силу их истощения, так и вследствие расширения диапазона внешних воздействий, формирует специфические психические проявления и поведение, ограничивающие социальное функционирование субъекта.

К.К. Платонов (по В.Д. Менделевич, 2001, с. 276) выделяет следующие критерии нормального и отклоняющегося поведения:

- сбалансированность / несбалансированность психических процессов (на уровне свойств темперамента);
- адаптивность / неадаптивность;
- самоактуализация / нарушение процесса самоактуализации (на уровне характерологических особенностей);
- духовность / бездуховность;
- ответственность / безответственность;
- совесть / бессовесть (на личностном уровне).

По мнению, большинства гуманистических психологов, автономность является главным критерием психического здоровья личности, ее

целостности и полноты. Это понятие тяготеет к таким чертам как жизненность и самоподдержка у Ф. Перлза (1995), направляемость изнутри у Д. Рисмена (1993), зрелость у К. Роджерса (1994). Самоактуализирующаяся личность автономна, независима и свободна, однако это не означает отчуждения и одиночества. В терминах Э. Фромма (1990) автономность – это позитивная "свобода для" в отличие от негативной "свободы от".

Б.С. Братусь (1988) описывает нормальное развитие человека как развитие, которое ведет его к обретению родовой человеческой сущности. Человеческая сущность проявляется в следующих характеристиках: отношении к другому человеку как самоценности, способности к любви и творчеству, целетворящем характере жизнедеятельности, потребности в позитивной свободе (не от чего-то, а для чего-то), способности к свободе волепроявления, внутренней ответственности перед собой и другими, обретению смысла жизни. Развитие с противоположными проявлениями будет аномальным.

Э. Фромм (1990) выделяет следующие характерные черты нормы: продуктивная деятельность, т.е. созидание; связь человека с внешним миром через эмоции и переживания; постижение объективной реальности своим интеллектом; осознание собственной неповторимости при наличии связи с ближними и с другими людьми; отсутствие признания иррациональных авторитетов, но охотное подчинение рациональным; постоянное возрождение нормального человека; нормальный человек смотрит на жизнь как на величайшее из дарованных ему благ.

Опираясь на критерии нормы и патологии К.К. Платонова (по В.Д. Менделевич, 2001, с. 276) и гуманистических психологов (Ф. Перлза (1995), Д. Рисмена (1993), К. Роджерса (1994), Э. Фромма (1990)), выделены следующие критерии нормы и патологии, которые, в контексте исследования структуры субъектности, позволяют сделать заключение о ее нормальном или деформированном проявлении:

- сбалансированность / несбалансированность психических процессов, определяемая через оценку взаимосвязи показателей структуры субъектности, так как выраженная взаимосвязь обеспечивает высокий уровень компенсации, то есть дефицит в одном структурном уровне, при высокой интеграции, компенсируется или балансируется сохранностью других структур.

- автономность / нарушение автономности, понимаемая как независимость, самоопределение, самоуправление, способность к принятию ответственности, мужество и сила, активный поиск решений, умение не быть пешкой в чужой игре. Это понятие тяготеет к таким чертам как жизненность и самоподдержка у Ф. Перлза (1995), направляемость изнутри у Д. Рисмена (1993), зрелость у К. Роджерса (1994). Самоактуализирующаяся личность автономна, независима и свободна, однако это не означает отчуждения и одиночества. В терминах Э. Фромма (1990) автономность – это позитивная "свобода для" в отличие от негативной "свободы от".

- самоактуализация / нарушение процесса самоактуализации. Самоактуализация выступает как стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей (С.Ю. Головин, 1998).

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА**

*Зеленова И.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Понятие деонтологии насчитывает столько же веков, сколько и медицина. Медицинская деонтология обоснована уже в трудах Гиппократов.

Значительный вклад в эту науку внесли русские клиницисты С.Г. Забелин, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, И.А. Давыдовский, Е.М. Тареев, академик А.Ф. Билибин.

Английский правовед И.Бентам в своей книге «Деонтология или наука о морали» в начале XIX века впервые ввел термин деонтология, который понимается, как наука о должном поведении или о морали поведения индивида для достижения должной для него цели, своего рода свода правил. В наше время деонтология понимается не в бентамовском, а в высокоморальном позитивном плане.

Основная задача введения деонтологических норм заключалась в создании правил для обеспечения максимально эффективного лечения пациентов. Деонтология обосновывает принципы поведения медицинского персонала, способствующие созданию необходимой обстановки при лечении больных. При этом учитываются не только условия, способствующие эффективности лечения, но и мероприятия, не допускающие отрицательных его результатов, исключающие организационные неполадки в обслуживании больных, т.е. речь идет о должном поведении врача и всего медицинского персонала в интересах охраны здоровья человека. Осваивать деонтологию врач обязан всю жизнь. Этот процесс самовоспитания, включает получение знаний, умений, достижение мастерства, освоение общей культуры и правовой.

Деонтология включает в себя:

1. Вопросы соблюдения врачебной тайны.
2. Меры ответственности за жизнь и здоровье больных.
3. Проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе.
4. Проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками.

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии. Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Клятва, которая лишь условно называется гиппократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое. Позднее она была оформлена как

документ и содержала несколько основных требований к врачу, в частности: сохранение врачебной тайны; запрещение действий, способных причинить моральный или физический ущерб больному или его родственникам; преданность профессии. За тысячелетия существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему сохраняет большую значимость, если не первостепенность.

Вопрос закрепления этических принципов для врачей давно обсуждается как в среде ученых-медиков, так и в среде ученых-юристов в нашей стране. Однако прежде чем создать свод этических норм, или Кодекс профессиональной этики, необходимо четко определить, что же является поступком, не совместимым со званием врача, ибо, как правило, нарушение данных норм может повлечь применение санкции в виде лишения права заниматься врачебной деятельностью.

Не секрет, что сейчас участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. В большинстве своем судебные иски вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях с пациентом. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушие, на формализм медиков.

В нашей стране этические нормы поведения совпадают с правовыми требованиями. Они все больше получают закрепление в законодательном порядке.

Согласно ст. 31-33 “Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан” от 1993 г., пациент имеет право получать информацию о своем здоровье, соглашаться на лечение или отказываться от него, требовать и получать материальное возмещение при нанесении ущерба здоровью. Пациент должен быть осведомлен о характере болезни, существующем риске, перспективах и способах лечения, возможности и степени участия семьи в реализации лечебных программ. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме. Не допустимо предоставление информации о состоянии здоровья против воли самого гражданина.

Многие правоведы, занимающиеся данной проблемой, правильно отмечают, что сообщение диагноза при опасной для жизни болезни дает пациентам возможность совершить определенные действия (брак, развод, завешание, усыновление и др.). Соккрытие от пациентов истинных сведений о диагнозе болезни лишает их возможности воспользоваться своими социальными правами (дополнительная жилая площадь, бесплатные лекарства, бесплатный проезд и т.д.). Поэтому решение данного вопроса не оставлено на субъективное усмотрение врача, а регламентировано законодательством.

Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду. Однако правду говорить необходимо: только взвесив все “за” и “против”, человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения.

Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятностных и негарантированных результатах, могут обнадежить больного.

Одним из важных вопросов в отношениях врача и больного является вопрос о соблюдении врачебной тайны. В соответствии со ст. 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 1993 г., информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении или исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных законом. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками, с учетом причиненного гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации. В деятельности врача возможны тактические, диагностические и



другие ошибки, поэтому одной из основных его черт должны быть самоконтроль и честный анализ причин совершенных ошибок.

Наряду с этико-деонтологическими вопросами врач обязан изучать и правовые вопросы. Тот, кто получает право на врачебную деятельность, должен работать так, как того требует закон и традиции медицины, а если врач начинает спускаться ниже должного профессионального уровня, прежде всего ему об этом напомним чувство профессиональной чести, а если он переступает через свою честь, то тогда ему об этом напомним закон.

Для того чтобы избежать возможных многочисленных ошибок в правилах поведения врача, целесообразно пользоваться нормами Конституции РФ, принятой 12 декабря 1993 года, «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г., «Кодексом врачебной этики РФ», одобренным Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г. и другими нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Таким образом, медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями врачей с больными, их близкими, со здоровыми людьми (профилактические мероприятия), а также между собой в процессе лечения больного. Перед законодателями Российской Федерации в сфере деонтологических взаимоотношений врача и пациента стоят множество вопросов. Прежде, чем ответить на эти вопросы, необходимо: создать Кодекс профессиональной этики Российской Федерации, регулирующий деонтологические аспекты взаимоотношений врача и пациента; законодательство, создаваемое в этой области, должно быть направлено не только на то, чтобы наказать врача за недобросовестное отношение к пациенту, но и на то, чтобы повысить уровень его правосознания.

Литература.

1. Писарев Д.И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. М., 1969.
2. Вайль С. С., Некоторые вопросы врачебной деонтологии, 3 изд., Л., 1969.
3. Громов А.П., Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников, М., 1969.
4. Голубева Г.В. и Типилина К.Е. Врачебная этика. Библиографический указатель литературы, М., 1968.
5. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России: Учеб. Пособие/Под ред. Ю.Д. Сергеева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.
6. Федорова М.Ю. Медицинское право: Учебное пособие для вузов. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2003.
7. Комментарий к Конвенции о защите прав человека и основных свобод и практике ее применения/Под общ. ред. В.А. Туманова и Д.М. Энтина. М., 2002. С. 10.

8. Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.

9. Леонтьев О.В. Юридические основы медицинской деятельности: учебное пособие/О.В. Леонтьев. – 2-е издание, исправленное и дополненное – СПб.: СпецЛит, 2006.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Каськова Д.С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Роды – начало жизненного пути, а беременность – самое естественное и прекрасное состояние женщины. Уже давно доказано (С. Гроф), что то, как мы рождаемся, во многом определяет, какими мы будем. Человек, рожденный в атмосфере любви, гармонии, мягких, нетравматичных родов, будет нести в себе заряд добра, здоровья и доверия к окружающему миру. Беременность – особая часть жизни женщины, когда естественные изменения в организме накладываются на изменения ее психологического состояния и социального статуса. В это время ярко проявляется родовый сценарий, меняются внутрисемейные отношения. Этот период с полным правом можно назвать кризисным в развитии любой семейной системы. Зная особенности психологии беременности и особенности развития семейной системы на этом этапе, мы можем помочь женщине. Ни для кого не секрет, что каждый человек несет в себе память о внутриутробном существовании и родах. Эти воспоминания находят отражения во всей последующей жизни человека. Очень часто бывает, что период ожидания ребенка проходит для матери в психологически некомфортных условиях, в страхе о предстоящих родах. В таком случае у взрослого человека остаются отрицательные эмоциональные воспоминания об этом периоде, и как следствие, возможна потеря контакта с матерью и в последующей жизни.

Психологическое сопровождение – это поддержка и помощь в процессе развития беременности, на пути женского становления и реализации самой женской задачи. Беременность – очень особенное время постоянного изменения, преображения. Процесс развития и роста дитя происходит в маминой матке, и процесс перехода к материнству протекает на всех уровнях: физическом, ментальном, эмоциональном, преображается тело и душа женщины. Гормональный фон беременности может привести к частым сменам настроения, повышению тревожности, изменениям либидо, утомляемости и слезливости, к другим неожиданным эмоциональным изменениям. Порой достаточно много испытаний доставляет женщине ее общая ситуация. Все это, происходящее внутри и около беременной женщины, требует зачастую от нее большого напряжения сил. В это время очень важно качество и достаточность поддержки, которую получает женщина, востребованной может оказаться профессиональная помощь

психолога, акушерки или опытной женщины, прошедший опыт вынашивания и рождения ребенка.

Начало беременности, как и все времена интенсивного изменения, беременность ставит перед нами новые, порой совсем непростые задачи. Сам факт ее наступления зачастую заставляет испытывать целую бурю эмоций, в которой трудно разобраться. Эмоции приходят совсем разные, противоречивые, даже если женщина беременность планировала, предчувствовала и ждала. Часто в представлении беременность бывает счастливым временем, лишенным забот и проблем, а в реальности оказывается, что вместе с ее наступлением и трепетной радостью приходит и тревога, страх изменения жизни, отношений в семье и с мужем, сожаление о чем – то недоделанном. При этом женщина продолжает жить свою жизнь, полную разных переживаний, проблем. Еще сложнее может выглядеть ситуация, когда беременность неожиданная, а семейная ситуация не так устойчива, как могла бы быть... С точки зрения физиологии начало беременности тоже непростое время: в организме женщины происходит мощная гормональная перестройка, темпы формирования и развития дитя очень высоки, все это влияет на самочувствие будущей мамы.

Начало беременности – этап адаптации женщины к новому состоянию, когда важно еще раз согласиться с ее наступлением, оставить всякое «но» и «если бы», найти для себя новые точки опоры. Очень полезно разобрать комплекс переживаний по поводу беременности и эмоций, давних установок, по всяким другим поводам. Последние могут сильно запутать наше сознание, определять неоднозначное отношение к себе, своему меняющемуся телу, супругу и себе, привести к нежелательным осложнениям. Партнерские отношения, меняясь в начале беременности, часто дают повод для глубоких переживаний, заставляют поискать ресурс гибкости. Здорово облегчает труд встать на другую точку зрения, понять и принять другого. Возможные физиологические симптомы недостаточной адаптации женщины к новому состоянию беременности (сильный токсикоз, кровотечение) требуют зачастую не только медицинской, но и психологической помощи. Поддержка и помощь в прохождении описанных и многих других трудностей и представляет собой психологическое сопровождение в начале беременности.

Время второго триместра беременности менее революционное, но задачи, которые встают перед женщиной могут привести к эмоциональному напряжению и требуют работы. После принятия факта беременности и включения ее в образ своего тела, женщина начинает переживать себя и ребенка как одно целое. Зачастую именно ко второму триместру для женщины смещается акцент со своих переживаний на ребенка. Женщина часто прислушивается к ощущениям в своем животе, придумывает имя для ребенка и старается почувствовать, подходит ли оно ее ребенку. Иногда много тайных переживаний бывает у женщины по поводу предполагаемого пола ребенка, его будущего места в семье и в мире. Очень важными

становятся реакции супруга и семьи на тему беременности и малыша. Будущей маме очень хочется, чтобы супруг разделял ее чувства и соотносился с изменением ее ценностей, чтобы семья и ребенок стали для него такими же важными, как и для нее. Большая радость, когда это оказывается так, и женщина чувствует себя спокойной и защищенной. Не все мужчины готовы разделять глубину переживаний женщиной ее беременности, это может сильно огорчать будущую маму, приводить к негативным переживаниям, повышенной тревожности и обидчивости. При этом женщина может становиться более зависимой от мужа, начинает все больше обращаться к подготовке семейного пространства для появления малыша, начинает заниматься более женскими занятиями. Часто именно в это время у женщины возникает необходимость получить дополнительную информацию о беременности, заняться оздоровлением для себя и своего ребенка. Вместе с этим женщина начинает осознавать себя матерью, может больше думать о своем опыте отношений с родителями, может стараться переоценить и поменять в них что-то. Отношения с социумом тоже претерпевают изменения. Видимые признаки беременности, изменение фигуры могут дать повод к беспокойству о своей внешности и привлекательности. Во втором триместре будущая мама может столкнуться с переживанием кардинального изменения своего прежнего образа жизни, почувствовать себя потерянной для прежнего круга общения. Для кого-то этот момент проходит достаточно гармонично, но есть и такие будущие мамы, у которых осознанно-неосознанные переживания на эту тему могут привести к разным осложнениям беременности (медицинским, психологическим сложностям). Поводами для психологической поддержки на этом этапе могут быть сложности в дальнейшей адаптации к беременности и медицинские проявления этого процесса (сомнения в своей привлекательности, депрессивные состояния, токсикоз второй половины беременности, кровотечения, тонусы). Может оказаться полезной работа с восприятием матерью вынашиваемого ребенка, с тем образом, который она рисует себе, особенно если какие-то черты вызывают у нее тревогу, беспокойство. По-прежнему требуется поддержка супругам в меняющихся семейных отношениях во время беременности. Особенно часто сталкиваешься с переживаниями будущей мамы по поводу отношения мужа к беременности, к предстоящим родам и ребенку. Порой требуют пересмотра и разбирательства отношения будущей мамы с ее родителями, пересмотр полученных родительских установок, особенно, если размышления о них приносят мало удовольствия. Есть и индивидуальные сложности, которыми можно заниматься, пока еще есть достаточно времени перед родами.

Время третьего триместра беременности вновь сопряжено с сильными изменениями: телом, чувствами и головой женщина настраивается на следующий переход — роды. Эта тема может вызвать большое беспокойство у женщин, которым предстоит рожать впервые и у тех, которые хотят что-то изменить в своем опыте предыдущих родов. Возникает потребность больше

узнать про роды, подготовиться к ним. Может нарастать страх перед родами, беспокойство за ребенка, эта ситуация усугубляется, когда есть поздние осложнения беременности. Для женщины очень важно на этом этапе определить для себя зону своей ответственности за роды и дитя, почувствовать себя сильной и уверенной, способной родить своего ребенка, найти в своем опыте точки опоры для такого знания о себе. Вновь усиливается чувствительность и восприимчивость женщины. Степень погруженности в себя и ребенка, который готовится к выходу на свет, возрастает прогрессивно. Повышенная ранимость и зависимость требует кого-то рядом, кто может поддержать, помочь почувствовать уверенность в своих силах. Время сильных гормональных сдвигов – третий триместр — вновь подвергает сомнению мамину эмоциональную устойчивость. Это нормально и даже физиологично, важно только, чтобы к будущей маме после эмоциональных всплесков вновь возвращалось чувство контроля над своими эмоциями, чтобы наряду с негативными переживаниями, она могла радоваться себе, ребенку и миру вокруг. Очень важно, чтобы женщина к родам подошла в силах, физических и моральных, с накопленным ресурсом веры, мудрости и доверия себе и своей природе. Правда, порой для такого качества самоощущения нужно трудиться почти всю беременность. Психологическое сопровождение в третьем триместре строится в основном вокруг готовности женщины к родам, ее глубоких установках по поводу них. Большинство страхов перед родами живут именно в семейных женских стереотипах, в недоверии себе и миру, когда роды выступают как средство что-то кому-то доказать... Труд осознать причины своего страха и тревоги перед родами бывает с лихвой вознагражден. Эмоциональная неустойчивость, тревожность могут поддаваться контролю, когда преодолеваются причины негативных эмоций, когда появляется возможность выражать их не только, когда совсем наболело, но и постоянно работать с ними. Продолжает интересовать многих мам работа с образом ребенка как подготовка к материнству, пересмотр своих родительских установок.

Методы работы в психологической поддержке будущих мам могут быть разными: разговор и техники гештальт-терапии, элементы арт-терапии (работа с разными художественными материалами): рисование разными техниками и лепка из глины, телесная психотерапия: техники работы с дыханием и проблемными зонами, методы глубокого расслабления и простые медитации, элементы психодрамы (работа с семейными ролями).

Литература.

1. Абрамченко В. В. Психологическое акушерство. СПб., 2001.
2. Белобородов С., Шмаков Ч. Осмысленная беременность. // Семейный доктор. 2001, №2.
3. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству. // Вопросы психологии. 2000, №5.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. М. : Изд –во Института Психотерапии. 2002.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРАВМАТИЗАЦИИ СПОРТСМЕНОВ**

*Каськова Д С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современном спорте конкуренция обостряется (и будет обостряться в дальнейшем) по мере того, как рекорды все более приближаются к пределу человеческих возможностей (в медицине это называется законом начального уровня). А значит, в состязаниях высококвалифицированных спортсменов уменьшается разброс результатов, и шансы на победу для многих участников сближаются. И если разница в результатах победителей и проигравших измеряется уже не в процентах, а в долях процента ... Если силы соперников близки... То победа, в конце концов, достается тому, кто берет на вооружение дополнительные факторы. Вот почему растет число спортсменов, увлеченных в применении допинга, идущих по пути наименьшего сопротивления, сбивающихся с пути истинного.

Другой же, легальный путь к победе – опора на психологическую подготовку. Многое здесь зависит от отношения к психологическому сопровождению спортивной деятельности, как стороны самих спортсменов, так и их тренеров – можно сказать, от уровня психологической культуры нашего спорта.

Когда мы говорим о применении психотехнологий для спортсменов высокой квалификации, то перечень их на, первый взгляд, общеизвестен. Это набор психологических «инструментов» саморегуляции, то есть навыка осознанного управления человеком функциями собственного организма. Причем функциями как произвольными, так и исходно непроизвольными, лишь в малой степени подвластными сознательному контролю. Среди стандартных «инструментов» перечислим методики релаксации, аутотренинга, идеомоторной и психомышечной тренировки, служащие для:

а) управления текущим психоэмоциональным состоянием спортсмена. Перед началом соревнований – это смягчение предстартового напряжения и уменьшения тревожности. Непосредственно перед выступлением – мобилизация, предстартовый настрой. И, наконец. После выступления – снятие негативного эмоционального состояния (фрустрации) в случае срыва или неполного выполнения поставленной задачи.

б) собственно идеомоторной тренировки, или психологической «репетиции» деятельности, мысленного представления движений для освоения и совершенствования сложных двигательных программ. Здесь на первый выходит учебно-тренировочный аспект.

в) сюда же примыкают такие приложения психотехнологий, которые можно назвать психогигиеническими, включая снятие утомления, профилактику перетренированности.

Анализируя опыт использования в спорте этих психологических «инструментов», мы сталкиваемся с тем, что большинство из них были разработаны несколько десятилетий назад и с тех пор применяются практически в неизменном виде. С одной стороны, они доказали свою надежность и эффективность на практике. С другой, рутины, общеизвестны и трудоемки в освоении.

В качестве перспективного направления нужно упомянуть физиологический подход к саморегуляции. В частности, современный отечественный метод Ретри (разработанный и внедряемый под эгидой Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги). Это не только специальные психологические приемы, но и использование совместно с ними современных технических средств. Использование как в специфическом контексте для управления отдельными функциями организма (метод биологической обратной связи). Так и неспецифическом – для обучения универсальным навыкам саморегуляции, для освоения соответствующих функциональных состояний (ритмическая светозвуковая стимуляция). Таким образом, спортсмен кратчайшим путем обучается использованию невидимых психологических «кнопок» саморегуляции (привычных телесных ощущений, которые спортсмен может воспроизводить по памяти, в сочетании с мысленными зрительными образами и словесными формулами самонастроя).

На чем основана современная телесно – ориентированная психологическая саморегуляция спортсмена? Ее фундамент составляет возврат (регресс) нервной системы в естественное состояние, связанное с преобладанием несловесных процессов психики (первичный процесс). На психологическом уровне следствием является особое, рабочее состояние, связанное с пробуждением активности. Выдвижением на первый план психической деятельности неречевого полушария мозга (у правой – правого). При этом происходит как бы смена его роли, так как в обычных видах деятельности, в обыденном состоянии сознания оно выступает в качестве не ведущего, а ведомого.

Для успешной спортивной деятельности оптимально, если ее задача представляется в виде конкретного образа (субъективизация), претворяемого в действие. Таким образом, саморегуляция опирается на известный принцип идеодинамики (И. Бернгейм): идея, выраженная в наглядной чувственной форме. Становится непосредственной движущей силой деятельности, управляет функциональным состоянием организма. При подготовке к деятельности это может быть зрительный образ (мысленная репетиция деятельности), сопровождаемый краткими словесными формулами (самоинструкциями, формулами самонастройки) и вторично порождающий определенные телесные ощущения.

В момент же самой деятельности телесно – чувственный (кинестетический) образ, представляющий собой определенный набор (паттерн) привычных телесных ощущений, связанных с оптимальным для данной деятельности функциональным состоянием.

Именно с помощью воспроизведения подобного тщательно отработанного образа спортсмен достигает вхождения в рабочее состояние сознания. При этом происходит частичное изменение восприятия образа тела. Наряду с изменением восприятия тела, может изменяться восприятие времени субъективное, оно же внутреннее, или психологическое время. В тех видах спорта, которые требуют длительного удержания статистического положения тела, психологическое время может замедляться. В тех же видах, которые скоростных движений, наоборот ускоряется (например, фехтование).

Изменяться может и восприятие пространства, следствием является, к примеру, обострение чувства дистанции. Отчасти может изменяться восприятие спортсменом собственной личности при вхождении в рабочее состояние (что психологически сходно с вхождением в образ в техниках актерского мастерства).

Практические психотехнические приемы, которые входят в арсенал описываемого метода саморегуляции (Сандомирский М. Е., 1995 – 2004) и могут быть использованы, в частности, для оптимизации психоэмоционального состояния спортсмена перед ответственным выступлением, это в первую очередь:

а) экспресс – техники мышечного расслабления (снятие мышечных зажимов);

б) брюшное успокаивающее дыхание (уменьшение чрезмерной предстартовой напряженности);

в) сердечно – дыхательная синхронизация, или согласование ритма дыхания с ритмом пульса (с возможностью регулирующего воздействия на последний);

г) направленное дыхание как инструмент управления телесными ощущениями.

На последнем остановимся подробнее. Как известно. Все наши анализаторы, включая и анализатор телесной чувствительности, устроены таким образом, что в них безостановочно происходят естественные спонтанные колебания порога чувствительности. А значит. Противоположные фазы этих колебаний (усиление / ослабление ощущений) могут быть связаны с двумя фазами дыхания (вдох или выдох соответственно). Эта часть процедуры саморегуляции носит в психологических терминах название присоединение. Следующий этап – ведение, то есть усиление или ослабление телесного ощущения, его изменение в желаемую сторону. Именно таким образом осуществляется упомянутое ранее целенаправленное изменение восприятия образа тела.



Воспроизведение заданных ощущений, вхождение в оптимальное рабочее функциональное состояние, отработанное в процессе тренировок.

Возникает вопрос, что является физиологической основой присоединения и ведения? Согласование активности, образование временной связи между двумя ансамблями нервных клеток, двумя участками коры мозга, связанными с телесной чувствительностью (сенсерномоторная зона): один – связанный с восприятием ощущений, возникающих в процессе дыхания; другой – с ощущениями в произвольно выбранной области тела.

Благодаря созданию между ними функциональной связи становится возможным с помощью произвольно контролируемого процесса (дыхания) управлять непроизвольными физиологическими процессами.

Это, по сути, проявление взаимодействия сознания и подсознания. С одной стороны, обмен информацией между ними с использованием телесных ощущений в качестве канала связи. Канала наиболее эффективного, прямого, в котором информация передается без слов. С другой стороны, это еще и самопрограммирование, самонастрой спортсмена, сознательная мобилизация его скрытых, подсознательных резервов. Потому что ведущим является сознание. Именно оно направляет в желательную сторону непроизвольные, бессознательные реакции, неподвластные напрямую волевому контролю.

Возможен и другой вариант взаимодействия, более мягкий. Это не «командование», а гибкое сознательное «подстраивание» к подсознательным процессам. Своего рода пошаговое приближение к цели. Первый шаг – словесный посыл, адресованный подсознанию (правое полушарие мозга). Следующий шаг – получение обратной связи от подсознания в виде телесного отклика, непроизвольного изменения телесных ощущений. Новый шаг – очередной словесный посыл и так далее. Подобный подход лежит в основе использования для саморегуляции спортсмена самоинструкцией (формул самовнушения) по принципу телесно – ориентированного самовнушения.

Таким образом, становится возможным более полное использование внутренних резервов организма для оптимизации спортивной деятельности и достижения высоких результатов.

Литература.

1. Мартенс Р. Социальная психология и спорт. М., 1979.
2. Найдиффер Р. М. Психология соревнующегося спортсмена. М.: ФиС, 1979.
3. Пилоян Р. А. Мотивация спортивной деятельности. М.: ФиС, 1984.
4. Пуни А. Ц. Очерки психологии спорта. М.: ФиС, 1959.
5. Ханин Ю.Л. Психология общения в спорте. М.:ФиС,1980.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

*Киндрас М.Н., Горшунова Н.К., Ермакова А.Е.*

## Курский государственный медицинский университет, Курск

Ведение пациентов в амбулаторных учреждениях во многом отличается от лечения больных в стационаре. Участковому врачу в условиях ограниченного времени необходимо сориентироваться в состоянии больного, определить тактику его ведения. Еще одна важная особенность поликлинической работы терапевта - посещение на дому больных, которые сами не могут прийти на прием к врачу.

Повседневная лечебная деятельность участкового врача непосредственно связана с психологическими, эмоциональными факторами. Комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми постоянно приходится сталкиваться участковому врачу, включает как медицинские вопросы, так и вопросы немедицинского характера. Многочисленные контакты, необходимость часто делать выбор и решать сложные задачи в повседневной деятельности участкового врача, связаны со значительными этическими и деонтологическими проблемами, в разрешении которых особо актуальны знания правил общения. Ведь больному важно встретить на амбулаторном приеме не только опытного специалиста, но и человека, который поймет его и которому можно поведать все как о болезни, так и о переживаниях, связанных с жизненными ситуациями. Больной надеется не только на конкретную медицинскую помощь, но и душевную опору.

Стремительное развитие медицины, широкое внедрение новых технологий в диагностический и лечебный процессы, повышая качество врачевания, зачастую приводят к разобщению врача и пациента, деформированию их отношений, значительному сокращению продолжительности общения, дегуманизации врачебной деятельности, а «узкая» специализация к тому же несёт в себе определенную опасность суженного взгляда врача на больного. При этом в повседневной врачебной практике остро встают проблемы медицинской деонтологии как учения о долге, моральных, этических принципах врачевания, из-за того, что стали утрачиваться и забываться классические черты медицины, определяющие судьбу больного – гуманизм, терпение, толерантность, сострадание. Больному, прежде всего, хочется видеть у врача постоянное и искреннее желание оказать ему необходимую помощь и чтобы время, которое врач посвящает ему, было отдано целиком и полностью его проблемам, тогда каждая встреча больного с врачом уже сама по себе принесет ему облегчение. Деонтологически оправданным является совместное решение вопросов, как диагностики, так и лечения.

Деонтологические проблемы возникают и при отсутствии у врачей достаточных знаний о ятрогениях, врачебных ошибках, правонарушениях и преступлениях, врачебной тайне, различных формах общения – открытой, закрытой, императивной и диалогической. Врач должен понимать не только пациента, как носителя определенного заболевания, но и ситуацию в целом,

представленную на амбулаторном приеме или при обслуживании больного на дому.

Всегда следует учитывать, что на процесс и результативность общения с пациентом оказывают влияние физиологические, психологические и социально-культурные факторы, знание которых устраняет деонтологические дефекты врачевания:

- темперамент,
- характер,
- психо-физиологические особенности,
- культурный и образовательный уровень,
- нравственность,
- ценностные установки,
- жизненные цели,
- мотивации,
- жизненные позиции,
- психологические проблемы.

Для исключения деонтологических ошибок участковому врачу следует соблюдать основные принципы опроса:

- не только слушать, но и слышать;
- вести диалог с использованием эмоционально-нейтрального, сопереживающего, директивного стилей общения;
- соблюдать принципы деонтологии (врачебная тайна, исключение присутствия третьих лиц при беседе).

Умение слушать включает восприятие информации, восприятие чувств, и сочувствие к собеседнику

Деонтологически важна и перцептивная сторона общения – способность восприятия и эмоционального переживания проблем участников процесса общения:

- взаимовосприятие и познание партнера по общению, установление взаимопонимания;
- идентификация – уподобление себя партнеру;
- эмпатия – распознавание эмоций и отклик на них.

Тип общения участкового врача с пациентом зависит от различных обстоятельств, но, в конечном итоге, врач должен внимательно относиться к больному, к его проблемам, что будет способствовать большей эффективности диагностики и лечения. При этом эффективное лечение приведет к улучшению взаимодействия между врачом и пациентом.

Виды общения (Самыгин. С.И.):

1. «Контакт масок» - формальное общение с использованием привычных масок (вежливости, сочувствия, учтивости, скромности, и др.), без желания понять и учесть особенности личности собеседника. Врач применяет набор стандартных фраз, выражений лица, жестов, которые дают ему возможность скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику. Такой вид общения в процессе взаимодействия свидетельствует о

незаинтересованности врача или пациента в результатах консультирования и наблюдается на амбулаторном приеме при отсутствии условий для всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения о состоянии пациента. Все чаще взаимодействие врача и больного превращается в контакт «масок». Подобная тенденция особенно заметна среди молодых участковых врачей, которые недостаток навыков в диагностике подменяют назначением больному массы параклинических методов обследования.

2. Примитивное общение, при котором врач оценивает пациента, как нужный или мешающий объект, если нужен - то активно контактирует, если мешает - отталкивает. К сожалению, некоторые участковые врачи в группу «ненужных» пациентов определяют большинство своих больных, особенно пожилого возраста.

3. Формально- ролевое общение, которому свойственно определение содержания и средства взаимоотношений именно социальной ролью больного. Выбор участковым врачом подобного вида общения может быть обусловлен перегрузкой амбулаторного приема.

4. Деловое общение предполагает учет особенностей личности, характера, возраста, настроения собеседника при настрое врача на интересы дела, а не на возможные личностные разногласия. Отрицательная сторона данного типа общения участкового врача с пациентом - врач предпочитает директивно принимать все решения без согласования с пациентом.

5. Духовное межличностное общение подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, но его использование в практике участкового врача возможно с ограниченным кругом больных - с высоким уровнем межличностного взаимопонимания.

Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между врачом и больным является владение врачом коммуникативными навыками. Необходимая участковому врачу коммуникативная компетентность предполагает наличие у него определенных навыков:

- устанавливать контакт;
- понимать невербальные проявления у пациента в ходе взаимодействия с ним;
- слушать;
- задавать вопросы определенного типа;
- сохранять спокойствие и уверенность;
- контролировать свои реакции.

Но, даже обладая теоретическими знаниями и практическими умениями в области деонтологии и коммуникации, участковый врач вследствие различных причин не всегда использует их в своей деятельности.

Так процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента. Умение врача выслушать пациента необходимо не только для формирования контакта между ними, но

и для диагностики заболевания. Сбор жалоб и анамнеза - управляемый разговор, предназначенный для получения информации, в том числе и о душевном состоянии, психических травмах, которые могут играть большую роль в развитии болезни. Особое внимание следует обратить на больных старших возрастных групп. Узаконенные 12-15 минут, определенные для амбулаторного приема одного пациента, ограничивают возможность врача эффективно консультировать больного, устанавливать контакт, психологическую атмосферу доверительности и откровенности. Следует учитывать, что большая часть пациентов на амбулаторном приеме – пожилые лица, которым, несомненно, следует уделять больше времени для беседы. Так называемая катарсическая беседа, более предпочтительна при приеме пожилого больного, предполагает предоставление ему возможности выговориться. Тем не менее, при определении временных критериев амбулаторного приема участкового врача возрастной ценз не учитывается. К тому же происходит потеря времени, отводимого для непосредственного общения врача с пациентом, на рутинное заполнение справок и иных документов, разнообразных видов отчетности, частой выдачи одинаковых рецептов хроническому больному.

Медицина постоянно развивается и видоизменяется. Это в полной мере касается и диагностического процесса, осуществляемого в амбулаторных условиях. Процесс постановки диагноза, особенно – на амбулаторном приеме, затруднен из-за не понимания врачом сочетаний биологических, психологических и социальных характеристик пациента, временных ограничений, недостатка необходимой диагностической информации. Модернизация диагностических технологий, несомненно, позволяет врачу более эффективно осуществлять распознавание многих заболеваний.

Тем не менее, потребность в клиническом мышлении возникает всегда, когда появляется медицинская проблема и необходимость создания новых способов ее решения. Психологические проблемы в деятельности участкового врача могут быть связаны как с диагностикой заболевания, так и с лечением пациента. Диагностическое суждение врача, логическое моделирование познавательного процесса на начальном этапе, несомненно, строится на основе чувственных восприятий. При этом аргументация умозаключений должна базироваться на объективных фактах.

Разрешение клинической ситуации практически всегда связано с определенными препятствиями, затруднениями и поэтому применение только готовых стереотипных медицинских знаний без психологической составляющей не приводит к положительному конечному результату - постановке правильного диагноза. Даже при, казалось бы, легко решаемых задачах только вначале возможно использование стандартных отработанных приемов диагностики. К сожалению, зачастую имеющихся у участкового врача знаний бывает недостаточно для понимания сложности поставленной перед ним задачи.

Построение диагностической концепции на различных этапах контакта с пациентом имеет свои особенности.

Роль методов познания в диагностическом процессе (В.А.Смирнов)

Уровни	Непосредственно-Чувственное восприятие	Аналогия	индукция	дедукция	гипотеза
симптоматологический	+++ (++)	++(+++)	++	+	+
синдромологический	+	++	+++	++(+++)	+(++)
нозологический	+	+	++(+)	+++	+++
клинический	+	+	+++	+	+

Как следует из представленной таблицы, в процессе диагностического познания происходит переход от чувственно – конкретного представления к абстрактно - логическому (интуиции, аналогии, дедукции и гипотезы) и мыслительно-конкретному. Для эффективной группировки признаков врачу необходимо определить в наборе симптомов единство общепатологического процесса. Лишь раскрыв систему связей и отношений, в которых находятся установленные признаки, можно выявить их новые свойства.

Во многих клинических ситуациях постановка диагноза возможна только при сочетании элементов рационального и интуитивного мышления. Общие существенные признаки определяются и выделяются только в процессе углубленного анализа и синтеза полученных данных. Так, например, попытки «прочтения тайны лица» не должна утратить своей актуальности в диагностическом процессе и в наше время, ведь известно, что лицо (facies) происходит от латинского «fate» – «говорить». Врач должен не только смотреть на пациента, но и видеть то, что с ним происходит. Ведь изменения в организме человека разнообразных физических и психических процессов взаимно переплетаются, взаимообуславливаются и проецируются на «экране» лица. «Диагностический» взгляд на лицо пациента зачастую помогает врачу не только заподозрить, но и подтвердить наличие того или иного заболевания, ведь душевные и физические недостатки индивидуума, в конечном счете, изменяют и его внешность. Внимательное многогранное изучение нарушения архитектоники и выражения лица помогает с большой степенью достоверности определить внешнюю картину болезни как отражение тех патологических изменений, которые наступили в организме человека. Современные представления о сущности концепции болезни включают биологические нарушения (соматические симптомы и синдромы), социальные (функционирование пациента в социуме) и психологические

нарушения. Воздействие соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным: соматогенным и психогенным компонентом, обусловленным психологической реакцией пациента на заболевание и его возможные последствия. Нарушение, изначально возникающее в соматической сфере, приводят к психопатологическим реакциям, которые, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений", способствуя к развитию «замкнутого круга». Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, иногда необходимость в смене профессии из-за заболевания, инвалидность, дезадаптация в социальном окружении значимо влияют на личность больного. Длительные аффективные состояния часто изменяют течение физиологических процессов, перестраивая организм на иной уровень функционирования, связанный с напряжением механизмов адаптации, что может привести к формированию вторичной соматической декомпенсации.

Динамику патологических изменений необходимо изучать и анализировать на всех стадиях заболевания: в начальной, на высоте развития патологии, в исходном состоянии. При этом ранжирование по степени важности различных диагностических технологий (физикальных и психологических) зачастую меняет местами их основные и второстепенные атрибуты, всегда эффективно дополняя друг друга. Следует помнить, что выявленные изменения необходимо учитывать только в общем контексте патологического процесса. Врач должен обладать искусством познания клиники заболевания посредством всестороннего видения человека, его физического, психического и социального статуса.

Для эффективного применения в практической деятельности коммуникативных навыков врачу, несомненно, нужно ориентироваться в типологии человеческого лица. Существует множество школ, изучающих лица в контексте жизнедеятельности человека.

Классификация основных типов лиц (Французская школа физиономистов):

1. Тип Марс, лицо которого отличается широкими скулами, выпуклыми бровными дугами, прямым носом, выраженной нижней челюстью, четырехугольным подбородком. Для людей данного типа характерен оптимизм, энергичность, высокомерие, высокое чувство долга.

2. Тип Меркурий, лицо которого овальное с высоким лбом, большими глазами, прямым носом, тонкими губами, узким подбородком. Люди этого типа отличаются необходимостью быстрой смены деятельности.

3. Тип Солнце – овальное лицо, светлые волосы, выпуклый лоб, заостренный нос. Люди подобного типа обладают внутренней силой.

4. Тип Венера – овальное лицо, густые волосы, тонкий нос, пухлые губы. Люди данного знака обладают повышенной интуицией.

Знание типологии лица необходимо для построения эффективного контакта с пациентом и выбора стиля общения с ним.

После подтверждения предполагаемой патологии формулируется клинический диагноз с отражением индивидуальных особенностей больного и специфики течения патологического процесса.

Весь диагностический процесс невозможен без соблюдения законов формальной логики:

- закон тождества,
- закон противоречия,
- закон исключенного третьего,
- закон достоверного основания.

В процессе диагностического поиска следует учитывать, что есть болезнь как реальность и есть представление пациента о заболевании - внутренняя картина болезни, действующая система, составляющие которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют между собой. Важно выяснить субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, влиянию на его жизнь, систему отношений, «внутреннюю картину болезни», а также его ожидания от лечения. При анализе врачом структуры внутренней картины болезни необходимо не только выделять её отдельные звенья, такие как знание болезни, её осознание пациентом, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью, но и рассматривать их во взаимовлиянии.

Выделяют четыре уровня внутренней картины болезни:

- а) чувственный - ощущения, связанные с органическим поражением и функциональными изменениями органов и систем организма;
- б) эмоциональный (аффективный) - эмоции, возникающих в связи с болезнью;
- в) интеллектуальный (когнитивный) - знание о болезни и ее реальная оценка;
- г) мотивационный (поведенческий) - изменение образа жизни, содействующее выздоровлению.

Внутренней картине болезни свойственна определенная динамика с изменением соотношения её составляющих на разных стадиях заболевания.

При этом психогенная составляющая может вызывать физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

- а) в сердечно-сосудистой системе – тахикардию, колебания артериального давления;
- б) в системе дыхания – замедление или учащение;
- в) в пищеварительной системе – тошноту, рвоту, диарею, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
- г) в сексуальной сфере – усиленную эрекцию, слабость эрекции;
- д) в мышцах – реакции непроизвольного характера (мышечное напряжение, дрожание);
- е) в вегетативной системе – гипергидроз, гиперемиию.



Каждый пациент не однозначно реагирует на возникновение заболевания. Типы отношения к болезни без значимого нарушения адаптации (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

а) Гармоничный тип, для которого характерна адекватная оценка своего состояния без преувеличения и недооценки тяжести заболевания. Больной адекватно реагирует на изменившуюся ситуацию и адаптируется к ней, сохранять эмоциональное равновесие. Пациенты стремятся к эффективному контакту с врачом в содействии успеху лечения, они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия.

б) Эргопатический тип, характеризующийся "уходом от болезни в работу".

Больные уделяют много времени работе, отказываются от листка нетрудоспособности, даже при признаках потери трудоспособности.

в) Анозогностический тип, при котором больной «гонит от себя» мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицает наличие у него даже явных проявлений заболевания. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. В случае анозогнозии пациент неосознанно стремится игнорировать симптомы болезни, утверждает, что он здоров и не нуждается в медицинской помощи, отказывается от рекомендуемого врачом обследования и лечения. Врач должен учитывать, что, даже проявляя внешне полное безразличие к исходу болезни, пациент все-таки ожидает услышать слова надежды и веры в лучшее.

Типы отношения к болезни с развитием психической дезадаптации. (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).

а) Тревожный тип, характеризующийся повышенным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения и исхода болезни, неэффективности и опасности назначенной терапии. Больные постоянно ищут новые способы лечения, у них проявляется повышенный интерес к информации о болезни, результатам исследования, заключениям консультантов. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии и, несомненно, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре с врачом

б) Ипохондрический тип, для которого характерно сосредоточение на субъективных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них, гиперболизация имеющихся и поиск несуществующих болезней, страданий. У таких пациентов чаще возникают соматогенно обусловленные психические нарушения, а в их жалобах много невротоподобных, таких как слабость, вялость, быстрая утомляемость, головная боль, нарушение режима сна, страх за исходы болезни, чрезмерная потливость, сердцебиение. Подобная невротоподобная симптоматика может маскировать клинику имеющегося у больного основного заболевания, что заставляет пациентов обращаться к специалистам различного профиля. У некоторых больных могут наблюдаться различные аффективные нарушения в виде периодически

возникающей тревоги и тоски. Врач должен проанализировать жалобы больного, отыскать причины тревог и переживаний, использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении.

Больным ипохондрического типа свойственно сочетание желаниа лечиться и преувеличение побочного действия лекарств, неверия в эффективность назначенной терапии. Во взаимоотношении с такими больными важно предоставление возможности выбора, но одновременно твердое проведение своей линии овладения ситуацией. В случае постоянного недовольства больного лечебным процессом, целесообразно признать, что лечение не достаточно эффективно, не разделяя его пессимизма и увеличить усилия для установления хороших отношений. Нужно уметь объяснять больному возможные причины неэффективности проводимой терапии или совместно выяснить факторы, оказывающие отрицательное влияние на течение болезни.

Фразу "жить вместе с болезнью" легко декларировать, но тяжело выполнять.

в) Неврастенический тип, при котором часто возникают вспышки раздражения, особенно при не достаточно быстрой эффективности лечения, неблагоприятных результатах проводимого обследования. После конфликтной ситуации у больного возникает чувство раскаяния за несдержанность. Предупреждение конфликтов, связанных с неэффективностью лечения, требует особого внимания врача к установлению взаимодействия с больными, независимо от типа личности. Врач обязан быть внимательным, сдержанным и благожелательным. Рекомендуемая манера поведения врача - настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью.

г) Меланхолический тип, которому свойственен пессимизм, удрученность болезнью, неверие в возможность улучшения состояния, в выздоровление, в эффективность лечебного процесса. Поддержка – важная составляющая возможности установления эффективных взаимоотношений врача и больного. В контексте рассматривания особенностей данных взаимоотношений поддержка означает несогласие врача взять на себя всю ответственность за состояние здоровья больного, а активное привлечение его к участию в диагностическом и лечебном процессе. Больному нужно разъяснить, что врач не обязан выполнять каждое его требование.

д) Эйфорический тип, при котором у больного необоснованно повышенное настроение, иногда наигранное, неадекватно легкомысленное отношение к болезни и лечению. К пассивному поведению больного относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Больные не выполняют назначения врача, нарушают режим.

е) Апатический тип, для которого характерно безразличие к наличию и исходу болезни, к результатам лечения. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Это сопровождается

отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными. Доверительные отношения между врачом и таким больным вызывают эффект плацебо, мобилизуя скрытые резервы оздоровления. Больному необходимо объяснить, что право следовать врачебным советам или не следовать им остается всегда за ним. Полезно привлекать пациента к выработке плана лечения, достаточно подробно информируя его о сущности всех планируемых мероприятий.

ж) Обсессивно-фобическому типу свойственны возникающие у больного опасения не реальных, а воображаемых исходов болезни, последствий лечения, а также маловероятных, утрированных влияний болезни на работу и семейное благополучие. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

з) Сенситивный тип характеризуется чрезмерными опасениями возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о болезни.

и) Эгоцентрический тип характеризуется желанием больного привлечь внимание окружающих к своим страданиям и переживаниям. Врач должен проявлять постоянную настороженность в отношении таких ситуаций, иначе его доверием будут злоупотреблять, и это не принесет пользы его больным.

к) Паранойяльному типу присуща основная черта – уверенность пациента, что болезнь развивается в результате чьего-то злого умысла, приписывание даже побочного действия лекарственных препаратов халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Больные постоянно обвиняют врачей и требуют для них сурового наказания, находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Часто возникает проблема мотивации пациентов к участию в лечебных и профилактических мероприятиях. Следует демонстрировать уважение к каждому больному уже тем, что необходимо обращаться к нему по имени и отчеству. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, правилах приема лекарств, возможных побочных действиях медикаментов.

л) Дисфорический тип реагирования на болезнь вызывает у больного тоскливо-озлобленное настроение. Пациенты демонстрируют реакции агрессии к окружающим и врачу, требуют побыстрее направить их к «специалисту» или госпитализировать. Следует учитывать, что лучшая защита в случае обвинений – безусловно оформленная документация, письменное согласие больного на выполнение всех врачебных рекомендаций, авторитетная уверенная позиция врача.

Зачастую определить больного, изначально отрицательно настроенного к врачам и медицине в целом, не трудно, намного сложнее наладить с таким пациентом контакт. Отсутствие комплайенса выражается в

выборе больным собственного способа лечения, часто неадекватного, отказа от назначенных процедур, неверия в пользу от их проведения.

## **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОСФОГЛИВА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА**

*Кобцева О.В., Силина Л.В., Филиппенко Н.Г., Письменная Е.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Розацеа относится к заболеваниям лиц среднего возрастного периода – периода максимальной социальной и физической активности. Первые признаки розацеа могут отмечаться в возрасте от 25 до 35 лет и достигать яркой клинической выраженности к 40 – 55 годам жизни. По данным разных авторов считается, что чаще розацеа страдают женщины, что может отчасти объясняться более пристальным вниманием женщин к своей внешности, ранней их обращаемостью к специалисту-дерматологу, причем на разных стадиях заболевания [4]. Мужчины же, как правило, обращаются к врачу на поздних стадиях развития болезни, с выраженной клинической симптоматикой, трудно поддающейся терапии – с пустулезно-кистозной формой, ринофимой, солидным отеком лица и т.д.

Этот патологический процесс характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, часто принимает персистирующий, устойчивый к проводимой терапии характер. При розацеа, в отличие от многих других кожных заболеваний, поражается кожа лица. Лицо является одним из главных и основных звеньев межличностной и социальной коммуникации. Именно поэтому данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и их отношением к окружающей жизни, больные находятся в состоянии хронического стресса и социальной дезадаптации, а также имеют различные психовегетативные нарушения, наличие косметического дефекта на коже лица поддерживает психотравмирующую ситуацию и вызывает целый ряд проблем, которые максимально утяжеляют межличностные и психо-социальные отношения, способствуют снижению качества жизни у больных розацеа [2,4,5]. Примечательно, что лицам, страдающим розацеа, приписываются даже общие поведенческие реакции. К примеру, Klaber и Wittkower так характеризовали наблюдавшихся ими пациентов: «... тихие и скрытные, неброско одевающиеся люди, избегающие общего внимания при каждом удобном случае». Хотелось бы отметить, что число способов лечения розацеа, описанных в литературе, по своему числу уступает, пожалуй, только псориазу.

В настоящее время известно, что Устав Всемирной организации здравоохранения характеризует здоровье человека как состояние полного физического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому положительный результат от

проведения терапии возможен не только за счет улучшения или полного восстановления физического статуса индивидуума, но и с учетом его воздействия на психо-социальное состояние. Качество жизни - это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего социального общества, где личность находится. Это комплексное понятие, обобщающее в себе экономические, психосоциальные и медицинские аспекты. В медицинской практике однозначно признается негативное влияние именно кожной патологии на качество жизни человека. Большое количество исследований качества жизни в группах больных папулезными и зудящими дерматозами с хроническим, часто рецидивирующим течением выявили серьезные проблемные трансформации, включающие в себя такие параметры, как-то: изменение эмоциональной реактивности и социальную изоляцию, нарушение аппетита, сна, работоспособности, проблемы общения личности как в рабочем коллективе, так и в семье. Эти изменения связаны как с самим заболеванием и его патологическим влиянием, так и с различными видами проводимого лечения.

Целью нашего исследования явилась оценка качества жизни пациентов, страдающих розацеа второй степени – с наличием папулезных и пустулезных элементов, персистирующей эритемы, инфильтрации, многочисленных телеангиоэктазий и изменение оценки под действием различных видов терапии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Дизайн исследования предполагал участие 110 человек обоего пола, страдающих розацеа в возрасте от 25 до 60 лет. Из них 60 человек (1 группа) принимали традиционную терапию, а 50 респондентов (2 группа) – комплексную терапию, группой сравнения явилось 40 человек того же возраста без сопутствующих соматических заболеваний (доноры). Деление на группы проводилось нами по принципу принимаемой схемы терапии. Традиционная терапия предполагала назначение противопротозойного препарата орнидазол 1гр 2 раза в сутки 10 дней, доксициклина (при пустулезной форме после выделения и идентификации микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам) 0,1гр 2 раза в сутки в течение 14 суток, бифиформа, аевита, витаминов группы В, кларитина. Наружно пациенты использовали метрагил-гель 1 раза в сутки в течение 3-5 недель, спиртовые растворы с резорцином, серой, салициловой и борной кислотами. Для улучшения ожидаемого результата от проводимой терапии с учетом выявленной гепатобилиарной патологии и заболеваний желудочно-кишечного тракта, подтвержденных лабораторно и инструментально, в группу активного вмешательства нами был включен эссенциальный фосфолипид фосфоглив. Все больные проходили полное клинико-физикальное обследование, которое включало жалобы, анамнезы жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию

результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте.

Трансформация качества жизни предполагает оценку самостоятельную респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. В настоящее время существует большое количество шкал, опросников, анкет и индексов, которые подразделяют на специфические – характеризующие изменения по названным позициям применительно к одному заболеванию / одной нозологической форме болезни и неспецифические – не зависящие от конкретной клинической формы болезни. В практике широко используется индекс ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни) Finley в модификации Н.Г.Кочергина. В настоящем исследовании нами был использован адаптированный специфический опросник – метод анкетирования С.И.Довжанского [3], используемый для оценки качества жизни с учетом особенностей влияния хронического поражения дермы на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и различные другие аспекты жизни больного. Ранее нами этот опросник был успешно использован для оценки качества жизни больных акне [6]. Поэтому нам представилось весьма интересным проведение анализа качества жизни у больных розацеа – папуло-пустулезной формой (II степени) - заболевания, очисти сходного по клинической картине, но совершенно отличающегося по этиопатогенетическим механизмам возникновения, течению болезни, а также применяемой терапии. Кроме того, все пациенты страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (патология была изначально, а также выявлена анамнестически, лабораторно, клинически и инструментально – с использованием современных рентгенологических методов, фиброгастроуденоскопического и ультразвукового исследований, а также методом компьютерной томографии). Взаимосвязь патологии гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта является важнейшим патогенетическим механизмом возникновения и обострений розацеа [1,4].

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались по балльной шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 баллов - максимально благоприятный показатель;
- 5 баллов – соответственно, неблагоприятный показатель.

Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранной нами методике.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты, полученные нами в результате анкетирования больных и здоровых, представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Трансформация показателей качества жизни больных розацеа до проведения курса терапии**

Показатели качества жизни	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=110)	Сдвиг,%
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	4,9	490
Раздражительность (Р)	1,0	4,3	430
Замкнутость (З)	1,0	3,8	380
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	3,7	370
Депрессия (Д)	1,0	2,4	240
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,2	220
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	2,0	200
Нарушение сна (НС)	1,0	2,0	200
<b>Σ, %</b>			<b>2530</b>

Примечание: Σ – знак суммы

Из представленной таблицы видно, что у больных розацеа отмечалось выраженное нарушение качества жизни по сравнению с группой здоровых лиц / группой контроля. В группе больных нами выявлено явное ухудшение их качества жизни. Это демонстрировалось максимальным положительным сдвигом цифрового значения показателей (в %) неуверенности в себе, раздражительности, замкнутости, страха ухудшения здоровья (соответственно в 4,9, 4,3, 3,8 и 3,7 раза). Показатели эти были максимально значимыми для исследуемой группы пациентов. По величине убывания сдвига показатели расположились в такой ряд:

НВС > Р > З > СУЗ > Д > ОИЖО > ТО > НС.

Следует отметить очень высокую величину суммарного сдвига цифровых значений показателей, выраженную в процентах относительно аналогичных показателей здоровых людей - 2530. Этот факт, без сомнения свидетельствует о высокой степени напряженности психоэмоциональной сферы больных розацеа вследствие частого рецидивирования патологического процесса и доминирующего патологического воздействия хроностресса. Розацеа – особое заболевание: наличие постоянно присутствующего косметического дефекта на коже лица крайне нервирует больных, приводя к развитию у них астено-невротического состояния и даже депрессивного. В отличие от показателей, полученных нами при исследовании больных угревой болезнью, в данной работе у пациентов, страдающих розацеа, показатели депрессии и замкнутости явно доминировали.

Далее нами было проведено исследование пациентов по группам – 1 группы, получавших традиционное лечение и 2 группы, лечившихся

комплексно с применением фосфоглива к моменту окончания курса терапии. Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Изменение показателей качества жизни больных розацеа, получавших разные виды терапии**

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=110)	1 группа после лечения (n=60)	Сдвиг, %	2 группа после лечения (n=50)	Сдвиг, %
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	4,9	4,0	-19	3,8	-23
Раздражительность (Р)	1,0	4,3	4,0	-7	3,7	-14
Замкнутость (З)	1,0	3,8	3,0	-22	2,8	-27
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	3,7	3,6	-3	3,2	-14
Депрессия (Д)	1,0	2,4	2,0	-17	1,8	-25
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,2	1,7	-23	1,5	-32
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	2,0	1,9	-5	1,8	-10
Нарушения сна (НС)	1,0	2,0	1,8	-10	1,7	-15
<b>Σ, %</b>				<b>106</b>		<b>160</b>

Из представленной таблицы видно, что у пациентов группы активного вмешательства (группы 2) достоверно значительнее изменяются показатели психо-эмоциональной сферы, а особенно чувство неуверенности в себе, показатель раздражительности, значение состояния замкнутости, страх ухудшения здоровья. Эти факты легко объяснимы: именно психо-эмоциональное состояние пациентов с заболеваниями кожи, локализующимися на лице и способствующими возникновению обезображивающего косметического дефекта в максимальной степени подвержено изменениям, абсолютно совпадающим с изменениями локального статуса. Улучшение состояния дермы приводит к нормализации настроения пациентов, вселяет им чувство уверенности в себе, надежду на позитивный исход заболевания, перспективы удлинения межрецидивного периода и минимизации кожных эфлоресценций в стадию обострения розацеа. Хотелось бы также отметить, что респонденты второй группы, принимающие курс фосфоглива, живее реагировали на изменение своего



состояния, оптимистично смотря в будущее. Кроме того, после проведенного лечения наблюдалось значительное снижение дерматологических индексов (табл. 3), что свидетельствует о высокой степени эффективности лечения с применением фосфоглива.

Таблица 3

**Изменение дерматологических индексов больных розацеа, получавших разные виды терапии**

Показатель	Больные до лечения (n=110)	1 группа после лечения (n=60)	Сдвиг (%)	2 группа после лечения (n=50)	Сдвиг (%)
<b>ДИШС</b>	11,62±0,15	1,96±0,29*	-83,1	1,61±0,30*. <sup>1</sup>	-86,1
<b>ДИКЖ</b>	17,67±1,47	14,4±1,53*		7,58±0,74*. <sup>1</sup>	

Примечание: \* - p<0,05-0,001 в сравнении с показателями до лечения; <sup>1</sup> - p<0,001 в сравнении с показателями больных, получавших стандартное лечение.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателя качества жизни у больных розацеа.

2. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психо-эмоциональные нарушения у больных розацеа, наиболее часто встречаемые в практике.

3. Проведение анализа полученных результатов используемой методики опроса как одного из компонентов многостороннего обследования респондентов, показало, что комплексная методика с применением фосфоглива более эффективна, чем лечение по традиционной схеме.

Следовательно, применение фосфоглива в комплексной терапии розацеа положительно влияет на общее состояние пациентов и местный статус, тем самым нормализуя их психоэмоциональное состояние и улучшая качество их жизни.

**Литература.**

Абрагамович Л.Е., Лаврик А.У. Состояния гастродуоденальной и гепатобилиарной систем у больных розацеа, аллерго и системными дерматозами. Акт.вопр.практ.мед. Тез.докл.науч.практ.конф. (20-21 сент.1990 г.). – Львов. – 1990. – С. 61-62.

Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 160 с.

Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2001. - №3. – С. 12-14.

Потекаев Н.Н. Розацеа. – М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», - «Невский диалект», 2000. – 144с.

Рыжкова Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа. Автореф.дис...докт.мед.наук. – М., 1976.

Шварц Н.Е., Силина Л.В., Лазаренко В.А. Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии // Курский науч.-практ.вестник «Человек и его здоровье». - 2008. - №1. – С. 91-96.

## **ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Ковалёва Р.Ю., Гаранина В.В., Ивашкина Е.А., Ильина И.Е.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Вопросы медицинской этики и деонтологии имеют важное практическое значение. И дело только в том, что развитие и внедрение деонтологических принципов в практику лечебно-профилактических учреждений содействует дальнейшей гуманизации медицины. С позиций системного подхода, который в медицине основывается на признании тесной взаимозависимости различных факторов, влияющих на происхождение, течение и исход болезни, среди которых, согласно современным, данным одно из центральных мест принадлежит психосоциальным факторам, становится все более недопустимым игнорирование или недостаточным учетом роли этих факторов в медицине, в частности в кардиологии.

Личность не остается безучастной и чаще всего остро реагирует на болезнь и ее медицинские, психологические социальные последствия. Наблюдаются не только адекватные, но и патологические реакции. Больной, страдающий тяжелым заболеванием сердца, знает, что оно угрожает потерей трудоспособности, благополучию семьи, представляет серьезную опасность для жизни. Это одна из причин частого возникновения невротических реакций на сердечно-сосудистые заболевания.

В этих условиях особенно важно установить живой контакт, эмоционально теплые человеческие отношения между врачом и больным. Подробный, углубленный расспрос, детальное физикальное обследование всегда вызывают уважение и благодарность врачу за внимательное отношение, невольно внушают доверие. Констатация как бы невзначай выявленных в ходе осмотра положительных признаков (вроде «тоны сердца у вас звучные», «пульс хорошего наполнения», «легкие чистые»), оказывая психотерапевтическое влияние, вселяя в больного оптимизм, желание активно сотрудничать в борьбе с болезнью. Во время осмотра не только врач исследует больного, но и больной в известной мере изучает человеческие и профессиональные качества врача. Иногда один только жест, случайно оброненное слово врача может быть воспринято больным как проявление

незаинтересованного отношения. Если нет доверия к врачу, нет контакта с больным, трудно надеяться, что лечение принесет ожидаемые плоды.

Учитывая, что болезни сердца обычно ассоциируется с угрозой для жизни, можно ожидать, что среди лиц, страдающих сердечной патологией, ятрогении имеют достаточно широкое распространение.

Нередким источником ятрогении служит обход в палате. Констатация вслух отмеченных при осмотре патологических изменений, обсуждения в присутствии больного диагноза заболевания, динамики состояния, тактики ведения нередко приводят к ятрогениям. Во время обхода порой трудно избежать и нарушения другого деонтологического принципа – сохранение врачебной тайны. Не каждого больного радует, что другие пациенты посвящены в детали его заболевания.

Особой тактики требуют лица, страдающие кардиофобией. Хотя на осмотре в большинстве своем не обнаруживаются какие-либо нарушения сердечно-сосудистой системы, врач должен четко осознавать, что обратившиеся за помощью – больные люди, что они требуют внимания подчас даже большего, чем лица, страдающие органическим поражением сердца и сосудов. Грубо нарушают деонтологические принципы те врачи, которые идут на поводу у такого больного, назначая пусть слабодействующие, но «сердечные» средства. Тем самым врач невольно поддерживает и закрепляет у больного убежденность в том, что у него заболевание сердца. Определенные деонтологические проблемы связаны с процессом обучения кардиологов. К сожалению, подчас забывают, что больной – отнюдь не пассивный объект обучения. Нередко в этом коренится причина ятрогении. В присутствии больного сообщают о выявленных у него нарушениях, обсуждают патогенетические механизмы заболевания, а иногда даже высказывают (правда, в слегка завуалированном виде) предположительный неблагоприятный прогноз. Больной – весь внимание, слушает, запоминает, анализирует, делает выводы, ведь речь идет о серьезном заболевании и не у кого-нибудь, а у него самого! Чтобы избежать ятрогении, помимо строгого соблюдения обычных правил «психологической асептики», необходимо проводить психологическую подготовку больного к участию в процессе обучения, в частности отмечать его большую общественную значимость, всячески подчеркивать уважение к больному.

**Цель:** выявление психосоматических расстройств у больных кардиологического профиля и комплексная психосоматическая терапия, направленная на скорейшее их выздоровление.

**Материалы и методы исследования:** Нами было исследовано 100 больных кардиологического отделения КОКБ. Из них 60% составляли женщины, 40% мужчины. Возраст больных от 38 до 74 лет. Средняя продолжительность кардиологического заболевания 8,7 лет.

Консультация психотерапевта помогла утвердить предполагаемый диагноз, связанный с нарушением психосоматического статуса у больных кардиологического профиля.

Из сопутствующих заболеваний у больных встречались язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический панкреатит, ЖКБ, хронический обструктивный бронхит.

**Полученные результаты:** Расстройства тревожного спектра встречались у 51% пациентов, в том числе при стабильной стенокардии – 20%, а при остром инфаркте миокарда – 30%, артериальная гипертензия сопровождалась тревожными расстройствами в 80% случаев.

Органические неврозы: НЦД по кардиальному или церебральному типу встречались у 6% пациентов. Нозогении (психогенные реакции на соматический диагноз) наблюдались у 15% больных. Невротический вариант кардиофобии выявился у 5% пациентов. Психогенные аритмии – у 3% исследуемых. Психогенная стенокардия у 1% больных.

В связи с этим больным в качестве лечения проводилась психолингвистическая коррекция. Использовались прямые и косвенные методы экспериментального исследования, и оригинальные (метод "семантического дифференциала" Ч. Осгуда, метод "семантического интеграла" В.И.Батова и Ю.А.Сорокина, метод "интент анализа" Т.Н.Ушаковой и др.). Так же применялись различные методики ассоциативного эксперимента. Наряду с экспериментальными использовалось наблюдение.

Применялись психотропные препараты: мепротан (малый транквилизатор), проявляющий большой тропизм к невротическим синдромам, протекающим с повышенной возбудимостью, т.к в его действии преобладает седативный компонент, так же использовался феназепам; триоксазин и диазепам (из этой же группы) применялись при угнетенных состояниях. Использовался антидепрессант - амитриптилин. Так же назначались ноотропные препараты: пирацетам, пиритинол.

При назначении седативных и психотропных средств использовались следующие принципы.

1. Клиническое обоснование того или иного препарата с учетом общего статуса больного, характера соматического заболевания, особенностей и степени выраженности невротических и психических реакций, индивидуальной переносимости.

2. Комплексность, т. е. рациональное сочетание сомато- и психофармакотерапии, психотерапии с учетом социально-трудовых факторов.

3. Выбор оптимальной дозы, зависящей от функционального состояния организма, типа высшей нервной деятельности, характера побочных влияний и фазности действия препарата. Назначать препараты следует с минимальных доз и постепенно повышать их до терапевтических.

4. Сочетать применение седативных и различных психотропных средств (атарактиков, нейролептиков, антидепрессантов), что способствует наступлению более выраженного терапевтического эффекта.

5. В связи с повышением у лиц пожилого возраста чувствительности ко всем психофармакологическим средствам, в особенности к психотропным, назначать их следует в меньших дозах, чем для молодых людей.

**Выводы:** Тщательный подход к изучению психосоматического статуса больного позволяет дифференцировать органические и функциональные расстройства на фоне лабильности нервной системы и выбрать правильный подход к лечению больного.

## **ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

*Конищева Е.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современных условиях врачебная деятельность проявляется в очень многих аспектах. Наряду с качественным выполнением привычных врачебных обязанностей современный доктор практически любой направленности в своей профессиональной деятельности сталкивается с необходимостью обучения пациента. Процесс обучения проявляется в предоставлении информации о заболевании, разъяснении особенностей протекания данного заболевания у конкретного пациента, раскрытии правил самоухода и др. Педагогические аспекты взаимодействия доктора и пациента в обозначенном направлении изучает медицинская педагогика. По мнению Г.А. Сулкарнаевой медицинская педагогика раскрывает механизмы выздоровления с применением арсенала психолого-педагогических средств. Не смотря на глубоко изученные механизмы протекания большинства заболеваний, проявление и протекание заболевания у конкретного пациента может существенно отличаться.

Т.П. Обуховец указывает на наличие определенных позиций пациента в педагогической ситуации, в ситуации обучения. Во – первых, это пассивное восприятие и освоение полученной извне информации. В основе обучения лежит предоставление готовой информации с использованием методов разъяснения, показа, сообщения, предъявления определенных требований и др. Во - вторых, это активный самостоятельный поиск и использование информации. В данном случае пациент – активный субъект, действующий под влиянием собственных интересов и целей. При целенаправленном и грамотном взаимодействии с различными источниками информации - это процесс естественного научения. И наконец, направленный поиск и использование информации. В данном случае внешние источники поведения организуются таким образом, что формируют необходимые интересы пациента. На основе этих интересов пациент осуществляет активный отбор и использование определенной информации.

Очевидно, что с пациентами, демонстрирующими обозначенные выше позиции, практикующий доктор сталкивается постоянно. В зависимости от

них доктор определяет тактику общения с пациентом. Причем, происходит это, чаще всего, в условиях ограниченного времени, отведенного на общение с пациентом. Если пациент демонстрирует первый или второй способ восприятия и использования информации, то доктору необходимо воспользоваться такими приемами и методами как требование (четкое и однозначное), ориентация на определенные источники информации, рекомендации по критическому осмыслению информации и др. Результатом взаимодействия, с точки зрения восприятия и освоения информации, должен стать направленный поиск.

Затрагивая другой важный педагогический аспект сопровождения лечебного процесса, хотелось бы остановиться на реализации принципов обучения, научения. Нам представляется, что ведущими во взаимодействии являются принципы индивидуализации, научности и доступности. Необходимо разъяснять пациенту особенности протекания конкретного заболевания (заболеваний), применительно к его организму, во взаимосвязи с его образом жизни и т.д. В современных условиях неконтролируемого потока информации без вреда для пациента это может сделать только квалифицированный доктор, работающий с конкретным человеком.

В заключении хотелось бы отметить, что обозначенные выше способы, приемы и методы являются, безусловно, вспомогательными в деятельности врача. Однако, они выполняют вполне определенную задачу: позволяют пациенту оказывать осознанную помощь доктору в своем выздоровлении.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА С ПОЗИЦИИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ПРОСТРАНСТВЕННОГО ОБЩЕНИЯ**

*Корнеева С.И., Левашова О.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Среди современных проблем педагогики, требующих первостепенного внимания, вопросы развития познавательной активности, творческих способностей студентов является проблемой сложной и многоаспектной. Наблюдения показывают, что многие студенты учатся далеко не в полную меру своих возможностей. Объясняется это частично тем, что преподаватели не всегда применяют формы и методы обучения, способствующие повышению активной познавательной работы студентов. Особое значение в решении проблемы активизации учебной деятельности студентов приобретает дальнейшее совершенствование форм и методов организации учебного процесса в направлении активизации познавательной деятельности студентов. Полноценная реализация целей учебного занятия без организации определенной структуры отношений между участниками процесса обучения, без специального планирования этих отношений затруднена, а порой и невозможна. Под формой организации познавательной деятельности (ФОПД)

следует понимать «...целенаправленно формируемый характер общения в процессе взаимодействия преподавателя и учащихся, отличающихся спецификой распределения учебно-познавательных функций, последовательностью и выбором звеньев учебной работы и режимом - временным и пространственным».

Однако психолого-педагогическая теория и практика показывают, что далеко не всякое воздействие может оказывать позитивное влияние. Основные проблемы обучения и воспитания в современных условиях как раз и связаны с недостаточной выраженностью или отсутствием у педагогов знаний и навыков эффективной организации процессов межличностного взаимодействия, общения, умений правильной инструментовки психологических воздействий в соответствии с индивидуальными характеристиками другой личности, а также навыков личного соучастия в этом процессе. Процесс межличностного общения представляет собой психологическое пространство информационного, эмоционального обмена, в ходе которого каждый субъект общения получает не только определенную информацию, но и жизненный опыт взаимодействия. Однако давно отмечается тот факт, что на эффективность общения могут оказывать влияние множество факторов как психологического, так и непсихологического плана.

Одним из возможных механизмов оптимизации учебного процесса является соблюдение принципов пространственного планирования помещений для практических занятий со студентами с позиций особенностей межличностных дистанций. Пространственные условия организации познавательной деятельности включают две составляющие – индивидуальное учебное пространство для каждого обучаемого и общее педагогическое пространство, ограниченное размерами помещения, где осуществляется познавательная деятельность.

Пространство между людьми несет в себе смысловые, психологические значения, поэтому антрополог Эдвард Холл (1966), вероятно, наиболее авторитетный специалист в области исследований межличностной дистанции, дал ей название "психологии пространства".

При анализе структур индивидуального пространства обучаемого следует учитывать чувство психологического комфорта/дискомфорта, которое возникает при соблюдении/нарушении границ психологического межличностного пространства. Под межличностным пространством понимается расположение человека относительно других людей на психологически комфортных дистанциях взаимодействия с ними. В межличностном пространстве выделяют четыре типа дистанции.

1. Интимная дистанция (до 45 см) – это пространство для «своих», близких и хорошо знакомых людей, с которыми человека связывают положительные эмоциональные и социальные отношения. Если источник информации пользуется симпатией и доверием со стороны обучаемого, то обмен информацией в рамках этой дистанции будет наиболее эффективным

как по скорости, так и по качеству восприятия. Если же источник информации вызывает негативные эмоции со стороны обучаемого, то восприятие информации блокируется, обмена информацией практически не происходит. В педагогическом взаимодействии преподавателя с обучаемыми лучше избегать нарушения границ этой дистанции.

2. Персональная дистанция (до 120 см) – это дистанция, на которой общаются и взаимодействуют знакомые друг другу люди. Чем выше степень психологического принятия одного человека другим, тем меньшее пространство их разделяет, так как каждый из них склонен сократить дистанцию в ходе взаимодействия. Если же людей связывают отношения взаимного или одностороннего психологического отторжения, то будет заметно их стремление увеличить дистанцию. В этом случае нарушение дистанции одним из партнеров приведет к реакции уклонения от общения, что не будет способствовать эффективному обмену информацией. Психологические исследования показывают, что, если у преподавателя имеется негативный настрой по отношению к обучаемому, то он неосознанно ужесточает тон общения, сворачивает содержание передаваемой информации и предъявляет более жесткие требования к качеству познавательной деятельности обучаемого. Если же обучаемый негативно относится к преподавателю, то у него возникают внутренние психологические барьеры в восприятии получаемой информации, процесс усвоения замедляется, наблюдаются потери информации и отвлечение внимания. Педагогическое взаимодействие в рамках этой дистанции следует осуществлять, соблюдая ее верхнюю границу. Особенно важно это учитывать преподавателю, у которого пока не сложились устойчиво-позитивные отношения с обучаемыми.

3. Социальная дистанция (от 120 до 400 см) – эта дистанция характеризует разницу в ролевых позициях взаимодействующих людей, придает общению формализованный характер. Она наиболее удобна в ситуации одностороннего общения, при передаче информации, носящей формальный характер и предполагающий подчинение или исполнение предписанных действий. С точки зрения педагогической целесообразности эту дистанцию следует использовать в ситуации организационно-дисциплинарных взаимодействий с обучаемыми. Соблюдение этой дистанции преподавателем исключает в восприятии обучающихся его личное отношение к ним, акцентирует их внимание не на личности преподавателя, а на информации. Таким образом снижается проявление возможного психологического неприятия, и если не облегчает, то во всяком случае не затрудняет восприятия информации.

4. Публичная дистанция (от 400 до 750 см) – эта дистанция позволяет контролировать основные действия другого человека, не вступая с ним в непосредственное взаимодействие. Такая дистанция дает возможность участникам взаимодействия проявлять самостоятельность, определенную независимость, предупреждая возможные реакции партнера или уклоняясь от них. С педагогической точки зрения эта дистанция позволяет преподавателю



контролировать деятельность обучаемых, непосредственно не вмешиваясь в нее. По мере необходимости преподаватель может сокращать дистанцию и воздействовать на отдельных обучаемых. Психологические исследования показывают, что эта дистанция нередко воспринимается обучаемыми как дистанция отчуждения со стороны преподавателя и придает педагогическому взаимодействию обезличенный характер. Преподавателю следует предусмотреть возможности и создать условия для обучаемых инициативно сокращать эту дистанцию для поддержания межличностного характера общения или взаимодействия.

У некоторых людей "чувство дистанции" может быть нарушено. Следует иметь в виду, что для выходцев из стран с высокой плотностью населения (Латинской Америки, Средиземноморья, Индии) характерно сокращение межперсонального пространства. Этот факт необходимо учитывать при работе с иностранными студентами.

Межличностная дистанция может сообщать не только о степени близости между людьми или о типе социального взаимодействия. Она служит также индикатором социального статуса общающихся людей. Люди, равные по статусу, как правило, стоят ближе друг другу, чем люди с различным социальным статусом. Чем значительнее различие людей, тем большая межличностная зона устанавливается между ними. Причем если низкостатусный индивид обычно всегда "соблюдает дистанцию", то высокостатусный может позволить себе самостоятельно определять межличностное пространство во взаимоотношениях с низкостатусным. В целом же, люди с нормальным чувством дистанции обычно удобно чувствуют себя в тех случаях, когда находятся на таком расстоянии друг от друга, которое соответствует их представлениям как о степени близости и знакомства между ними, так и о существующем в данный момент типе социальных отношений - словом, их представлениям о социальных нормах.

Нарушение межличностного пространства - двустороннее осложнение общения и отношений, которое может приводить к формированию коммуникативного барьера и снижению эффективности учебного процесса.

В рамках настоящего исследования нами был проведен анализ соответствия планирования учебных комнат для практических занятий на кафедре клинической фармакологии КГМУ.

Во всех учебных помещениях стол преподавателя отделен от студентов. При этом минимальное расстояние между преподавателем и студентами составляет 1,2м – 1,5м, максимально удаленное - от 2,5м до 3м. Эти значения соответствуют социальной дистанции, что наиболее удобно для одностороннего общения и в большей степени предусматривает авторитарный стиль педагогического руководства. Однако данная дистанция не затрудняет передачу информации, но позволяет исключить личное неприятие преподавателя и студента. Наиболее эффективно использование такого пространственного расположения в начале цикла занятий, при знакомстве со студентами, во время теоретического обсуждения темы.

Организация учебного процесса на данной кафедре включает в себя различные виды деятельности студентов (обсуждение темы занятия, тестирование, курация больных, клинический разбор), что требует подчас изменения пространственной диспозиции. В частности для работы с конкретным пациентом, решения ситуационных задач возникает необходимость в уменьшении дистанции между преподавателем и студентами. В данном случае сокращение пространства способствует объединению мыслительных усилий для выполнения общего задания, позволяет студентам почувствовать значимость их мнений и суждений. Разумное уменьшение различий в социальном статусе через пространственное изменение расположения студентов и преподавателя активизирует мыслительный процесс, убирает излишнюю скованность при обсуждении клинических случаев.

В учебных комнатах анализируемой кафедры каждый преподаватель имеет возможность изменять свое место, объединяясь со студентами за одним столом. Кроме пространственного единения в данном случае также возникает возможность предметного соучастия (общий стол). По опыту проведения таких занятий следует отметить значительное увеличение продуктивности образовательного процесса. Студенты весьма позитивно реагируют на возможность более тесного пространственного контакта с преподавателем. Однако использование данной методики осуществимо только при условии установления доброжелательных отношений. На первых занятиях уменьшение межличностного пространства способно вызвать неосознанную агрессивную реакцию и, наоборот, снизить продуктивность образовательного процесса.

Возможность пространственного варьирования при организации практического занятия позволяет находить индивидуальный подход к студентам, устанавливая такие взаимоотношения, которые делают учебный процесс более комфортным с психологической точки зрения и продуктивным.

Гуманизация системы образования, характеризующая современный этап ее развития, предъявляет высокие требования к общей и профессиональной подготовке педагогических кадров, к проявлению их творческой индивидуальности. На сегодняшний день продуктивно организованный процесс педагогического общения призван обеспечить в педагогической деятельности реальный психологический контакт, который должен возникнуть между преподавателем и студентом. Превратить их в субъектов общения, помочь преодолеть разнообразные психологические барьеры, возникающие в процессе взаимодействия, перевести обучаемых из привычной для них позиции ведомых на позицию сотрудничества и превратить их в субъектов педагогического творчества.

Список литературы:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М: Аспект Пресс, 2002.

2. Баева И.А. Обеспечение психологической безопасности в образовании: Практическое руководство. СПб., 2006.
3. Бодалев А.А. Психология общения. МОДЭК, Воронеж, 2002.
4. Вагин И. Г. «Уроки психологической защиты», С-П.: Питер, 2001.
5. Козлов Н. М. «Психология взаимоотношений», М.: АСТ-пресс, 2001.
6. Пиз А. «Язык взаимоотношений», М.: Эксимо-пресс, 2001.
7. Психология личности и ее бытия: теория, исследования, практика /Под ред. З.И. Рябикиной, А.Н. Кимберга, С.Д. Некрасова. – Краснодар: КубГУ, 2005.
8. Радугина А.А. Психология и педагогика. М., 2000.
9. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в оттогенезе. М., 2000.
10. сайт [www.psychology.tpi.ac.ru](http://www.psychology.tpi.ac.ru)

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ**

*Кривошапов Д.Н.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

### **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время значительный интерес представляет собой факт влияния телесных ощущений на психику человека с последующим развитием психопатологических феноменов – соматических функциональных расстройств. В медицинской психологии, психиатрии и ряде смежных дисциплин на протяжении длительного периода продолжается работа по осмыслению этиологии, патогенеза, систематизации расстройств, в клинической картине которых психопатологические проявления отходят на второй план или являются замаскированными (Жариков Н.М., Гиндикин В.Я., 1996; Иванов С.Г., 2000; Смулевич А.Б., 1992; Омаров Т.З., 1994; Bohmann M., Cloninger R. and etc., 1984; Kirmayer L.J., Robbins J.M., Paris J., 1994; Torgersen S., 1986) [2, 3, 4, 7, 13, 14, 15]. Результаты многочисленных экспериментальных, клинических и проспективных исследований подтверждают представления о соматоформном расстройстве (СР) как совокупности соматических жалоб на фоне психосоциального стресса при отсутствии морфологических изменений соответствующих тканей и органов (Гиндикин В.Я., 2000) [1]. Кроме того, считается доказанным, что накопление отрицательных эмоций с последующей трансформацией их в соматическую сферу приводит к формированию данного типа нарушений (Немчин Т.А., 1983; Хватова М.В., Юрьева Т.В., 2003) [6, 11]. Подобный

механизм, на наш взгляд, обуславливает необходимость разработки и расширения мер психотерапевтического воздействия при лечении СР.

Решая задачу повышения эффективности психотерапевтического воздействия в клинике СР, мы остановились на групповой форме работы, так как считаем ее весьма перспективной. Доказательством этому служит ряд следующих положений. Во-первых, опыт, полученный в специально организованных группах, оказывает противодействие отчуждению, помогая решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии во внешнем мире. Во-вторых, в несколько раз увеличивается возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания с конкретным участником группы [5]. Помимо этого, введение одного или нескольких человек в терапевтическую диаду создает обычно не встречающееся во взаимоотношениях двоих напряжение, которое помогает прояснить психологические проблемы каждого члена группы, облегчая тем самым процесс самоисследования и интроспекции [8].

Другие преимущества групповой психотерапии обуславливаются не только многофункциональностью, но и гибкостью данного специфического метода, что делает ее пригодной для большого контингента людей, имеющих различные психологические затруднения, и широкого спектра теоретических и методических программ вмешательства в процесс функционирования психики отдельного субъекта.

Обзорный анализ ныне существующих взглядов на проблему психотерапевтического вмешательства в клинике СР далеко не исчерпывается приведенной выше информацией и может быть дополнен рассмотрением работ Е.М. Райzman (2003), А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян (1998) [9, 12] и др., однако, придерживаясь логики нашего исследования, целесообразно было бы отметить следующие аспекты. Первое – типичным проявлением СР на уровне психики является состояние тревоги и депрессии, обусловленное, как преморбидными особенностями личности и влиянием внешних факторов (стресса, перегрузок и т.п.), так и влиянием самих симптомов неблагополучия со стороны своего тела. Второе – качество жизни, адаптивность больных СР напрямую связаны с параметрами самооценки и самопринятия, зависящими от степени выраженности аффективных нарушений.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности использования групповой психотерапии в клинике СР. В качестве параметров оценки эффективности проведенной работы были выделены: изменение уровня депрессии, самооценки, показателей ситуативной и личностной тревожности.

Экспериментальную выборку составили 50 пациентов (10 мужчин и 40 женщин) в возрасте 41-45 лет с диагнозом СР, имеющие среднее специальное образование и постоянное место работы. Исследование проводилось на базе стационара пограничного типа при Областной наркологической больнице г.

Курска и дневного стационара Курского областного психоневрологического диспансера в период с 2004 по 2006 год.

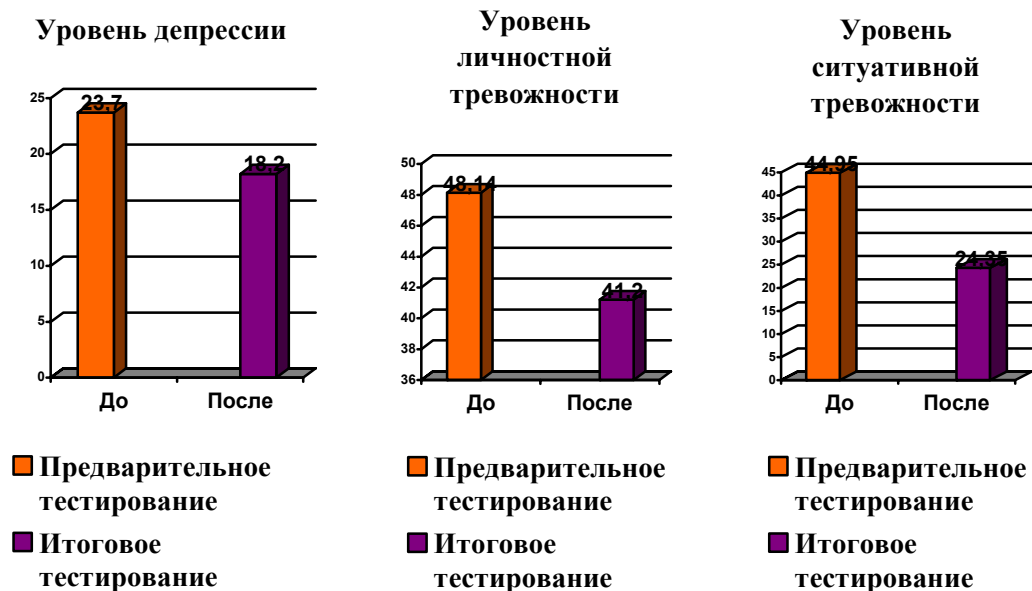
Пакет психодиагностических методов составили: проективный тест изучения уровня самооценки Дембо – Рубинштейн (1970), шкала Montgomery – Asberg (MADRS) (1979), шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

Для обработки полученных данных использовались методы общей (выявление значений средних тенденций, моды, медианы, дисперсии) и сравнительной (критерий U – Манна – Уитни, критерий T – Вилкоксона,  $\phi$  – угловое преобразование Фишера) статистики [10].

Структура экспериментального исследования включала в себя три основных этапа: предварительное тестирование пациентов, проходящих курс фармакотерапии; проведение групповой психотерапии; итоговое тестирование пациентов, прошедших курс групповой психотерапии на фоне медикаментозного лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Статистический анализ полученных данных показал, что использование групповой психотерапии в клинике СР является не только эффективным, но и способствует оптимизации эмоционального состояния пациентов за счет нивелирования депрессивных тенденций и стабилизации уровня тревожности (рис. 1):



**Рис. 1. Результаты предварительного и итогового тестирования эмоционального состояния пациентов (шкала Montgomery – Asberg (1979), шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина).**

Для подтверждения полученных различий нами использовался статистический критерий T – Вилкоксона, который выявил в качестве

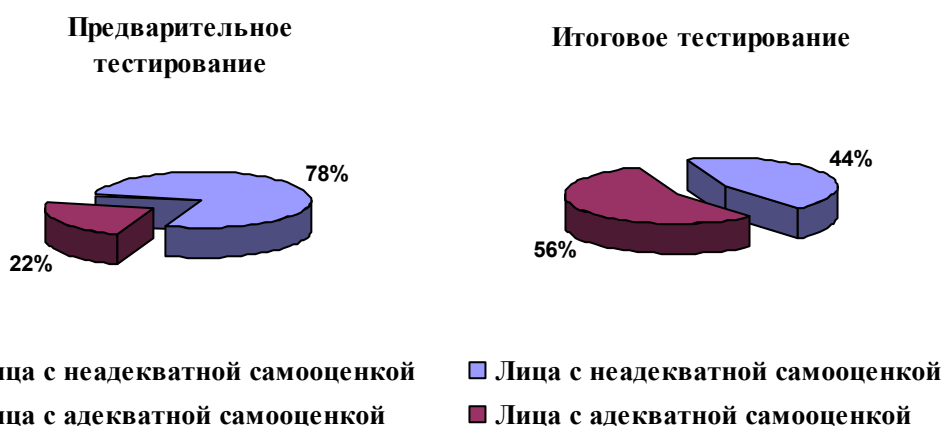
типичных отрицательные сдвиги, доказывающие полученные ранее методами общей статистики соотношения (табл. 1):

**Таблица 1**

**Выявление значимых различий эмоционального состояния пациентов по результатам предварительного и итогового тестирования (критерий T – Вилкоксона).**

Эмоциональное состояние	N	Типичные сдвиги	Нетипичные сдвиги	T	Z	p
Депрессия	0	50	0	0	3,621	0,00293
Личностная тревожность	0	47	3	3	3,479	0,000503
Ситуативная тревожность	0	48	2	44,5	3,092	0,001988

Показатели уровня самооценки по результатам предварительного и итогового тестирования (рис. 2) сравнивались нами с помощью критерия  $\phi$  – углового преобразования Фишера (табл. 2):



**Рис. 2. Результаты предварительного и итогового тестирования уровня самооценки пациентов (проективный тест изучения уровня самооценки Дембо – Рубинштейн (1970)).**

**Таблица 2**

**Сравнительный анализ показателей уровня самооценки пациентов по результатам предварительного и итогового тестирования ( $\phi$  – угловое преобразование Фишера).**

Тестирование	Лица с неадекватной самооценкой	%	Лица с адекватной самооценкой	%	$\phi^*$	p

<b>Предварительное</b>	39	78	11	22	2,31	0,01
<b>Итоговое</b>	22	44	28	56		

Центральным моментом нашего исследования стало: разработка и проведение курса групповой психотерапии общей длительностью 30 часов с регулярностью встреч 5 раз в неделю по 1 – 1,5 часа. Так как нами не ставилось конкретной задачи строго придерживаться общей линии психотерапевтической работы, то мы использовали следующую этапность: 1) мотивирующий этап, 2) этап работы с чувствами, 3) этап рефлексии, 4) этап проработки прошлого опыта, 5) этап интеграции приобретённого опыта и становления активной жизненной позиции.

Основная задача первого этапа состояла в разьяснении целей, задач и содержания психотерапевтической программы; в объяснении роли и значения психологических факторов в возникновении и течении СР. Мотивирующий этап начинался с вводной беседы, продолжающейся постепенным углублением в суть проблем пациентов и плавным переходом ко второму этапу.

Работа с чувствами была направлена на изменение ценностного отношения к испытываемым эмоциям, снятие «социального» запрета на негативно окрашенные чувства, акцентирование внимания на навыках самонаблюдения и эмоционального самовыражения. После установления контакта с собственными чувствами и более глубокого самопонимания осуществлялся переход к следующему этапу.

Третий этап – рефлексии – начинался с позиционного анализа, суть которого состояла в выявлении общей жизненной позиции в группе с последующим разбором реальных последствий той или иной принятой позиции. Главная задача заключалась в осознании каждым участником группы своего вклада в протекание группового процесса, а возможность видеть себя со стороны выступала важным моментом (доминантой) проведенной работы.

Этап проработки прошлого опыта был посвящен осмыслению своего «психологического наследия» каждым из участников. Необходимым условием выступало выявление стиля родительского программирования с последующей заменой его свободным самоопределением, направленным на ведущие интересы и потребности субъекта в настоящий момент. Была предпринята попытка актуализации в сознании пациента травмирующих событий и сопутствующих переживаний, ощущений, которые могли бы стать источником невротических проявлений в последующем (метод психодраммы).

Завершающий этап психотерапевтической работы заключался в выработке активного отношения к своим проблемам, в поиске и использовании наличных внутриличностных ресурсов. Основной целью стало подведение пациента к осознанию своей проблемы, самостоятельной её

формулировке, исчерпанию и развенчанию связанных с нею стереотипов через рефлексию и привитие навыков здоровых форм поведения.

#### ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования было установлено, что для больных СР на этапе вхождения в болезнь и выработки тактики медикаментозного лечения характерны: депрессивный фон настроения с высокими показателями уровня личностной и ситуативной тревожности, сопровождающийся неустойчивой неадекватной самооценкой.

Наглядно продемонстрирована эффективность использования групповой психотерапии в клинике СР с помощью сравнительного анализа полученных данных и выявления общих тенденций: улучшение настроения, снятие эмоционального напряжения, формирование адекватного уровня самооценки, овладение навыками «здорового поведения».

Выявленные закономерности подтверждают многофакторную модель СР как основу их интегративной психотерапии. Затрагивая более глубокие пласты структуры личности, групповые формы работы ведут к качественно новой перестройке самосознания пациентов как фундаментальной основы их полноценного (конструктивного) функционирования в дальнейшем.

#### Литература

1. Гиндикин В.Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Изд-во «Триада-Х», 2000. – 256с.
2. Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Спорные вопросы в проблеме соматоформных и смешанных расстройств. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. – №4. – С. 5-11.
3. Иванов С.Г. Самосознание больных с соматоформными расстройствами и его динамика в процессе психотерапии. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10. – Вып.2. – С. 55-57.
4. Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевич. – М., 1992. – 176с.
5. Кулыгина М.А. Опыт групповой психокоррекции при соматических заболеваниях. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – №11. – С. 39-42.
6. Немчин Т.А. Состояния нервно – психического напряжения. – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1983. – 167с.
7. Омаров Т.З. Патологические телесные сенсации (сенсопатии) в структуре соматизированных расстройств круга малой психиатрии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – №2. – С. 90-93.
8. Прокудин В.Н. Психотерапевтическая служба в многопрофильной соматической больнице. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №5. – С. 49-51.
9. Райзман Е.М. К вопросу о структуре телесного опыта больных с соматоформными расстройствами: феноменология и терапевтические возможности. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – №3. – С. 78-



80.

10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб: ООО «Речь», 2002. – 350с.

11. Хватова М.В., Юрьева Т.В. Состояние когнитивно-эмоциональной сферы как фактор психосоматического здоровья студентов. // Валеология. – 2003. – №2. – С. 39-43.

12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8. – №1. – С. 94-101.

13. Bohmann M., Cloninger R., Knorr von A. & Sigvardsson S. An adoption study of somatoform disorders. Cross – fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1984. – Vol.41. – P. 872-878.

14. Kirmayer L.J., Robbins J.M., Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. // J. of Abnormal Psychology. – 1994. – Vol.103. – P. 125-136.

15. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – Vol.43. – P. 502-505.

## **МНОГОМЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА «ЦВЕТОВ ПОТЕНЦИАЛОВ» В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКА (ИССЛЕДОВАНИЕ ЕДИНИЧНОГО СЛУЧАЯ)**

*Кулаков С.А., Бердышев И.С*

**Российский государственный педагогический университет им.**

**А.И.Герцена, Санкт-Петербург**

**Кризисное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия», Санкт-Петербург**

В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при расстройствах поведения у подростков вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Отсюда важной задачей психотерапевта и клинического психолога в постановке психотерапевтического диагноза является умение интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии.

Для того чтобы терапия стала точной, важно описать ее цели. В настоящее время предложено множество вариантов для системного анализа проблем: многоосевой подход DSM, BASIC – ID (Лазарус), многоуровневый подход (Оудсхоорна), «Цветок потенциалов» (Ананьев) и др.

Мы хотим на конкретном клиническом случае показать, как можно использовать два мультимодальных подхода: многоосевой подход DSM-IV и метод многомерной диагностики «цветок потенциалов» отечественного

клинического психолога Ананьева в проведении психотерапии пациента, имеющего транссиндромальную коморбидность в подростковом возрасте.

Павел, 13 лет

Обратился к психотерапевту вместе с матерью по поводу комплекса поведенческих и адаптационных проблем. Со слов матери – дома чрезвычайно конфликтен, груб с матерью, порой агрессивен. Систематически прогуливает школу. Курит. Был замечен в употреблении спиртного. Со слов подростка не все так плохо, как считает мать. В школе учится «не хуже других». Дома бывает вспыльчивым, когда «сильно достает мать». Больше не пьет спиртное. Практически бросил курить. Вообще не понимает, зачем его сюда привели. «Все проблемы у матери».

#### Наследственность и генетический анамнез

По линии матери. Все женщины были волевыми, энергичными, безусловными лидерами в своих семьях. Все мужчины, в свою очередь, «правильными», и занимали руководящие посты. Дед Паши, отец матери, запрещал своей дочери хоть как-то перечить матери, всегда ее защищал. Со слов, все были крепкого отменного здоровья, чем всегда гордились.

По линии отца – отчетливый семейный миф о дурной наследственности по мужской линии. Со слов матери, начиная с деда подростка, сироты, имел место «какой-то эпилептический дефект». Важным моментом в материнской убежденности о патологической наследственности по мужской линии со стороны отца явилось в последующем, с ее слов, утверждение одного из врачей Паши, эпилептолога, о том, что «мальчик расплачивается за генетику других».

Описывая своих родителей, фактически как идеальную семейную пару, в противовес этому характеризует свекра и свекровь как малокультурных, скандальных и мещански ориентированных людей. В частности, мать Павла выражает свое негативное отношение к Сухумскому происхождению своего бывшего мужа и его родных. С её слов «этих людей кроме богатства и роскоши больше ничего не интересовало». И на Украине, где и познакомились родители отца, и где они проживали в последующем, продолжались по её мнению «восточные замашки». В частности, своего сына, Пашиного отца, «баловали и сделали эгоистом», удовлетворяли его просьбы по первому требованию.

#### Семья Павла

Мать – налоговый инспектор, властная, склонная к бурным эмоциональным реакциям, непоследовательная и склонная отрицать многие проявления реальности. Жалуется на периодический дискомфорт в области груди. Верифицированной хронической патологии нет.

Отец. Со слов матери, простой шофёр, законченный эгоист, в принципе, «пустой человек», всегда тяготился любыми домашними обязанностями, в частности, собственным сыном. За год до обращения Павла в Кризисное отделение, ушел из семьи, и с тех пор с подростком поддерживает минимальные отношения.

У Павла есть старший брат, 22 лет. Со слов матери «в отличие от Павла, самостоятельный, настоящий творческий человек, но, к сожалению так и не реализовавший себя. Юноша до сих пор не может продвигаться дальше 2-го курса гуманитарного вуза. В сравнении с Павлом – «не добрый», но упрямый и готовый не унывать. До сих пор страдает сильным заиканием. До подросткового возраста наблюдался невропатологом по поводу эпилептического синдрома. Получал симптоматическую терапию. После 16 лет, то уходил, то возвращался домой, пытаюсь жить самостоятельно.

#### История клиента

Мальчик родился от второй беременности. Первая закончилась рождением мальчика – старшего брата Павла. Матери при рождении Павла было около 30 лет, отцу 33 года. Беременность протекала на фоне систематических скандалов между родителями. С 5 месяца беременности находилась на сохранении. Получала терапию туреналом. Родился в гипоксии, недоношенным. В первую неделю общее состояние ребенка было угрожающим. Был подключен к ИВЛ. В дальнейшем соматическая реабилитация до 2-х месяцев в клинике неонатологии. В последующем наблюдался невропатологом с диагнозом «ПЭП», синдром гипервозбудимости регистрировался до года. В течение этого периода получал симптоматическую терапию. Грудное вскармливание до 4-х месяцев сцеженным молоком, затем перешел на искусственное вскармливание. Сразу же начались рвоты «фонтаном». В четырнадцать месяцев – первый приступ фебрильных судорог. С тех пор в раннем возрасте они повторялись несколько раз. По этому поводу получал специфическую терапию, в том числе и люминалом, до 4-х лет пока не было выявлено побочное действие от данного препарата. До 7 лет наблюдался различными специалистами с диагнозом «Эписиндром». В дальнейшем проявления этого синдрома нивелировались. С 5 лет – запинки речи - систематические, в настоящее время эпизодические. В 20 месяцев была предпринята попытка отдать ребенка в ясли. Плохо адаптировался в детском учреждении. Часто болел ОРВИ. Перестал посещать ДДУ. В 21 месяц выявлена бронхиальная астма. С тех пор находился под наблюдением пульмонолога–аллерголога. Несколько раз в дошкольном возрасте госпитализировался в соматические стационары и проходил реабилитацию в санаториях.

В 6 лет в стационаре была определена инвалидность по бронхиальной астме. После чего, удивительно для аллерголога – пульмонолога, на прием в поликлинике появлялись крайне редко 1-2 раза в год, только для оформления справок. Несколько раз, немедленно требуя выписку от врача для продления инвалидности, мать жаловалась администрации на нерасторопность врачей, угрожая всем неприятностями. По данным этого же врача – пульмонолога за последнее время данных за обострение бронхиальной астмы на моменты обращения зафиксировано не было. На этом фоне – постоянный вазомоторный ринит, хронический фарингит, хронический тонзиллит.

Нерегулярно получает гормональные назальные препараты против вазомоторного ринита.

В связи наблюдавшейся у мальчика в дошкольном возрасте соматической отягощенностью, с детьми встречался крайне редко. Большую часть времени проводил с матерью, которая самостоятельно пыталась развивать Павла и духовно и интеллектуально. При этом на систематическую работу с ним у матери выдержки не хватало, быстро уставала, раздражалась, кричала на него. Павел рос послушным, пытался быть исполнительным, всецело ориентируясь на мать. В школу пошел формально подготовленным, но уже с младших классов обнаруживалась неустойчивая успеваемость, быстрая истощаемость на занятиях, уже тогда домашние уроки делал из-под палки. В целом педагоги к мальчику, со слов матери, относились необоснованно негативно. Одноклассники, также относились к Павлу негативно. Часто издевались над ним, дразнили, любили доводить до слез. При этом в любых конфликтных ситуациях в школе подростку отводилась традиционная роль козла отпущения. Дома ситуация усугублялась негативным и часто агрессивным отношением к нему старшего брата – Максима. С 5-го класса поменял несколько школ, но существенного изменения ситуации не произошло.

Ситуация усугубилась уходом отца, когда Павел учился в 7 классе. Тяжело переживал разрыв родительских отношений. С этого времени впервые начинает делать ряд поступков назло матери. Отказался от приготовления домашних заданий, стал грубить матери, начал курить, несколько раз со случайными знакомыми подростками употреблял пиво и слабоалкогольные напитки типа «Джин – тоника».

Мать приняла решение обратиться в Кризисное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия»

При обращении в клинической картине отсутствуют: психотическая симптоматика, грубые нарушения интеллектуальной деятельности и расстройства мышления. Вместе с тем были выявлены: церебральная симптоматика, психический инфантилизм, тревожные и сенситивные черты личности, низкая самооценка, идеи малоценности как сына, ученика и человека. Чувство вины перед матерью за неоправданные надежды. Отчетливая акселерация физического развития.

Было проведено психологическое исследование интеллекта по методике Векслера, которое показало следующие данные.

1. Развитие интеллекта соответствует уровню JQ ==100 (низкая возрастная норма)
2. Трудности и незрелость в области социального интеллекта
3. Неустойчивое внимание
4. Низкая работоспособность
5. Неравномерность развития психических функций.

Обследование Павла педагогами кризисного отделения показало крайне низкий уровень знаний, навыки учебы не сформированы. Обсуждение

ситуации с классным руководителем Павла подтвердило его неработоспособность на уроках, дезорганизацию учебной деятельности класса, негативное отношение к нему одноклассников.

В связи с явлениями нарастающей школьной дезадаптации, матери было предложено перевести подростка в интегрированную школу при отделении реабилитации ЦВЛ «Детская психиатрия». Был получен отказ, и до начала нового учебного года Павел и мать в нашей службе больше не появлялись. Впоследствии выяснилось, что мать волевым решением перевела мальчика в сильную математическую гимназию в надежде на стимуляцию серьезного отношения сына к учебе. Уже с первых дней учебы в гимназии Павел остро ощутил свою полную несостоятельность по большинству предметов. Позднее по отношению к Павлу стал нарастать негативизм со стороны на редкость сплоченного класса за то, что он якобы оскорбил одноклассников отказом в дружбе и «демонстративно» начал общался со старшекласниками. Не успевая на уроках записывать за учителями, а в последующем и неуспешно отвечать на устных опросах, постепенно перестал работать на уроках и вместо этого пытался эпатировать и откровенно играть роль шута. Дома из-за всего происходящего стал ещё резче критиковаться и унижаться матерью. Несколько раз был физически ею наказан. Особенно откровенно мать возненавидела новое увлечение Павла сочинительство рэп-стихов. В итоге, пообещав матери исправиться, мальчик окончательно перестал готовить домашние задания.

#### Динамика ситуации

##### Мать

За 1 месяц и 3 недели после возобновления сотрудничества со специалистами кризисного отделения у матери отмечалось: крайне непоследовательное отношение к пониманию сути происходящего с подростком и рекомендациям, данных психотерапевтом. Мать Павла то понимала своего сына и сочувствовала ему, в том, что он все время был гонимый и в том, что конечно, в гимназии ему тяжело, т.к. он к ней не подготовлен. То, внезапно забыв всё, требовала от него усердия и борьбы с ленью, т.к. это единственная и главная по её мнению школьная проблема её ребенка. Был момент, когда она была готова запретить сыну посещение группы лечебного театра под предлогом плохого отношения к учебе. Тем не менее, в дальнейшем жалобы матери на агрессию и грубость со стороны Паши прекратились. Стала рассматривать вариант перевода его на надомное обучение.

##### Павел.

Включился в работу группы лечебного театра. Первое время в ней был тревожен, крайне не уверен в себе, что проявлялось в избыточной двигательной активности и говорливости. Затем стал чувствовать себя увереннее и пытаться контролировать свое поведение. Очень боялся быть исключенным из этой группы.

Коррекционные занятия по русскому языку и математике в начале посещал регулярно, затем начал периодически прогуливать, придумывая при этом множество оправдательных объяснений.

Отношения с матерью определялись как неровные: пытался очередной раз показать в себе что-то хорошее и затем упорно обманывал её. По-прежнему не делал уроки, не записывал домашние задания, считал это бессмысленным занятием, т.к. «всё равно в этой гимназии буду оставлен на второй год».

В школе сохранялось оппозиционное поведение. Стал регулярно вызываться на собеседования к администрации.

Резко усилился вазомоторный ринит, из-за чего по несколько раз в течение урока вынужден был отпрашиваться в коридор, чтобы очистить нос, т.к. стеснялся это делать в классе.

Проведенный клинико-психотерапевтический разбор показал следующее. Многоосевой диагноз звучал следующим образом.

1 ось. Оппозиционно-вызывающее расстройство личности(F91.3). Органическое недифференцированное расстройство.

2 ось. Патохарактерологическое развитие личности по неустойчивому типу (Неуверенность в себе, постоянная зависимость от матери, постоянное негативное оценивание, неспособность самостоятельно конструктивно решать проблемы, отчетливая личностная незрелость относит его к группе риска по формированию личностных расстройств).

3 ось. Соматические болезни. Бронхиальная астма. Текущее обострение? Вазомоторный ринит. Хронический тонзиллит. Эписиндром в анамнезе (G 40.2). Инвалид с детства.

4 ось. Аномальные психосоциальные условия. Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом, закончившимся её распадом и сопровождавшимся вовлечением подростка в конфликтные отношения между родителями. Непоследовательное и противоречивое воспитание симбиотически связанной с сыном гиперпротективной матери. Коммуникативный стиль по типу «двойного зажима».

5 Глобальный уровень функционирования. Тотальная школьная дезадаптация. Тяжелая, неразрешенная длительная конфликтная ситуация в семье.

После повторного обращения в кризисное отделение и проведения консилиума матери и подростку был предложен следующий план работы:

- уточнение образовательного статуса по русскому языку и алгебре;
- семейная психотерапия с индивидуальной работой с каждым членом семьи и периодического проведения совместных сессий;
- участие Павла в группе лечебного театра;
- педагогическая коррекция по данным предметам;
- в медикаментозной поддержке подросток в настоящее время не нуждается.

Для планирования терапии в условиях ограничения во времени была использована методика «Цветок потенциалов».

Нарушение в структуре потенциалов Павла и примерный план их устранения

Потенциал	Описание	Способы коррекции, поиск решения и конкретные шаги по устранению кризиса
Физический=телесный	Психосоматические жалобы: бронхиальная астма, вазомоторный ринит	Занятия спортом
Эмоциональный=аффективный	Обида на себя, стыд, раздражительность, взрывчатость	Участие в работе лечебного театра. Повышение самооценки
Мыслительный=когнитивный	Расхождение между Я-реальный и Я- идеальный	Работа с когнитивными асpekтами самооценки
Социальный, семейный	Симбиотическая связь с матерью, созависимость, нарушения иерархии, закрытые границы, слабая родительская подсистема, периферический отец. Противоречивые требования и коммуникации, «двойная связь», высокий контроль. культ успеха, перфекционизм. Семейный дисфункциональн ый сценарий «дурной наследственности»	Расчерчивание семейных границ. Работа с дисфункциональным и семейными «темами». Усиление родительской подсистемы и ее отделение от детской подсистемы.

Креативный=творческий	Блокировка спонтанности	Поиск ресурсов заполнения свободного времени. Чтение собственных стихов
Духовный=экзистенциальный	Отношение к своему будущему с чувством отчаяния, нарушение иерархии ценностей (Патогенные и конфликтные ценности современной культуры фиксация на внешних атрибутах); «экзистенциальный вакуум».	Поиск ресурсов подростка для реализации собственного потенциала
Поведенческий	Деструктивные стратегии межличностных отношений. Ролевой дефицит	Проведение функционального поведенческого анализа. Мотивы, последствия поведения. Обратная связь. Индивидуальная терапия или тренинг уверенного поведения

Самое главное удалось изменить иррациональную позицию матери по отношению к высшему образованию и недоучет при этом физических и психических возможностей подростка, что было упущено при первичном обращении. Подбор психотерапевтических вмешательств осуществляется с учетом потребностей пациента.

Таким образом, назначение интегративной психотерапии по предварительно очерченным потенциалам («симптомам – мишеням»), их согласование с пациентом и матерью позволили сделать ее точной, лично - ориентированной, краткосрочной.

## **ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

*Кулеш А.А., Шестаков В.В.*



## Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера, Пермь

Высокая заболеваемость, значительный процент инвалидизации вследствие инсульта в Российской Федерации в совокупности с пессимистичным статистическим прогнозом возводит данную проблему в ранг социально-значимых и требующих комплексного решения. Известно, что, наравне с двигательными нарушениями, после инсульта часто развивается дефицит познавательных функций, который снижает эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, негативно влияя на качество жизни больных и создавая дополнительное бремя для родственников. Знание особенностей когнитивного снижения при инсульте позволит неврологам, а также специалистам иного профиля, работающим с данными больными, эффективно проводить коррекцию указанных нарушений уже на ранних этапах и улучшить результаты реабилитации.

**Цель.** Оценка состояния когнитивной сферы у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** Обследованы 47 больных ( $60,8 \pm 1,66$  года) в остром периоде первого полушарного ишемического инсульта. К критериям исключения относились высокая степень неврологического дефицита (СНД) и наличие нарушений речи, делающих невозможным оценку когнитивных функций. В исследовании использовались следующие диагностические методики: шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), батарея лобных функций (FAB), тест рисования часов (ТРЧ), таблицы Шульце (ТШ), тест 5 слов (ТПС), вербальная беглость (ВБ), гериатрическая шкала депрессии. В контрольную группу вошел 21 испытуемый с хроническим сосудистым поражением головного мозга.

**Результаты.** Среди лиц, перенесших инсульт, было 25 мужчин и 22 женщины. В зависимости от уровня образования пациенты были распределены следующим образом: 9 человек имели неполное среднее, 13 – полное среднее, 11 – среднее специальное и 14 – высшее образование. У 25 пациентов очаг поражения располагался в правом полушарии головного мозга, у 22 – в левом. Средняя СНД составила  $5,2 \pm 0,63$  балла. В отличие от группы контроля пациенты, перенесшие инсульт, имели худшие результаты MMSE ( $p=0,02$ ), FAB ( $p<0,01$ ), ТШ ( $p<0,01$ ), ТПС ( $p=0,02$ ) и ВБ ( $p<0,01$ ), а также большую представленность эмоциональных нарушений ( $p<0,01$ ).

**Лобные функции.** По результатам MMSE у 31 пациента выявлены когнитивные нарушения ( $<28$  баллов), у 12 из них - достигающие уровня деменции ( $<24$  баллов). Согласно результатам FAB когнитивные нарушения выявлены у 38 пациентов ( $<17$  баллов), у 17 – на уровне деменции ( $<12$  баллов). Соотношение результатов MMSE и FAB было следующим: у 27 пациентов преобладало снижение лобных функций, у 6 пациентов преимущественно снижался результат MMSE, у остальных лиц редукции

результатов FAB и MMSE были сопоставимы. Доминирование лобного дефицита ассоциировано исключительно с высокой СНД ( $R=0,44$ ;  $p<0,01$ ) и не зависело от других факторов. При этом для пациентов, имеющих эмоциональные нарушения значительной выраженности (оценка по гериатрической шкале депрессии  $> 6$  баллов) также характерно преобладание снижения лобных функций ( $p=0,04$ ). Анализ субтестов FAB показал, что дефицит лобных функций связан преимущественно с нарушением способности к обобщению ( $p=0,01$ ), речевой активности с фонетически-опосредованными ассоциациями ( $p<0,01$ ) и простой реакции выбора ( $p=0,01$ ).

**Внимание.** Средний результат выполнения ТШ был равен  $111,8 \pm 10,9$  секунды и зависел только от СНД ( $R=0,52$ ;  $p=0,004$ ), тогда как в группе контроля данный показатель увеличивался с возрастом обследуемого ( $0,52$ ;  $p=0,02$ ). Увеличение среднего времени выполнения ТШ сопровождалось значительной разницей в темпе выполнения отдельных таблиц ( $R=0,79$ ;  $p<0,01$ ) и было взаимосвязано с результатами MMSE ( $R=-0,61$ ;  $p<0,01$ ), особенно с ориентацией в месте и времени ( $R=-0,57$ ,  $p<0,01$ ;  $R=-0,62$ ,  $p<0,01$ ), серийным счетом ( $R=-0,42$ ;  $p=0,04$ ) и кратковременной памятью ( $R=-0,42$ ;  $p=0,04$ ); FAB ( $R=-0,64$ ;  $p<0,01$ ), а именно с простой и сложной реакциями выбора ( $R=-0,46$ ,  $p=0,02$ ;  $R=-0,56$ ,  $p<0,01$ ) и динамическим праксисом ( $R=-0,51$ ,  $p=0,01$ ); степенью доминирования лобного дефицита ( $R=0,34$ ,  $p=0,03$ ); ТРЧ ( $R=-0,7$ ;  $p<0,01$ ) и ВБ ( $R=-0,52$ ;  $p<0,01$ ). Для большинства пациентов (71%) характерна хорошая вработываемость (отношение времени выполнения 1-ой ТШ к среднему времени  $\leq 1$ ) и низкая устойчивость (55%) внимания (отношение времени выполнения 2-ой ТШ к среднему времени  $\leq 1$ ). Характерные формы кривой истощаемости: ломаная линия (50%), восходящая линия (38%), нисходящая линия (12%). Восходящий тип кривой истощаемости характерен для пациентов с большей СНД ( $p=0,01$ ) и сниженным эмоциональным фоном ( $p=0,03$ ).

**Память.** Различий в результатах выполнения ТПС до и после интерферентного гетерогенного задания не выявлено. Рассчитан коэффициент непосредственного воспроизведения как отношение числа непосредственно воспроизведенных слов при выполнении ТПС к числу слов, для воспроизведения которых пациенту была необходима опосредующая подсказка. И до, и после введения интерференции большую часть слов пациенты называли без применения опосредующей подсказки ( $p<0,01$ ), различий в коэффициентах непосредственного воспроизведения не выявлено. При этом установлены различия в результатах субтестов MMSE «восприятие» и «память» в виде относительно низкого значения последнего ( $p<0,01$ ), что может свидетельствовать о нарушении перехода от кратковременного к долговременному хранению информации.

Анализ влияния отдельных факторов показал, что женщины имели более высокие результаты ТПС после интерферентного задания, по сравнению с мужчинами ( $p=0,05$ ). С увеличением уровня образования пациентов наблюдалось преобладание опосредованного воспроизведения

слов над непосредственным при выполнении ТПС после интерференции. Высокая СНД связана с низким результатом субтеста «память» MMSE ( $R=-0,42$ ;  $p<0,01$ ).

С возрастом коэффициент непосредственного воспроизведения в обоих ТПС связан высоким результатом MMSE ( $R=0,49$ ,  $p<0,01$ ;  $R=0,54$ ;  $p<0,01$ ). Низкий результат субтеста «память» соответствовал низкому значению FAB ( $R=0,47$ ;  $p<0,01$ ). Преобладание лобного дефицита ассоциировано с большим результатом ТПС после интерферентного задания ( $R=0,38$ ;  $p=0,03$ ). Результат теста рисования часов связан со значением субтеста «память» ( $R=0,48$ ;  $p<0,01$ ) и коэффициентом непосредственного воспроизведения после интерференции ( $R=0,54$ ;  $p<0,01$ ). Вербальная беглость связана с числом непосредственно воспроизведенных слов при выполнении ТПС до интерферентного задания ( $R=0,36$ ;  $p=0,04$ ). Среднее время выполнения таблиц Шульте не влияло на результаты тестов, характеризующие память. «Восходящий» тип кривой истощаемости соответствовал низкому результату субтеста «память» ( $R=0,39$ ;  $p=0,03$ ) и низкому значению коэффициента непосредственного воспроизведения ( $R=0,39$ ;  $p=0,03$ ) при выполнении ТПС после отвлекающего задания. Пациенты с эмоциональными нарушениями, достигающими уровня депрессии, имели худшие результаты субтеста «память» ( $p<0,01$ ).

**Речь.** В среднем пациенты, перенесшие инсульт, смогли назвать в течение минуты  $13,4\pm 1,15$  слов, относящихся к определенной смысловой категории. Средний результат субтеста «беглость речи» FAB, характеризующего речевую активность с фонетически-опосредованными ассоциациями, составил  $1,8\pm 0,2$  балла (из 3). Средний суммарный результат субтестов «речь» MMSE, характеризующих способность понимать обращенную речь, функцию активной речи, восприятие речи на слух и в письменном виде, узнавание предметов и способность к их правильному наименованию, составил  $6,2\pm 0,24$  балла (из 8). При анализе динамики речевой активности выявлено, что ее падение происходит уже во втором временном промежутке (15 секунд) ( $p<0,01$ ). «Нисходящая» форма кривой была наиболее распространенной (60%) и соответствовала более низкому результату MMSE ( $p<0,01$ ), FAB ( $p<0,01$ ) и большему времени, затраченному на выполнение ТШ ( $p=0,04$ ). Низкая ВБ сопровождалась малой вариабельностью речевой активности в течение минуты ( $p<0,01$ ).

Низкий уровень образования пациентов был ассоциирован с малым количеством слов, названных в последний временной промежуток ( $R=0,38$ ;  $p=0,02$ ). Высокая СНД связана с низкой ВБ ( $R=-0,38$ ;  $p=0,01$ ), особенно с падением речевой активности во втором временной промежуток ( $R=-0,51$ ;  $p<0,01$ ) и не влияет на количество слов, названных в последний временной промежуток. Низкая ВБ связана с низким результатом MMSE ( $R=0,55$ ;  $p<0,01$ ), особенно с ориентацией во времени ( $R=0,56$ ;  $p<0,01$ ); FAB ( $R=0,65$ ;  $p<0,01$ ) - особенно с динамическим праксисом ( $R=0,67$ ;  $p<0,01$ ); преобладанием лобного дефицита ( $R=-0,37$ ;  $p=0,02$ ), ТРЧ ( $R=0,64$ ;  $p<0,01$ ),

ТПС до интерферентного задания ( $R=0,36$ ;  $p=0,04$ ), ТШ ( $R=-0,56$ ;  $p<0,01$ ), при этом низкое число воспроизведенных во втором временном промежутке слов связано с «астеничной» формой кривой истощаемости ( $p=0,02$ ). Для пациентов с эмоциональными нарушениями, достигающими уровня депрессии, характерно снижение числа названных слов уже во втором временном промежутке ( $p<0,01$ ).

**Заключение.** Острый период ишемического полушарного инсульта характеризуется нарушениями в основных когнитивных доменах. В первую очередь, этой категории больных свойственно нарушение регуляторных и нейродинамических процессов, свидетельствующее о развитии лобно-подкоркового типа когнитивных нарушений. Другим подлежащим феноменом является снижение эффективности, низкая устойчивость и высокая вариабельность произвольного внимания, которые проявляются в нарушении удержания плана и структуры операций и действий. Развивающиеся в остром периоде инсульта нарушения памяти характеризуются снижением кратковременной и долговременной памяти, неустойчивостью следов слухоречевой памяти под влиянием интерференции. Практически важно, что запоминание информации путем сочетанного слухоречевого и зрительного воздействия достаточно эффективно. Организация запоминаемого материала в семантически осмысленные структуры сохранена, но приобретает значение лишь при выраженном когнитивном дефиците. Для пациентов, перенесших инсульт, характерна высокая истощаемость речевой активности, неразрывно связанная с низкой эффективностью других познавательных функций. Фактором, оказывающим наиболее выраженное влияние на состояние когнитивной сферы, является степень неврологического дефицита. Кроме того, важную роль в формировании когнитивного дефицита играют возраст, пол, уровень образования пациентов и наличие эмоциональных нарушений. Вышеизложенные нейропсихологические особенности познавательной сферы больных в остром периоде ишемического инсульта должны быть основными мишенями или же инструментами при построении процесса когнитивной реабилитации, внедрение которого целесообразно с первых дней инсульта.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ**

*Кытина Н.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Профессиональная деятельность врачей не попадала в поле исследовательского интереса в контексте теории социально – психологической дезадаптации.

Нами будет рассмотрена проблема детерминации проявлений социально-психологической дезадаптации врачей на разных этапах профессионализации.

В-целом, социально – психологическая адаптация представляет собой особую сложную систему мероприятий, направленных на овладение новыми общественными формами деятельности, и связана, прежде всего, с изменением статуса личности (Т.Г.Дичев, 1976; Б.Т.Турусбеков, 1981). При этом социально-психологическая адаптация, выступая как внешняя детерминанта эффективности процесса профессионализации, содержательно затрагивает следующие категории: социальный статус, сформированность социально значимых способностей и качеств, положение в системе межличностных отношений ближайшего социального окружения, удовлетворяющее личный статус; характерологические особенности и качества личности; возможность проявления индивидуальности (М.И.Бобнева, 1973). Претерпевают изменения и самооценка личности, которая связана с новой деятельностью субъекта, ее целями и задачами, трудностями и требованиями; уровень притязаний, образ "Я", рефлексия, "Я-концепция", оценка себя в сравнении с другими. Исходя из данных оснований, происходит изменение установки на самоутверждение, индивид приобретает необходимые знания, умения и навыки. Все это и определяет сущность его социально-психологической адаптации на разных этапах профессионализации, успешность ее протекания.

Интересна позиция А.В.Петровского определяющего процесс социально-психологической адаптации как вид взаимодействия личности с окружающей средой, в ходе которого согласовываются и ожидания его участников. (Проблемы развития личности с позиций социальной психологии.// Вопросы психологии. - 1984. - №4.- с.15-30). При этом автор подчеркивает, что важнейшим компонентом адаптации является согласование самооценок и притязаний субъекта с его возможностями и реальностью социальной среды, включающее в себя как реальный уровень, так и потенциальные возможности развития среды и субъекта, выделение индивидуальности личности в процессе его индивидуализации и интеграции в данной конкретной социальной среде через обретение социального статуса и способности индивида приспособиться к данной среде.

Противоречие между целью и результатом, как предполагает В.А.Петровский, неизбежно, но в нем источник динамики индивида, его существования и развития. Так, если цель не достигнута, она побуждает продолжить активность в заданном направлении. "То, что рождается в общении, оказывается неизбежно иным, чем намерения и побуждения общающихся людей. Если вступающие в общение занимают эгоцентричную позицию, то это составляет очевидную предпосылку распада общения" (А.В.Петровский, В.В.Непалинский. Социальная психология коллектива. М,1978)

Рассматривая существующие в современной науке подходы к проблеме дезадаптации, можно выделить три основных направления.

В рамках медицинского подхода социально-психологическая дезадаптация рассматривается как процесс, протекающего вне патологии и связанного с отвыканием от одних привычных условий жизни и, соответственно, привыкание к другим. (Т.Г.Дичев, К.Е.Тарасов,1976. Проблема адаптации и здоровья человека. - М, 1976).

Ю.А.Александровский определяет дезадаптацию как "поломки" в механизмах психического приспособления при остром или хроническом эмоциональном стрессе, которые активизируют систему компенсаторных защитных реакций. Дезадаптация рассматривается как одно из промежуточных состояний здоровья человека от нормы до патологии, наиболее близкое к клиническим проявлениям болезни. В.В.Ковалев характеризует состояние дезадаптации как повышенную готовность организма к возникновению того или иного заболевания, формирующегося под влиянием различных неблагоприятных факторов. При этом описание проявлений дезадаптации весьма схожие с клиническим описанием симптоматики пограничных нервно-психических нарушений.

В рамках социально-психологического подхода социально-психологическая дезадаптация рассматривается большинством авторов (Б.Н.Алмазов,1991; С.А.Беличева,1994; Т.Г.Дичев,1976; С.Раттер,1987) как процесс нарушения гомеостатического равновесия личности и среды, как нарушение приспособления индивида в силу действия тех или иных причин; как нарушение, обусловленное "несоответствием врожденных потребностей личности ограничивающему требованию социальной среды; как неспособность личности адаптироваться к собственным потребностям и притязаниям.

Рассматривая дезадаптацию личности на социально-психологическом уровне, авторы выделяют три основные разновидности дезадаптированности личности(Р.Б.Березин, 1968; А.А.Налгаджян,1968):

а) устойчивая ситуативная дезадаптированность, которая имеет место тогда, когда личность не находит путей и средств адаптации в определенных социальных ситуациях (например, в составе тех или иных малых групп), хотя предпринимает такие попытки -это состояние можно соотнести с состоянием неэффективной адаптации;

б) временная дезадаптированность, которая устраняется с помощью адекватных адаптивных мероприятий, социальных и внутриспихических действий, что соответствует неустойчивой адаптации.

в) общая устойчивая дезадаптированность, являющаяся состоянием фрустрированности, наличие которого активизирует становление патологическими защитные механизмы.

Среди проявлений психической дезадаптации отмечают так называемую неэффективную дезадаптацию, которая выражается в формировании психопатологических состояний, невротических или

психопатических синдромов, а также неустойчивую адаптацию как периодически возникающие невротические реакции, заострение акцентуированных личностных черт.

Точки зрения, рассматривающую конфликт, как основу дезадаптивного поведения, придерживаются многие отечественные психологи (Б.Н.Алмазов,1986; М.А.Аmmasкин, 1979; М.С.Певзнер,1995; И.А.Невский, 1981; А.С.Белкин, 1981; К.С.Лебединская,1988 и др.) Авторы определяют отклонения в "поведении через призму психологического комплекса средового отчуждения субъекта, и, следовательно, не имея возможности сменить среду, пребывание в которой тягостно для него самого, осознание своей некомпетентности побуждает субъекта к переходу на защитные формы поведения, созданию смысловых и эмоциональных барьеров в отношении с окружающими, снижению уровня притязаний и самооценки.

Эти исследования лежат в основе теории, рассматривающей компенсаторные возможности организма, где под социально-психологической дезадаптированностью понимается психологическое состояние, обусловленное функционированием психики на пределе ее регуляторных и компенсирующих возможностей, выражающееся в недостаточной активности индивида, в затруднении реализации его основных социальных потребностей (потребность в общении, признании, самовыражении), в нарушении самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей, в неадекватной ориентации в ситуации общения, в искажении социального статуса дезадаптированного ребенка.

В рамках зарубежной гуманистической психологии критикуется понимание дезадаптации как нарушения адаптации - гомеостатического процесса и выдвигается положение об оптимальном взаимодействии личности и среды.

Форма социально-психологической дезадаптации, по их понятиям, такова: конфликт - фрустрация - активное приспособление. По К. Роджерсу дезадаптация - это состояние несоответствия, внутреннего диссонанса, причем главный его источник заключается в потенциальном конфликте между установками "Я" и непосредственным опытом человека.

С позиции онтогенетического подхода к исследованию механизмов дезадаптации особое значение имеют кризисные, переломные моменты в жизни человека, когда происходит резкое изменение его "ситуации социального развития".(Л.С.Выготский, 1983), вызывающее необходимость реконструкций сложившегося типа адаптивного поведения.

В рамках парадигмы взаимодействия профессии и личности, характерной для большинства зарубежных исследователей и являющейся общепринятой в отечественной психологии (Шадриков В. Д., 1982; Кудрявцев Т. В., 1986; Абульханова-Славская К. А., 1991; Поваренков Ю. П., 1991; Климов Е. А., 1996), признается факт влияния профессии на личность и изменении личности в ходе профессионального развития. Процесс формирования личности профессионала получил в отечественной

психологии название профессионализации. Этот процесс начинается с момента выбора профессии и длится в течение всей профессиональной жизни человека. Выделяют четыре этапа профессионализации: поиск и выбор профессии; освоение профессии; социальная и профессиональная адаптация; выполнение профессиональной деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, если на начальных этапах врач ставит перед собой цель освоить профессию и приспособиться к ее требованиям, то на последующих он может стремиться изменить ее содержание и условия. Состояние же дезадаптированности личности, как результат социально-психологической дезадаптации может негативно сказываться на эффективности процесса профессионализации.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

*Лосенок С.А, Коломоец И.И., Котельникова Л.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В последние годы количество чрезвычайных ситуаций неуклонно растет. Они носят как природный, так и техногенный характер и сопровождаются огромными человеческими жертвами. Ураганы, наводнения, крушения наземного и авиатранспорта, аварии на опасных объектах буквально потрясли мир!

Террористические акты, еще 10 лет назад, считавшиеся в России достаточно новой формой антропогенных ЧС, стали происходить регулярно. А ведь именно они наносят наибольший вред психическому здоровью населения. Так, после похищения, пребывания в заложниках, пыток, гибели близкого человека частота посттравматического стрессового расстройства достигает у взрослых 78%, а у детей и подростков – 95-100%!

Выраженное воздействие факторов ЧС на эмоциональную сферу пострадавших происходит непосредственно в период возникновения ЧС, так и опосредованно в результате гибели родственников и близких, а так же материальных потерь и социальных проблем, возникающих после ЧС.

Исследование влияния факторов ЧС на состояние психического здоровья пострадавшего населения, выявляют две точки зрения: согласно первой отрицательные последствия ЧС могут длиться несколько лет, а иногда до конца жизни; вторая утверждает, что нервно-психические расстройства при ЧС возникают очень редко, на короткое время и преимущественно у эмоционально-лабильных личностей.

Психические нарушения, возникающие в условиях ЧС, представляют достаточно широкий спектр психических состояний, среди которых выделяют психические нарушения с психической симптоматикой (реактивные психозы) и психические нарушения с непсихической симптоматикой (невротические реакции и острые реакции на стресс).



Существенным признаком разграничения перечисленных групп нарушений является наличие или отсутствие так называемых психотических форм патологии, включая грубые нарушения сознания, явные признаки адаптивного поведения и наличие галлюцинаций и бреда.

Основные принципы организации психиатрической помощи заключается в поэтапной сортировке, эвакуации и соответствующей терапии пострадавших. Наиболее эффективно эти принципы реализуются при максимальном приближении помощи к пострадавшему населению, активном выявлении лиц с психической патологией как непосредственно в районе ЧС, так и в ближайших медицинских учреждениях и местах эвакуации жителей.

Во время ЧС и непосредственно после нее основным организационным звеном медицинской, в том числе и психиатрической, помощи являются специалисты скорой медицинской помощи, а также сохранившиеся в зоне бедствия медицинские учреждения. Психиатрическая помощь должна планироваться в расчете на специальные бригады, оперативно направленные в районы бедствия. В зависимости от масштаба ЧС и числа пострадавших бригады могут формироваться из 1-2 (или большего числа) врачей-психиатров и подготовленного среднего медицинского персонала. Члены бригады на первом этапе бедствия участвуют в спасательных работах, оказывают не только психиатрическую, но и общемедицинскую и необходимую консультативную помощь нейрохирургам и другим специалистам. При большем числе пострадавших и при наличии соответствующих условий уже непосредственно после ЧС в центре пострадавшего района целесообразна организация эвакуационного психиатрического отделения, в котором можно было бы изолировать возбужденных больных.

Особенностью тактики психиатрической помощи в этот период является необязательность установления нозологического и синдромального диагноза – достаточным становится разделение пострадавших на лиц психотическими расстройствами и лиц, у которых психические нарушения не достигают психотического уровня. Важное значение в этот период имеют своевременное выявление и эвакуация охваченных страхом паникеров и истерически декомпрессированных личностей, составляющих группу повышенного риска развития паники.

Первостепенной целью медикаментозной терапии больных с реактивными психозами является купирование острого психического состояния. Наиболее рационально это достигается с помощью нейролептических препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов (нередко используемых в комбинации), обладающих седативным эффектом.

При относительной стабилизации ситуации после эвакуации пострадавших в безопасные районы психиатрическую и медико-психологическую помощь оказывают главным образом тем, кто за ней обращается. Наряду с этим приобретает актуальность активное обследование и при необходимости лечение психических больных, состоявших до ЧС в

группах диспансерного наблюдения. У многих из них во время ЧС возможно развитие обострений и декомпенсаций психических заболеваний.

Затяжные реактивные психозы требуют стационарного лечения. В зависимости от клинических проявлений по показаниям проводят соответствующую терапию. Лечебно-реабилитационная тактика при неврозах и невроподобных расстройствах у больных с соматическими заболеваниями должна строиться по индивидуальному терапевтическому плану.

При невролитическом и патохарактерологическом развитии личности лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены на приостановление этого процесса и на компенсацию состояния. Для этого может использоваться широкий ассортимент лекарственных и психотерапевтических средств и методов.

Психические нарушения вследствие экстремального стресса отличаются затяжным характером, а отдельные симптомы могут сохраняться в течение многих лет или даже всей жизни. Поэтому, на первые позиции выходит проблема экстренной психологической помощи, оказанной не только вовремя, но и грамотно.

Как известно, лица со стрессовыми расстройствами самостоятельно крайне редко обращаются за психолого-психиатрической помощью, поэтому они редко попадают в поле зрения психотерапевта или психиатра. Исходя из этого, важное значение во время ЧС и сразу же после нее приобретает вопрос о востребованности психолого-психиатрической помощи. В связи с этим часть врачей-психиатров (психотерапевтов) должна работать в составе врачебной бригады общего профиля, которая осуществляет сортировку больных.

Время – враг в ситуации, когда надо действовать быстро – здесь и сейчас! – дабы удержать человека в рассудке. И время – соратник, который рука об руку с врачом-психологом помогает пострадавшему вернуться к нормальной жизни и не видеть во сне кошмаров.

Данный парадокс – лишь одна из особенностей психологической реабилитации в условиях и при устранении последствий ЧС, которым и посвящена моя работа.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ВОЛОНТЕРСКОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

*Медведев Н.В., Горишнова Н.К.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Современная демографическая ситуация в РФ характеризуется ежегодным увеличением численности лиц старше 60 лет, имеющих нарушения состояния здоровья и испытывающих различные бытовые

трудности вследствие ограничений жизнедеятельности, обусловленных заболеваниями или возрастными изменениями организма, которые нарушают психологическое благополучие человека, снижают качество его жизни. Государственные мероприятия по оказанию медико-социальной помощи людям пожилого и особенно старческого возраста недостаточно эффективны по причине невозможности обеспечить им полноценную постоянную поддержку, в связи с чем данная многочисленная категория населения испытывает дефицит внимания и потребность в дополнительной адресной опеке. Приблизиться к решению указанной проблемы частично возможно путем привлечения сил волонтеров к безвозмездному предоставлению медико-социальных услуг лицам старшего поколения.

Волонтерство - неоплачиваемая, сознательная добровольная деятельность на благо других. Волонтером может быть умелый и ответственный взрослый человек, который может посвятить свое свободное время добровольному общественно значимому труду. Институт волонтерства широко распространен во многих странах. Труд добровольцев с каждым годом становится все более значимым ресурсом развития мировой экономики. В европейских странах каждый четвертый гражданин задействован в той или иной волонтерской программе. В России волонтерское движение в его современном понимании стало зарождаться в конце 80-х годов, хотя его аналоги существовали и раньше в виде службы сестер милосердия, тимуровского и пионерского движений, общества охраны природы и др.

Особый вид волонтерского движения подразумевает безвозмездное оказание медико-социальной помощи нуждающимся в ней лицам старшего возраста с проблемами физического или психического здоровья. К ним относятся люди, испытывающие различные ограничения жизнедеятельности: нарушения способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, общению, контролировать поведение, ориентации в пространстве и др., испытывающиеся потребность в периодической или постоянной посторонней помощи. В большей степени нуждаются в такой помощи люди, проживающие отдельно от родственников или вовсе одинокие, испытывающие кроме бытовых или медицинских проблем, дефицит общения или даже ощущение социальной изоляции.

Группу волонтеров, способных оказывать необходимую и адекватную поддержку лицам старшего возраста с полиморбидностью, ограниченными возможностями составляют студенты – медики, получающие в процессе обучения в медицинском вузе представление о физиологии и психологии стареющего человека, осознающие его особые медицинские и психологические проблемы, снижающие адаптационные возможности и качество жизни, повышающих зависимость от окружающих. Будущий врач, еще не имеющий юридического права самостоятельной медицинской деятельности, получает четкое представление о выбранной профессии в процессе оказания людям старшего поколения волонтерской медико-

социальной и психологической помощи, приобретает необходимые навыки общения, эмпатии, способствующие формированию у волонтеров ответственной гражданской позиции, чувства милосердия, пониманию проблем людей с ограниченными возможностями. Волонтерское движение начинается с желания помогать кому-либо и позволяет реализовать внутреннюю психологическую потребность быть нужным, ощутить свою полезность, установить новые связи, научиться новому, приобрести уважение в обществе, поделиться своим опытом. Нередко волонтеры открывают у себя способности организатора или руководителя, позволяющие найти новое направление развития.

Взаимодействие с пожилыми и старыми лицами требует учитывать присущие им психологические особенности, которые обусловлены функциональными изменениями центральной нервной системы, осознанием необратимости физического увядания, отказом от прежнего социального статуса и социальных ролей, сужением привычного круга общения. Снижение психической активности у пожилых людей выражается в изменении объема восприятия, затруднении сосредоточения внимания, замедлении психомоторных реакций. Расстройства памяти оказываются одним из первых симптомов возрастных изменений. Объем сенсорной памяти, служащей хранилищем визуальных и акустических сигналов у пожилых людей сокращается вследствие ухудшения остроты зрения, слуха, которые, в свою очередь препятствуют установлению полноценной коммуникации. По мере старения снижается флюидный интеллект, предусматривающий способность человека приобретать новые знания, быстро и надежно запоминать информацию. Люди старшего возраста становятся недоверчивыми, подозрительными, склонными к эмоциональной фиксации на каком – либо неприятном переживании, жизненной ситуации.

Негативное воздействие на них оказывают существующие в обществе представления о пожилых, как о беспомощных, болезненных, интеллектуально деградирующих, ненужных людях, приводя к утрате веры в себя, свои способности и возможности, снижению самооценки и социальной активности (Л. Анцыферова, 2001).

Одна из важных задач оказания медико - социальной помощи людям старшего возраста – психологическая поддержка, способствующая восстановлению позитивного самовосприятия, которое позволит им сохранить необходимую жизненную активность. Студенты-медики, участвуя в волонтерском движении, приобретают бесценный опыт профессионального общения, испытывая и преодолевая трудности установления эффективного психологического контакта с людьми, которые нуждаются в эмпатии, снисхождении, простом человеческом общении.

Основные виды оказываемой студентами-медиками волонтерской медико-социальной помощи лицам старшего возраста и инвалидам направлены на частичное замещение утраченных или нарушенных способностей к выполнению ежедневных необходимых действий, создание

атмосферы психологического комфорта с помощью проведения беседы на волнующие темы, касающиеся обсуждения состояния здоровья клиента, его личных или семейных проблем с уместным использованием приемов рациональной психотерапии.

Советы и рекомендации волонтеров, предлагаемые в ненавязчивой и некатегоричной форме, касаются соблюдения правил рационального питания и безопасности в быту. К другим видам реальной помощи, предоставляемой на добровольной основе, относят выполнение влажной уборки жилого помещения, перестановку мебели по желанию клиента, вынос мусора, доставку продуктов питания и лекарственных средств, приготовление пищи, контроль основных физиологических показателей (артериального давления, пульса, частоты сердечных сокращений и дыхания). Волонтеры оказывают клиентам физическую поддержку при перемещении по дому, выходе на улицу, помощь в организации домашнего досуга в виде чтения книг, газет, решения кроссвордов, совместного просмотра фотографий, обсуждения политических и культурных событий в стране и мире и др.

В течение 9 месяцев отряд студентов лечебного факультета «Волонтер», сформированный в Курском государственном медицинском университете, оказал медико-социальную и психологическую помощь на дому 564 одиноко живущим лицам старшего возраста, у которых была проведена комплексная оценка имеющихся нарушений здоровья, степени ограничений жизнедеятельности и потребности в посторонней помощи.

Подобное проявление заботы о людях старшего возраста в форме кратковременной, периодически повторяющейся поддержки в лице волонтеров преследует глубоко духовную цель укрепления веры человека в справедливость, подтверждает ценность старшего поколения для общества, помогает им справляться с недугами и трудностями.

Литература.

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Ярошенко Е.Ю., Цыганок М.Ф. Оценка качества жизни, ограничений жизнедеятельности лиц старшего возраста и методы их коррекции пособие для врачей. Курск. КГМУ. 2006. 86 с.

## **СОСТОЯНИЕ ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КОНТЕКСТЕ ВНУТРИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ**

*Молчанова Л.Н.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время исследовательский интерес к проблеме состояния выгорания как профессионально-деятельностно детерминированного состояния реализуется в контексте его представленности в профессиях «помогающего» типа [3, 7, 9]. Деятельность специалистов «помогающих»

профессий протекает в эмоциогенных условиях, связанных с когнитивно сложным межличностным взаимодействием, с повышенным риском для жизни и здоровья других людей и т.д. «Помогающая» деятельность требует от профессионала личностной вовлеченности, сопереживания, способности принимать особенности другого человека в различных спектрах его реакций; высокой ответственности за результат коммуникации; высокого уровня саморегуляции и интерперсональной чувствительности [2, 8]. Особое место в «помогающей» деятельности отводится деятельности медицинской. Специфика её содержания, а именно: сам объект – больной (страдающий) человек, психика которого изменена в связи с имеющимися заболеваниями, работа в условиях постоянного контакта с больными людьми, склонными к разнообразным, не всегда адекватным психологическим реакциям, высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье других людей, необходимость рисковать их здоровьем и жизнью и др. Все это создает условия для высокого риска возникновения состояния выгорания у врачей [2, 4, 5, 6, 8, 10].

Большинство современных исследователей определяют выгорание как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы и включающее в себя три составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [8, 9, 17].

Теоретико-методологическим основанием исследования состояния выгорания у врачей с учетом критерия внутрипрофессиональной дифференциации выступила теория В.Д. Шадрикова [11] о функциональной психологической системе деятельности. Согласно В.Д. Шадрикову [11], психологическая система для каждого вида деятельности появляется не одновременно, а формируется в соответствии с закономерностями системогенеза. Одним из функциональных блоков психологической системы деятельности выступает информационная основа деятельности. Под информационной основой деятельности понимают совокупность информации, характеризующей предметные и субъективные условия деятельности и позволяющей организовать деятельность в соответствии с вектором цель-результат [11]. Другими словами, информационную основу деятельности характеризует ее профиль.

Психологический анализ литературных источников позволяет сделать вывод о том, что профессиональная деятельность врачей относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека и выделить её предметные и субъективные условия (см. таблицу 1).

Согласно критерию внутрипрофессиональной дифференциации деятельность врачей может быть, к примеру, проградуирована по квалификационному критерию: деятельность врачей-хирургов и врачей-терапевтов.

Таблица 1

Субъективные и предметные условия деятельности врачей

Профессиональная подгруппа	Некоторые субъективные и предметные условия деятельности медицинских работников (профиль деятельности)	
	Предметные условия	Субъективные условия
Врачи-хирурги	Дифференцированность групп пациентов; использование фармацевтических препаратов и высоко технологичного оборудования в момент выполнения лечебных мероприятий; интенсивные физические нагрузки; сочетание ночных дежурств с операционной деятельностью и работой в дневное время	Высокая эмоциональная напряженность, постоянная и интенсивная рефлексия содержания предмета деятельности, связанные с работой в условиях повышенного риска для жизни и здоровья других людей
Врачи-терапевты	Недифференцированность групп пациентов	Рефлексирование условий и содержания предмета своей деятельности не является постоянным и интенсивным

Предметные условия деятельности врачей-хирургов, в отличие от врачей-терапевтов, сопряжены с дифференцированностью групп пациентов; использование фармацевтических препаратов и высоко технологичного оборудования в момент выполнения лечебных мероприятий; интенсивные физические нагрузки; сочетание ночных дежурств с операционной деятельностью и работой в дневное время, субъективные – с высокой эмоциональной напряженностью, постоянной и интенсивной рефлексией содержания предмета деятельности, связанными с работой в условиях повышенного риска для жизни и здоровья других людей.

К предметным условиям деятельности врачей-терапевтов относят недифференцированность групп пациентов. Выступая субъективным условием деятельности у врачей-хирургов, рефлексирование условий и содержания предмета своей деятельности не является постоянным и интенсивным у врачей-терапевтов.

В исследованиях состояния выгорания, посвященных детерминационным аспектам, в частности, соотносимости состояния выгорания и длительности профессиональной деятельности наблюдаются противоречивые результаты, а именно, в одних исследованиях указана соотносимость нарастания выраженности состояния выгорания и длительности профессиональной деятельности [5, 8, 15 и др.], в других – отсутствие какой-либо соотносимости [12, 13 и др.].

Именно поэтому мы включили в исследовательский контекст изучение влияния длительности профессиональной деятельности на возникновение и генезис состояния выгорания с учетом критерия внутрипрофессиональной дифференциации.

Целью исследования явилось изучение генеза состояния выгорания у врачей в контексте внутрипрофессиональной дифференциации (с учетом квалификации).

Для реализации цели экспериментально-психологического исследования на базе городской клинической больницы №2: отделения терапии и хирургии, МУЗ станция скорой медицинской помощи (бригады интенсивной терапии - реанимация) г. Курска были обследованы врачи и средний медицинский персонал указанных структур в количестве 94 человек в возрасте от 22 до 59 лет. Из них 59 врачей-терапевтов, средний возраст которых составил  $33,82 \pm 11,52$  лет, средний стаж профессиональной деятельности –  $12,74 \pm 11,52$ , а также 35 врачей-хирургов среднего возраста  $35,25 \pm 9,91$  лет со средним стажем профессиональной деятельности  $9,42 \pm 6,36$  лет.

Изучение генеза состояния выгорания медицинских работников осуществлялось с использованием методики В.В. Бойко [1], позволяющей выявить степень выраженности его показателей на основных его фазах: «напряжение», «резистенция» и «истощение» [1]. В качестве основных математических методов статистической обработки использовались методы общей и сравнительной статистики. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «STATISTIKA 6,0».

Принимая во внимание информационные основы деятельности, градация выборки испытуемых осуществлялась по квалификационному критерию с учетом длительности их профессиональной деятельности. При этом были выделены группы врачей-хирургов и врачей-терапевтов с различными этапами длительности профессиональной деятельности: до 5 лет, от 5 до 10 лет и свыше 10 лет. В соответствии с поставленной целью исследования изучение генеза состояния выгорания у врачей в контексте внутрипрофессиональной дифференциации осуществлялось с использованием факторного экспериментального плана.

Анализ средних значений показателей состояния выгорания врачей указал на наличие следующих результатов: у врачей-хирургов среднее значение показателя на фазе «напряжение» составило  $\bar{X} = 58,58 \pm 17,10$ , на



фазе «резистенция» –  $\bar{X}=70,75\pm 19,86$ ,  $\bar{X}=62,08\pm 22,81$  отмечалось на фазе «истощение». У врачей-терапевтов среднее значение показателя на фазе «напряжение» составило  $\bar{X}=43,43\pm 21,04$ , на фазе «резистенция» –  $\bar{X}=52,04\pm 12,60$ ,  $\bar{X}=40,78\pm 20,86$  отмечалось на фазе «истощение». Средние значения показателей состояния выгорания на всех трёх его фазах у врачей-терапевтов продемонстрировали умеренный уровень выраженности, у врачей-хирургов – на фазах «резистенция» и «истощение» – высокий, что свидетельствует о возникновении состояния выгорания у врачей. Кроме того, сравнительный анализ средних значений показателей состояния выгорания у врачей-хирургов и врачей-терапевтов на всех его фазах указал на самые высокие значения в группе хирургов и на значимость различий в уровнях их выраженности (на фазе «напряжение»:  $U_{\text{эмп.}}=79,5$  при  $p = 0,042$ ; на фазе «резистенция»:  $U_{\text{эмп.}}=59,0$  при  $p = 0,006$ ; на фазе «истощение»:  $U_{\text{эмп.}}=63,0$  при  $p = 0,009$ ). Таким образом, субъективные и предметные условия профессиональной деятельности медицинских работников специфично проецируются на возникновение состояния выгорания. Врачи-хирурги в большей степени подвержены его влиянию.

Выявление общих и специфических закономерностей генеза состояния выгорания у врачей с учетом квалификационного критерия указало на следующие тенденции (см. таблицы 2, 3):

Таблица 2

Значения средних тенденций и результаты значимости различий показателей состояния выгорания врачей-терапевтов  
( $U$ -критерий Манна-Уитни,  $\alpha=0,05$ ;  $U^*_{\text{эмп}} < U_{\text{кр}}$ )

№ п / п	Этапы длительности профессиональной деятельности	Фаза «напряжение» (1)		Фаза «резистенция» (2)		Фаза «истощение» (3)		(1)-(2)		(2)-(3)	
		Хср.± δ	качественный	Хср.± δ	качественный	Хср.± δ	качественный	$U_{\text{эмп}}$	$p$	$U_{\text{эмп}}$	$p$
1.	До 5 лет	35,15 ± 11,08	Не сформирована	51,08 ± 14,39	В стадии формирования	36,62 ± 17,14	В стадии формирования	34,5*	0,010	29,0*	0,004
2.	От 5	46,25	В	56,00	В	38,75	В	-	-	-	-

	до 10 лет 2	± 26,99	стади и форм ирова ния	± 13,78	стади и форм ирова ния	± 26,81	стади и форм ирова ния				
3.	Свы ше 10 лет 3	59,80 ± 26,86	В стади и форм ирова ния	51,50 ± 8,52	В стади и форм ирова ния	51,17 ± 24,48	В стади и форм ирова ния	-	-	-	-
	$U_3$	13,0*									
	$\rho$	0,022									

\* - значимость различий

– отсутствие преобладания значимости различий между показателями состояния выгорания в уровнях их выраженности по фазам «напряжение» и «резистенция», «резистенция» и «истощение» у врачей-терапевтов и врачей-хирургов свидетельствует о совпадении, а, значит, и соотношенности этапов длительности их профессиональной деятельности с фазами состояния выгорания (см. таблицы 2, 3).

Таблица 3

Значения средних тенденций и результаты значимости различий показателей состояния выгорания врачей-хирургов (U-критерий Манна-Уитни,  $\alpha=0,05$ ;  $U^*_{эмп} < U_{кр}$ )

№ п / п	Эта пы длит ельн ости про фесс иона льно й деят ельн ости	Фаза «напряжение» (1)		Фаза «резистенци я» (2)		Фаза «истощение» (3)		(1)-(2)		(2)-(3)	
		Хср ± δ	качест венны й	Хср ± δ	качест венны й	Хср ± δ	качест венны й	$U_{эмп}$	ρ	$U_{эмп}$	ρ
1	До 5 лет	64,8 0± 13,4 4	Сформ ирован а	75,4 0± 11,3 5	Сфор миров ана	63,8 0± 9,58	Сфор миров ана	-	-	-	-

2	От 5 до 10 лет	42,5 0± 33,2 3	В стадии формирования	58,5 0±3 7,48	В стадии формирования	47,5 0± 51,6 2	В стадии формирования	-	-	-	-
3	Свыше 10 лет	58,8 0± 13,0 1	В стадии формирования	71,0 0± 22,4 2	Сформирована	66,2 0± 23,2 6	Сформирована	-	-	-	-

\* - значимость различий

– Динамика фаз состояния выгорания носит неравномерный характер. Неравномерный характер развития состояния выгорания у врачей-терапевтов и врачей-хирургов наблюдается в последовательности и направленности изменения его фаз. Так, первой фазой, достигшей уровня диагностируемых значений у врачей-терапевтов, является фаза «резистенция» у лиц с длительностью профессиональной деятельности до 5 лет. Последующими фазами, средние значения которых соответствуют уровню диагностируемых значений, выступают фазы «истощение» и «напряжение» у врачей-терапевтов с длительностью профессиональной деятельности от 5 до 10 лет. Первой фазой, достигающей уровня диагностируемых значений у врачей-хирургов, является фаза «истощение» у лиц с длительностью профессиональной деятельности до 5 лет. Последующими фазами, средние значения которых соответствуют стадии формирования, выступают фазы «напряжение» и «резистенция», причем у врачей-хирургов на этом же этапе профессионального становления. Таким образом, общие особенности генеза выгорания у врачей-хирургов и врачей-терапевтов состоят в том, что истощение психоэмоциональных ресурсов и выгорание наступает минуя фазу «напряжение».

– Направленность динамики фаз состояния выгорания у терапевтов и хирургов представлена следующими особенностями. Так, при увеличении длительности профессиональной деятельности врачей-терапевтов выраженность средних значений показателей всех трех фаз увеличивается. Средние значения показателей фазы «резистенция» у лиц, длительность профессиональной деятельности которых составила от 5 до 10 лет несколько уменьшаются, а фаз «напряжение» и «истощение» – несколько увеличиваются, однако находятся в пределах интервалов  $\min=37$  балл и  $\max=61$  баллов. Кроме того, отсутствие статистически значимых различий показателей на фазах «резистенция» и «истощение» врачей-терапевтов с указанной длительностью профессиональной деятельности свидетельствует о стабилизации уровня их выраженности, в то время, как уровень выраженности показателя на фазе «напряжение» продолжает изменяться и

наблюдается его значимое увеличение у лиц с длительностью профессиональной деятельности свыше 10 лет (см. таблицу 2). У врачей-хирургов с длительностью профессиональной деятельности до 5 лет выраженность средних значений показателей всех фаз состояния выгорания соответствует стадии сформированности. Причем при увеличении длительности профессиональной деятельности врачей-хирургов от 5 лет до 10 лет выраженность средних значений показателей всех трех фаз состояния выгорания уменьшается и соответствует стадии формирования. Средние значения показателей фаз «резистенция» и «истощение» у лиц, длительность профессиональной деятельности которых составила свыше 10 лет несколько увеличивается до стадии сформированности, для «напряжения» до стадии формирования, однако находятся в пределах  $\min=37$  баллов и  $\max=61$  балл для фазы «напряжение». Кроме того, отсутствие статистически значимых различий показателей на протяжении всей профессиональной деятельности свидетельствует о стабилизации уровня их выраженности (см. таблицу 3).

– Сравнительный анализ средних значений показателей состояния выгорания у врачей-хирургов и врачей-терапевтов с учетом этапов длительности их профессиональной деятельности указал на достоверность различий в уровнях выраженности всех трех фаз только у «молодых» специалистов (см. таблицу 4).

Таблица 4

Значения средних тенденций и результаты значимости различий показателей состояния выгорания врачей-хирургов и врачей-терапевтов с учетом этапов длительности профессиональной деятельности (U-критерий Манна-Уитни,  $\alpha=0,05$ ;  $U^*_{эм\text{п}} < U_{кр}$ )

	Врачи-хирурги			Врачи-терапевты			U-Манна-Уитни					
	1	2	3	1*	2*	3*	1-1*		2-2*		3-3*	
	До 5лет	От 5до 10 лет	От 10 до 20 лет	До 5лет	От 5до 10 лет	От 10 до 20 лет	$U_{\text{мп}}$	$\rho$	$U_{\text{эм\text{п}}}$	$\rho$	$U_{\text{мп}}$	$\rho$
«напряже ние»	64,8 0 ± 13,4 4	42, 50 ± 33, 23	58, 80 ± 13, 01	35,1 5 ± 11,0 8	46,2 5 ± 26,9 9	59, 80 ± 26, 86	2,5	0,0 03*	-	-	-	-
«резистен ция»	75,4 0 ± 11,3 5	58, 50 ± 37, 48	71, 00 ± 22, 42	51,0 8 ± 14,3 9	56,0 0 ± 13,7 8	51, 50 ± 8,5 2	6,0	0,0 09*	-	-	-	-

«истощение»	63,8 0 ± 9,58	47, 50 ±51 ,62	66, 20 ± 23, 26	36,6 2 ± 17,1 4	38,7 5 ± 26,8 1	51, 17 ± 24, 48	6,0	0,0 09*	-	-	-	-
-------------	------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----	------------	---	---	---	---

Полученные результаты позволяют сделать вывод о специфичном проецировании предметных и субъективных условий деятельности на генез состояния выгорания «молодых» врачей с учетом квалификационного критерия.

Таким образом, изучения специфики генеза состояния выгорания у врачей с учетом длительности их профессиональной деятельности и квалификационного критерия позволило сформулировать следующий вывод:

– преимущественное совпадение этапов длительности профессиональной деятельности с фазами состояния выгорания свидетельствует о соотносительности генеза состояния выгорания с длительностью профессиональной деятельности.

– субъективные и предметные условия профессиональной деятельности медицинских работников специфично проецируются на генез состояния выгорания, проявляясь в его асинхронном характере у «молодых» врачей, а также в синхронизации фаз состояния выгорания врачей-хирургов с фазами состояния выгорания врачей-терапевтов с длительностью профессиональной деятельности свыше 5 лет.

Следовательно, изучение генеза состояния выгорания у медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной дифференциации (по критерию уровня образования и квалификационному критерию) позволило сформулировать следующие выводы:

– отсутствие прямого совпадения фаз состояния выгорания со всеми этапами профессиональной деятельности свидетельствует об отсутствии однозначного утверждения о прямой соотносительности генеза состояния выгорания с длительностью профессиональной деятельности у медицинских работников.

– Динамика фаз состояния выгорания с учетом этапов длительности профессиональной деятельности носит неравномерный характер, проявляющийся в последовательности и направленности изменения его фаз. Специфика генеза состояния выгорания у медицинских работников с учетом уровня образования заключается в том, что истощение психоэмоциональных ресурсов и выгорание наступает, минуя фазу «напряжение». Причем указанная особенность характеризует генез состояния выгорания «молодых» врачей по квалификационному критерию. Врачи-хирурги в большей степени, чем их коллеги врачи-терапевты, подвержены состоянию выгорания уже на ранних этапах профессионального становления.

– Профиль профессиональной деятельности (её субъективные и предметные условия) специфично проецируются на генез состояния

выгорания, проявляясь в несоотнесимости этапов длительности профессиональной деятельности и фаз состояния выгорания только у среднего медицинского персонала и врачей, врачей-терапевтов и врачей-хирургов с длительностью профессиональной деятельности менее 5 лет, а также в асинхронном истощении психоэмоциональных ресурсов у среднего медицинского персонала и врачей, чья длительность профессиональной деятельности превышает 10 лет.

– Результаты исследования могут быть учтены при реализации дифференцированного подхода к содержанию и организации как превентивных, так и коррекционных мероприятий по оказанию своевременной квалифицированной психологической помощи и поддержки специалистам, подверженным этому состоянию и принадлежащим к одной и той же профессиональной группе – группе врачей.

#### Литература

1. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
2. Большакова, Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: Дисс. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2004 – 173 с.
3. Доценко, О.Н. Эмоциональная направленность как фактор «выгорания» у представителей социономических профессий / О.Н. Доценко // Психологический журнал, 2008. – т.29. – №5. – с.91-100.
4. Лукьянов, В.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей терапевтического профиля в Латвии / В.В. Лукьянов, В. Митревиц // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. – Курск: КГУ, 2007. – С.105-107.
5. 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) / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного. – Курск: КГУ, 2007. – С.100-102.
6. Малыгин, В.Л. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Д.В. Шевченко // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) – Курск: КГУ, 2007. – С.108-110.
7. Ожогова, Е.Г. Взаимосвязь синдрома «психического выгорания» и особенностей ценностно-смысловой сферы у педагогов общеобразовательных школ: Автореф....дисс.канд.психол.наук. – Саратов, 2008. – 25 с.

8. Орёл, В.Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: Дисс. ... д-ра психол. наук. – Ярославль, 2005 – 449 с.
9. Рукавишников, А.А. Личностные детерминанты и организационные факторы генезиса психического выгорания у педагогов: Дисс. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2001. – 158 с.
10. Скугаревская, М.М. Синдром эмоционального выгорания /М.М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – №7. – с.3-9.
11. Шадриков, В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В.Д. Шадриков.- М.: Наука, 1982. -185 с.
12. Baker, M., North, D., Smith, D. 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.
13. Dietzel, L.C., Coursey, R.D. Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons / L.C. Dietzel, R.D. Coursey // Psychiatric Rehabilitation Journal. – 1998. – Vol. 21 (4). – P. 340-348.
14. Farber B.A., Heifetz L.K.J. The process and dimension of burnout in psycho—therapists//Professional psychology. 1982. 13. -P. 293—301. 173.Fejgin N.. Ephraty N., Ben-Sira D. Work environment and burnout of physical education teachers // J. of Teaching in Physical Education. 1995. V. 15 (1). -P. 64-78
15. Haddad, A. Sources of social support among school counselors in Jordan and its relationship to burnout /A. Haddad// International Journal for the Advancement of Counseling. – 1998. – Vol. 20 (2). – P. 113-121
16. Maher E.L. Burnout and commitment: A theoretical alternative // Personnel and Guidance Journal, 1983. Vol. 61. P. 390-393.
17. Maslach, C., Jackson, S.E. Patterns of burnout among a national sample of public contact workers /C. Maslach, S.E. Jackson //Journal of Health and Human Resources Administration. – 1984. – Vol. 7. – P. 189-212.
18. Ross M. W., Seeger V. Determination of reported burnout in health professionals associated with the care of patients with AIDS // AIDS, 1988. -V.2.- P. 395– 397.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ И АДАПТАЦИИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

*Моралева М.С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современном обществе к людям предъявляется множество требований, которые предполагают наличие определённого уровня креативности, творческого подхода и самотворчества. Чтобы справиться с постоянно возникающими сложными жизненными ситуациями, человек должен быть гибким, т.е. быстро переключаться с одного события на другое. В психологии накоплено достаточно исследований, относящихся к

творческим способностям. Однако, до настоящего момента многие авторы (К.Тейлор, Р.Б.Кеттел, М.Воллах, Н.Коган и др.) приписывают творческому человеку разные, порой полярные характеристики.

Т.о. проблема нашего исследования – как взаимосвязаны творческие способности и адаптация в младшем школьном возрасте?

В качестве гипотезы выступает предположение о том, что существует взаимосвязь между творческими способностями и адаптацией в младшем школьном возрасте.

Рабочая гипотеза: существуют гендерные особенности взаимосвязи творческих способностей и адаптации в младшем школьном возрасте.

Объектом исследования является адаптация детей младшего школьного возраста.

Предметом исследования выступает взаимосвязь творческих способностей и адаптации к школе у первоклассников.

Задачи исследования:

- теоретический анализ подходов в понимании происхождения и развития творческих способностей;
- исследование особенностей развития творческих способностей у детей 7 – 8 лет;
- изучение различных критериев школьной адаптации у детей 7 – 8 лет;
- изучение особенностей взаимосвязи различных характеристик творческих способностей с уровнем школьной тревожности и типами школьной мотивации;
- изучение гендерных особенностей взаимосвязи творческих способностей и школьной адаптации;
- построение плана коррекционной программы.

Достоверность полученных результатов обеспечивается репрезентативностью выборки, которая состоит из 67 детей, валидностью и надежностью методик, качественным и количественным анализом с использованием методов математической статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, угловое преобразование Фишера)

Методологические и теоретические основаниями, составляющими основу нашего исследования, являются работы в области дифференциальной психологии (В.Н. Дружинин, Дж. Гилфорд), социальной психологии (А. Маслоу, А.А. Налчаджян, В.А. Петровский), возрастной психологии (Д.Б. Эльконин, В.С. Мухина), гендерной психологии (Ш. Берн)

Существует ряд теоретических предположений (Дружинин В.Н., Ж. Пиаже, Налчаджян А.А. и др.), а также экспериментальных исследований об особенностях взаимосвязи творческих способностей и адаптации (Петровский В.А., Дружинин В.Н., Хазратова Н.В.)

Наше исследование отличается от уже известных тем, что мы рассматриваем влияние творческих способностей на различные аспекты школьной адаптации (общая школьная тревожность, страх перед учителем, страх самовыражения и т.д.) у детей 7 – 8 лет. Также мы исследуем влияние



гендерных особенностей взаимосвязи творческих способностей и школьной адаптации.

Несмотря на критику идей Дж. Гилфорда, мы опираемся именно на его теорию, т.к. на данный момент она наиболее полно описывает феномен творческих способностей, а также подтверждена множеством экспериментальных исследований. Нами творческие способности понимаются, в соответствии с концепцией Дж. Гилфорда, как способность к дивергентному мышлению. Дивергентное мышление определяется им как тип мышления, идущего в различных направлениях. Он считал операцию дивергенции основой креативности как общей творческой способности.

Наиболее противоречивые данные получены при анализе личности творческого человека. С нашей точки зрения это может быть связано с тем, что при изучении личностных качеств не учитывается уровень творческих способностей. Анализ проблемы позволяет сделать предположение, что от уровня творческих способностей могут зависеть личностные качества.

Адаптация понимается нами как процесс, который приводит к устойчивой адаптированности личности в типичной проблемной ситуации без патологических изменений ее структурирования, одновременно, без нарушений норм той социальной группы, в которой протекает активность личности.

Большинство авторов в своих теориях рассматривают связь творчества и адаптации. Так, Ж. Пиаже упоминает о том, что приспособление к миру есть активный творческий процесс, в котором ребенок, взаимодействуя с внешней средой, развивает все более сложные стратегии мышления. А. Маслоу считает креативность, творческое отношение к миру и своей личности необходимыми качествами самоактуализирующейся личности. Представитель армянской школы А. А. Налчаджян среди других видов адаптации выделяет инновативную (новаторскую) адаптацию, в ходе и результате которой личность создает новые ценности, осуществляет нововведения в те или иные области культуры. С точки зрения В.А. Петровского одним из способов адаптации является надситуативная активность, которая выступает в явлениях творчества. Петровский определяет творчество как форму надситуативной активности.

Т.о., мы видим, что множество авторов в своих теориях говорят о том, что творческие способности, творческая деятельность существенно влияют на процесс адаптации человека в социуме. Мы вслед за ними предполагаем, что творческие способности помогают осуществить успешную адаптацию.

Школьная адаптация понимается нами как приспособление ребенка к новой системе социальных условий, новым отношениям, требованиям, видам деятельности, режиму жизнедеятельности. В данном исследовании рассматриваются эмоциональный и мотивационный компоненты школьной адаптации. Мотивационный компонент называют по-разному (поведенческий), но выделяют многие авторы. Эмоциональный компонент, с нашей точки зрения, является интегративным. В нем отражается внутреннее

состояние ребенка. Если ребенок успешен в учебной деятельности, то его эмоциональное состояние можно охарактеризовать как положительное. С другой стороны, при наличии успешности в обучении эмоциональное состояние может быть неблагоприятным. В связи с такими особенностями эмоционального компонента школьной адаптации мы не могли оставить его без внимания.

Выделяется множество факторов, влияющих на адаптацию ребенка к школе, относящихся к различным сферам его жизнедеятельности (социальной, психологической, внутрисемейной, внутриличностной, сфера отношений с учителем и т.д.) В нашем исследовании изучались внутриличностных факторов.

Как показали исследования В.В. Сорокиной, многие учителя придерживаются оценочно-безличностной позиции отношения к детям, но даже и проявляя участие к их трудностям, часто не владеют достаточными средствами помощи. Что же касается авторитарной позиции, которая, к сожалению, довольно распространена среди учителей, то она вызывает в ответ лишь неприятие школы. Социально-психологическая адаптация учителей и их личностные особенности являются значимыми для успешной адаптации учеников к школе. Исходя из этого, в нашем исследовании принимали участие дети, учителя которых имели высокие показатели адаптации, самопринятия, принятия других.

Для исследования адаптации учителей нами была применена методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.

В процессе исследования младших школьников мы использовали следующие методики:

- 1) Батарей тестов «Творческое мышление»;
- 2) Методика «Мотивация учения»;
- 3) Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса;
- 4) Методика «Рисунок школы»;

Исследование проводилось на базе средней школы №10. Всего было исследовано 67 детей в возрасте 7 – 8 лет. Все исследовательские процедуры проводились в учебных классах и имели групповой характер. Исследование первоклассников было проведено во втором полугодии. Это объясняется тем, что в первом полугодии первого класса у детей наблюдается нарушение адаптации в связи с поступлением в школу. Затем тревожность начинает постепенно спадать и ко второму полугодию дети уже адаптируются к новым условиям.

Перед началом диагностики творческих способностей экспериментатор мотивировал испытуемых следующим образом: «Ребята, сегодня мы с вами будем играть. Игры у меня необычные. Я хочу посмотреть как вы умеете фантазировать. Постарайтесь давать такие ответы, которые кроме вас никто не сможет придумать» Дети с интересом выполняли задания. Основным отличием детей с низким уровнем творческих способностей от детей с

высокими показателями оказалось то, что первые по истечении некоторого времени теряли интерес к заданию, тогда как вторые с энтузиазмом и увлеченностью выполняли все задания и предлагали продолжить тестирование.

В ходе выполнения методики «Мотивация учения» некоторые дети не могли дать однозначный ответ, в связи с чем нами была выделена седьмая группа: несформированная мотивация учения.

В ходе нашего исследования были получены следующие результаты. Гипотеза о существовании взаимосвязи между творческими способностями и школьной адаптацией у детей 7 – 8 лет подтвердилась.

По результатам исследования можно предположить, что наибольшее влияние на адаптацию оказывают такие показатели творческого мышления как беглость и вербальное творческое мышление. Мы связываем это с востребованностью в школе вербального мышления, а также беглости, как показателя быстрой и высокой продуцируемости ответов.

Между творческими способностями и школьной тревожностью обнаружена только отрицательная взаимосвязь, т.е. чем выше творческие способности, тем ниже факторы школьной тревожности.

Также получены данные о том, что страх самовыражения и низкая физиологическая сопротивляемость стрессу тесно связаны с показателями творческих способностей. Мы объясняем это следующим образом. Высокий уровень способности к творческому самовыражению у детей способствует эмоциональной разрядке и таким образом влияет на способность младшего школьника к высокому уровню сопротивляемости физиологическому стрессу.

В процессе работы было обнаружено, что уровень развития творческих способностей у мальчиков и девочек не отличается, однако характер взаимосвязи между творческими способностями и школьной адаптацией различен. У мальчиков обнаружено большое количество взаимосвязей, в частности, беглость и общая школьная тревожность, переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, низкая физиологическая сопротивляемость к стрессу, а также оригинальность и фрустрация потребности в достижении успеха, вербальное творческое мышление и фрустрация потребности в достижении успеха, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих.

У девочек взаимосвязей между творческими способностями и характеристиками школьной адаптации выявлено не было. Можно предположить, что, хотя по уровню развития творческих способностей и нет гендерных отличий, но существенные различия проявляются в их взаимосвязи со школьной адаптацией. Это говорит о том, что данный вопрос является актуальным и нуждается в дополнительном изучении.

Следует отметить, что в исследовании не обнаружено обратной связи между творческими способностями и школьной адаптацией. Наши данные

несколько отличаются от уже известных относительно трудностей в адаптации детей с высоким уровнем творческих способностей (Р. Бернс). По-видимому, результаты отражают изменения в школьной ситуации и востребованность творческих способностей в учебном процессе.

Литература.

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М., 1991.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995.
3. Берн Ш. «Гендерная психология» СПб, 2001.
4. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М., 1986.
5. Богдавленская Д. Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества. Ростов – на – Дону, 1983.
6. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. СПб., 1999.
7. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб., 1997.
8. Мухина В.С. Возрастная психология. М., 2000.
9. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности. (Формы, механизмы и стратегии). - Ереван, 1988.
10. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. М., 1992.
11. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969.
12. Пономарев Я. А. Психология творчества. М., 1988.
13. Развитие и диагностика способностей // Под ред. В. Н. Дружинина и В. В. Шадрикова. М., 1991.
14. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
15. Сорокина В.В. Негативные переживания детей в начальной школе // Вопр. психол. 2003. №3. С. 43 – 53.
16. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М., 1989.

## **ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю., Масленникова И.В.*

**Самарский государственный медицинский университет, Самара**

В наше время распространено отношение к избыточной массе тела, как символу нездоровья. С медицинских позиций лишний вес является фактором риска многих серьезных заболеваний – сердечно-сосудистых, сахарного диабета, дегенеративно-дистрофических, болезней желудочно-кишечного тракта. На фоне ожирения нередко возникает половая дисфункция.

Избыточная масса тела сопряжена с утратой эстетической привлекательности, развитием комплекса телесной неполноценности, особенно у женщин. Весьма актуальна данная проблема сегодня, когда эталоном красоты принято считать фотомоделей, стройность которых подчеркивают обложки популярных глянцевого журналов. Постоянная

борьба полных людей с лишним весом и с самими собой, хронические изнуряющие диеты (или отчаянные попытки их придерживаться) и спортивные тренировки вплоть до самоистязания зачастую помогают лишь на некоторое время, после чего вес тела снова увеличивается, что приводит человека в угнетенно-раздражительное состояние духа.

По данным Т.Г.Вознесенской (2000), у 60% больных ожирением наблюдается нарушение пищевого поведения, что является основой пищевой зависимости. Некоторые авторы говорят о пищевой аддикции, когда еда становится агентом, при помощи которого человек уходит от объективной реальности. Аддикцию к еде считают промежуточным звеном между нехимическими и химическими зависимостями (Ц.П.Короленко, Н.Н.Дмитриева, 1999).

Особенности пищевого поведения различны по своим клиническим проявлениям, тесно связаны с эмоционально-личностными характеристиками, актуальной социальной ситуацией пациента.

Анализируя причины возникновения ожирения, некоторые авторы уделяют большое внимание неконструктивным условиям развития и наличию проблем в семейном воспитании людей, имеющих избыточную массу тела, подчеркивая, что культура пищевого поведения во многом определяется знаниями, установками и стратегиями мышления, которые были получены в семье.

В.Бройтигам и соавт., (1999) рассматривают нарушения пищевого поведения как дезадаптивный способ разрешения конфликтов, подчеркивая значимость ситуаций, в которых еда имеет значение замещающего удовлетворения. По мнению Н.Ю.Красноперовой (2001), переедание, возникающее в стрессовых ситуациях, является формой психологической защиты и, в то же время, основным механизмом прибавления массы тела.

У людей с ожирением отмечается преобладание малоадаптивных механизмов совладающего поведения, для них характерно недостаточное использование личностных и средовых копинг-ресурсов (Л.С.Сергеева, 2008).

У пациентов с ожирением А.Н.Дорожевец (2005) выделяет такие психологические особенности как высокий уровень эмоционального напряжения, повышенная тревожность, ауто- и гетероагрессия, замкнутость, недоверчивость, сдержанность, сенситивность, стремление к доминированию в сочетании с неуверенностью в себе и избыточной самокритичностью, склонность к лёгкому возникновению фрустраций, гиперсоциальность установок, аффективная ригидность. По мере нарастания степени ожирения автор отмечает увеличение проявления ипохондрических тенденций у пациентов.

Искажение образа телесного Я у лиц с избыточной массой тела способствует их социально-психологической дезадаптации и в значительной мере осложняет лечебный процесс, вследствие чего особое внимание следует уделять особенностям самовосприятия пациентов с ожирением.

На базе отделения эндокринологии МСЧ №6 г. Самара нами было проведено исследование психологического статуса 30 женщин, страдающих алиментарным ожирением II степени в возрасте от 21 до 42 лет. Контрольная группа была представлена 25 женщинами с нормальной массой тела того же возраста.

Методы исследования: методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; методика исследования самоотношения С.Р. Пантилеева (1993); методика «Диагностика телесного Я» И.В. Лыбко (2008); опросник исследования образа тела Deane Jade.

По результатам методики Дембо-Рубинштейн в экспериментальной группе всего 20% пациенток имели устойчивую повышенную самооценку. У 16,7% женщин была выявлена низкая самооценка; у 63,3% - неустойчивая с низкими значениями по шкалам «Красивая фигура» (63,3%), «Привлекательность» (60%), «Ценность в глазах других» (56,7%), «Физическая активность» (50%), что определяет затруднения в процессе реализации собственных возможностей, установлении социальных контактов, высокую чувствительность к мнению окружающих, замкнутость и отгороженность во взаимоотношениях. Компенсаторно повышена самооценка по шкалам «Характер» (53,3%), «Ум» (46,7%).

Показатели по шкале «Оптимизм» снижены у 70% представительниц экспериментальной группы, по шкале «Удовлетворенность собой» - у 66,7%.

Группу с пониженной самооценкой представляли в основном женщины, быстро располневшие после родов, а также молодые незамужние женщины, имеющие избыточную массу тела с детского возраста. Женщины с нормальной устойчиво повышенной самооценкой не рассматривали ожирение как выраженный эстетический дефект, а причиной их обращения к врачу явилось наличие сопутствующих соматических заболеваний.

В контрольной группе у 70% респондентов была выявлена устойчивая равномерно повышенная самооценка.

Анализ результатов методики исследования самоотношения показали преобладание в структуре самоотношения у представительниц основной группы внутренней конфликтности (73,3%), самообвинительных реакций (56,7%), фактора «отраженное самоотношение» (66,7%), что вполне объяснимо на фоне неустойчивой и пониженной самооценки. Склонность к рефлексии на общем отрицательном эмоциональном фоне могут усиливать негативное самовосприятие, и компенсаторно – увеличивать потребление легкоусваиваемой пищи, богатой углеводами, что в свою очередь способствует усилению самообвинительных реакций.

У 56,7% представительниц основной группы выявлено снижение по фактору «Самопринятие своего телесного Я» и у 76,7% - повышение по фактору «Влияние другого на отношение к своему телу», что отражает сомнения в ценности собственного Я, снижение интереса к своим телесным ощущениям, а также повышение реакций конформизма и ориентацию на социальное одобрение.

В контрольной группе доминировали такие факторы как самооценność, самопринятие, самопривязанность. Большинство женщин данной группы считали себя достаточно привлекательными.

Результаты исследования образа тела указывают на тенденцию к некомфортному восприятию собственного тела в экспериментальной группе, что существенно снижает качество повседневной жизни, увеличивая количество эмоционально-значимых проблем.

Нарушения образа телесного Я является серьезным вторичным психопатогенным фактором, усиливающим социально-психологическую дезадаптацию больных ожирением.

Разработка психокоррекционной программы на основе данных исследования позволит существенно повысить качество жизни женщин с избыточным весом.

## **КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Муштенко Н.С., Артюхова М.А., Солнцева А.Ю., Черникова Е.В.,  
Шульгина М.А.*

**Курский институт социального образования, Курск**

В современном российском обществе происходят глубокие фундаментальные изменения. Они связаны со стремлением не только провозгласить, но и реализовать на практике идеи гуманизма. Анализ истории развития проблемы инвалидности говорит о том, что пройдя путь от представления о «беспольности» инвалидов, неприязни к ним, изоляции до концепции привлечения к труду неполноценных членов, общество подошло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патофизическими синдромами, психосоциальными нарушениями. Численность инвалидов в России постоянно увеличивается, важно при этом отметить резкое увеличение этого показателя относительно детского возраста. Среди заболеваний, приводящих детей к инвалидности, особое место занимают злокачественные новообразования. Исходя из выборочных статистических исследований, в нашей стране ежегодно заболевают злокачественными опухолями не менее 6000 детей различного возраста.

Онкологические заболевания у детей имеют свои особенности. К примеру, известно, что раковые заболевания у детей, в отличие от взрослых, являются казуистикой и встречается чрезвычайно редко. Общая заболеваемость злокачественными опухолями у детей относительно невелика и составляет примерно 1–2 случая на 10000 детей, в то время как этот показатель в десятки раз выше. Примерно треть случаев злокачественных новообразований у детей составляют лейкозы и лейкемии. Если у взрослых 90% опухолей связано с воздействием внешних факторов, то для детей несколько большее значение имеют генетические факторы.

С развитием онкологии стали особенно актуальны вопросы о психоэмоциональном состоянии онкологических больных. Становится очевидным, что злокачественные опухоли или рак – это одно из заболеваний, которое несет в себе мощную стрессовую нагрузку. Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания у многих больных вызывают психологический хронический стресс. Их волнуют мысли о том, как будет проходить болезнь и насколько она опасна для жизни, поскольку среди людей бытует ошибочное мнение, что рак – болезнь неизлечимая. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность или депрессия могут усугубить течение болезни. Имеющиеся в мировой научной литературе сведения о влиянии психологического стресса на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависит от отношения человека к болезни, его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом.

Нередко после того, как ребенку сообщают диагноз, он становится раздражительными, угнетенными, замкнутыми. Они эмоционально более зависимы от родителей, часто теряют друзей, знакомых, физически менее активны, принимают ограниченное участие в учебном процессе. Все это неблагоприятно влияет на физическое и эмоциональное развитие, а в дальнейшем и на психическое здоровье ребенка, его социальную адаптацию.

В этой связи возникает необходимость в разработке эффективных средств и методов в реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов с онкозаболеваниями.

1 июля 2005 года Общество им. Л.С. Выготского совместно со специалистами центра «Нейро» приступило к реализации проекта «Мастер-класс по жизни», который направлен на усиление социальной активности родителей детей с онкозаболеваниями, привлечение внимания к проблемам этих детей, повышение уровня социальной адаптации и реабилитации детей, нормализацию жизни их семей, формирование системы психологической помощи детям и внедрение ее в практику Детского онкогематологического центра областного клинического онкодиспансера.

В нашем городе мало разработана психотерапевтическая практика для детей с онкозаболеваниями. В соответствии с этим, существует практическая необходимость реализации подобного рода социальных проектов на базе Детской областной клинической больницы на ул. Кольцова, где проходят лечение дети с злокачественными новообразованиями. В процессе нахождения детей в отделении постоянно наблюдаются последствия психической депривации: у детей запаздывает развитие социальных и коммуникативных навыков, они не умели выражать собственные пожелания, не были знакомы с играми, соответствующими их возрасту, сужался круг интересов. Поэтому проблема оказания психосоциальной помощи



онкологически больным детям является одной из актуальных в современном обществе.

Данный социальный проект направлен на коррекцию эмоционального состояния детей с онкологическими заболеваниями посредством арт-терапии, игротерапии, сказкотерапии.

**Предметом** социального проекта является негативное эмоциональное состояние детей с онкологическими заболеваниями.

**Объектом** являются дети с онкологическими заболеваниями.

**Целью** проведения социального проекта является проведение психологической коррекции негативного эмоционального состояния детей с онкологическими заболеваниями посредством арт-терапии, игротерапии, сказкотерапии.

В соответствии с целью проекта нами был сформулирован блок общих и частных задач.

**Общие задачи:**

1. Стабилизация психологического состояния детей.
2. Снятие невротической симптоматики.
3. Формирование уровня осознанности в эмоциональной и поведенческой сферах.
4. Пробуждение творческого потенциала, способности по-новому, нестандартно видеть жизненные ситуации и разрешать затруднения.

**Частные задачи:**

1. Сформировать позитивное отношение к себе.
2. Развить у детей спонтанность и совершенствовать внимание, память, мышление (когнитивные навыки).
3. Научить самовыражаться.
4. Развить ценные социальные навыки (в групповой работе).
5. Освоить новые роли и проявлять латентные качества личности, а так же наблюдать, как изменения собственного поведения влияет на окружающих.
6. Повысить самооценку, что ведет к укреплению личной идентичности.
7. Развить навыки принятия решений.

**Результатом** выполнения проекта станет оказание непосредственной психологической помощи детям с онкологическими заболеваниями, которые проходят лечение в Детской областной клинической больнице на ул. Кольцова. Проект рассчитан на 5 занятий, каждое длительностью около 40 минут.

**Методы реализации:** арт-терапия; игротерапия; сказкотерапия.

Групповая работа с детьми дает возможность поговорить о своих тяжелых переживаниях, страхах, помочь справиться с затруднениями, поделиться друг с другом опытом преодоления страхов, проработать их в рисунках, играх, научиться делиться этими чувствами друг с другом. Использование данных методов вызывает положительные эмоции,

способствуя преодолению апатии, подавленности, безынициативности, помогает сформировать более активную жизненную позицию. Арт-терапия дает возможность социально приемлемого выхода агрессивности и других негативных чувств, позволяет проанализировать мысли и чувства и постепенно развивать способность к саморегуляции. Многие авторы подчеркивают, что арт-терапевтические методы облегчают также процессы психосоматических заболеваний.

**Сфера применения:** Детская областная клиническая больница г. Курска по ул. Кольцова.

**Практическая значимость** данного проекта сводится к тому, что с помощью предложенных методов можно осуществить коррекцию негативного эмоционального состояния детей с онкологическими заболеваниями.

Пример одного из дней данного проекта будет выглядеть следующим образом:

### **ЗАНЯТИЕ № 1.**

#### **1. Сказка «Роза и ромашка»**

Направленность: Низкая самооценка. Неуверенность. Чувство неполноценности.

Ключевая фраза: «Я некрасивая и плохая».

В маленьком городе без названия был крошечный садик, в котором росла прекрасная алая роза. Неподалеку от розы росла бедная беззащитная ромашка. Она только что распустилась, ее еще не окрепшие лепестки были белыми, обычными. Ромашку окружало множество разнообразных полевых цветов. Но ее ничто не радовало. В ее крошечной желтенькой головке была большая мечта – стать прекрасным, необычным цветком. Ромашка с восхищением смотрела на ухоженную розу. Когда была засуха, хозяин поливал свой цветок, когда шли обильные дожди, розу накрывали, и ни одна грозная капля не попадала на бархатные лепестки нежного цветка. «Как же ей хорошо, – думала ромашка. – Оказаться бы мне на ее месте», – не переставал мечтать маленький желтенький цветок с длинными лепесточками, похожими на крылышки бабочек.

Но вот однажды шел по дорожке ребенок. Увидев ромашку, он с восхищением сказал: «Какой красивый цветок!». Ромашка сначала не могла понять этих слов, до этого момента она считала себя самым уродливым растением. Малыш просветил ромашку, она поняла, что все цветы хороши по-своему.

#### **Вопросы для обсуждения:**

Почему Ромашка с восхищением смотрела на розу?

Что значит «все цветы хороши по-своему»?

Можно ли эту фразу сказать про людей?

#### **2. Игра «Город мечты»**

Инструменты: 2 ватмана, цветная бумага, пустые коробочки из-под лекарств, ножницы, клей.

Инструкция: Все дети делятся на 2 команды. С каждой командой работают 2 психолога. Один из психологов предлагает детям сконструировать город мечты.

### **3. Упражнение: «Большое заселение города мечты»**

Инструменты: Заранее, вырезанные из картона схематические человеческие фигурки высотой около 10 см., краски, цветные ручки.

Психолог: Теперь, когда у нас есть город, мы можем приступить к заселению. Пусть каждый выберет в своем городе любимое место, где ему хотелось бы жить и поселиться там. Это место может располагаться на «земле соседа». Поставьте (положите) на выбранное место свою фигурку. При заселении города возможны варианты:

- каждый из ребят занимает исключительно «свою землю»;
- некоторые места заселяются активнее других.

И в том, и в другом случаях психологу следует попросить детей объяснить свой выбор.

Оживший, заселенный город обычно очень нравится детям. Фигурки можно легко переставлять, они могут «гулять, путешествовать».

**Выводы:** Онкологические, как и все другие тяжелые заболевания у многих больных вызывают мощный психологический стресс. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность могут усугубить течение болезни.

Купирование на первых этапах терапии неблагоприятных эмоциональных воздействий, представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического заболевания.

Эмоциональной реакцией на заболевание пациентов с диагнозом «рак» является ощущение внутренней напряженности, страха, повышение общего уровня тревоги, неуверенности в себе, появление страха за будущее.

На фоне всех реакций и дополнительно неполной и неправильной информации о таком заболевании, у больного занижается самооценка, он как бы «пассует» перед болезнью. В этом случае требуется квалифицированная психологическая помощь.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости:

- организации междисциплинарных научных исследований по проблеме психических и личностных нарушений у детей, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями и в их семьях;
- проведения научных исследований, направленных на разработку наиболее эффективной медикаментозной тактики при лечении психических нарушений у онкологически больных детей;
- организации психосоциальной помощи онкологически больным детям и их семьям.

Учитывая неблагоприятное воздействие эмоциональных нарушений на внутреннюю картину болезни онкологических больных в работе был предложен ряд психотерапевтических методов коррекции, таких как: сказкотерапия, арт-терапия и игротерапия. Эти методы используются для

создания благоприятной психологической обстановки, направлены на успокоение больного, на устранение страха, тревоги, вселение уверенности в успех лечения; активирование ребенка, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению.

Таким образом, изложенные выше закономерности представляются значимыми с практической точки зрения. Учет этих закономерностей позволяет разрабатывать реабилитационные программы с учетом особенностей таких пациентов, что обеспечит в конечном итоге высокую эффективность лечения онкологического заболевания.

При этом одни только психологи и психиатры, работающие в системе здравоохранения, не смогут решить всех проблем. Им нужна помощь, участие педагогов, социальных работников, деятелей культуры и религии, поиск сотрудничества не только с больными, но и с их семьями, родственниками и обществом, в котором эти люди живут.

Литература.

1. Исаев Д.Н. Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакция детей на процесс умирания//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1992, №2. – С.17–28.
2. Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э. Психосоциальная помощь в детской онкогематологии//Реабилитация детей с ограниченными возможностями в Российской Федерации. – Дубна, 1992. – С. 76–77.
3. Сагидуллина Л. С. Поражение нервной системы при острых лейкозах у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1973. – 21 с.
4. Шац И.К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Л., 1989. – 26 с.
5. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта//Московский психотерапевтический журнал. - 1992. – С. 5–40.

## **СОСТОЯНИЕ ВЫГОРАНИЕ КАК ИСТОЧНИК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ВРАЧЕЙ**

*Недурова Т.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Современные исследователи в области изучения профессиональной деятельности врачей [4,5,10] выражают обеспокоенность относительно того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Согласно данным Британской медицинской ассоциации (1992), 40 % все случаи нетрудоспособности врачей связаны со стрессом. Среди обследованных медиков 1/3 принимала медикаментозные средства для снятия психоэмоционального напряжения, а степень употребления алкоголя с этой целью превышала средний уровень в популяции. Обследование врачей общей практики в Европейских странах выявило у них высокий уровень

тревоги, причем у половины обследуемых уровень клинически выраженной депрессии был выше, чем у пациентов [4,15].

Психологические исследования, проводимые различными организациями, исследователями в России [1,3,5,10,13] также подтверждают сложившуюся тенденцию - врачи выгорают. Предыдущие работы в данной области, предпринятые нами [2,3,5,8,11] свидетельствуют о наличии у врачей высоких показателей выгорания, таких же, как у спасателей, пожарных, военнослужащих с опытом участия в боевых действиях, что может свидетельствовать о начале деформационных процессов в их профессиональной и личной сферах.

Проблема влияния профессиональной деятельности на формирование сознания личности занимало умы ещё древних философов, но особенно часто эта проблема стала обсуждаться в конце XIX века, а в начале XX века известный социолог Питирим Сорокин для обозначения особого социально-психологического феномена ввел в научный оборот специальное выражение "профессиональная деформация" [3,7,9]. В психологии данная проблема получила свое название - проблема взаимосвязи деятельности и личности, профессии и сознания.

Наряду с понятием профессиональная деформация в области исследований по проблемам взаимовлияния профессии и личности используется понятие выгорание. Многие авторы рассматривают данные понятия как равнозначные [4,9,14], другие определяют выгорание как форму профессионально-личностных деформаций [5,6,8,10], сейчас наметились исследования доказывающие, что выгорание является источником формирования профессионально-личностных деформаций [6,15].

На основании рассмотренных нами подходов к пониманию профессионально-личностных деформаций [4,7,13] и состояния выгорания [3,5,10,17,18] мы определяем, что состояние выгорание может выступать источником возникновения профессионально-личностных деформаций.

Это подтверждается следующими выводами:

Во-первых, профессионально-личностная деформация также как и выгорание проявляется в первую очередь в профессиональной среде "человек-человек" [5,7,9,12], возникая в ситуациях интенсивного профессионального общения [1,7, 15,17].

Во-вторых, пики профессионально-личностной деформации также как и состояния выгорания приходятся на 4 -7-й годы работы профессионала [5,7,13].

В-третьих, состояние выгорание как психическое состояние является временной и динамичной характеристикой [1,3,6], которое закрепляется и может переходить в устойчивые черты личности профессионала, чаще всего негативные. Профессионально-личностная деформация – это постепенно накопившиеся под влиянием условий и опыта профессиональной деятельности изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающееся на продуктивности труда и взаимодействия с

другими участниками этого процесса, а также на развитие самой личности [4, 17]. Таким образом, состояние выгорание может способствовать возникновению профессионально-личностных деформаций как устойчивых отрицательных свойств личности специалистов.

В-четвертых, три основные составляющие состояния выгорания: эмоциональная истощенность, деперсонализация и редукция профессиональных достижений при сохранении прежних условий профессиональной деятельности могут выступать источником для возникновения различных форм профессионально-личностных деформаций [5,13].

Цель исследования – изучение состояния выгорания как источника возникновения профессионально-личностных деформаций врачей.

Задачами исследования являются:

1. Исследование состояния выгорания в группах врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи.
2. Исследование влияния состояния выгорания на эмоциональную сферу врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи.
3. Исследование влияния состояния выгорания на копинг-стратегии врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи.

Эмпирическое психологическое исследование осуществлялось в течение 2005-2009гг. на базе областной клинической и городских больниц города Курска и больницы скорой медицинской помощи г.Белгорода. Групповое и индивидуальное исследование проводилось с врачами хирургами, врачами-терапевтами и врачами скорой медицинской помощи. Общий объем выборки исследуемых составил 90 человек (30 врачей-хирургов, 30 врачей-терапевтов и 30 врачей скорой медицинской помощи).

В исследовании использовались эмпирические методы: наблюдение, беседа, архивный метод, психодиагностические методы (методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» по В.В. Бойко, методика Maslach Burnout Inventor – MBI (С.Maslach, S.E.Jackson), самооценочный тест «Характеристики эмоциональности», направленный на выявление следующих показателей: эмоциональная возбудимость, интенсивность эмоций, длительность эмоций и отрицательное влияние эмоций на эффективность деятельности и общения, методика «Изучение копинг-поведения» (Heim E.) и методы количественной и качественной обработки данных: методы оценки значимых различий.

Решая задачу, исследование состояния выгорания в группах врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи мы первоначально изучили стадии формирования состояния выгорания и получили следующие результаты.

В группе врачи-хирурги по шкале «напряжение» уровень  $p=0,074$ , среднее значение переменной 37,31, уровень  $Me=39,00$ . По шкале «резистенция» уровень  $p=0,074$ , среднее значение переменной 48,3, уровень

Me=44,50. По шкале «истощение» уровень  $p=0,074$ , среднее значение переменной 46,57, уровень Me=35,56. В группе врачи-терапевты по шкале «напряжение» уровень  $p=0,072$ , среднее значение переменной 31,30, уровень Me=33,50. По шкале «резистенция» уровень  $p=0,072$ , среднее значение переменной 39,30, уровень Me=41,00. По шкале «истощение» уровень  $p=0,072$ , среднее значение переменной 37,30, уровень Me=39,50. В группе врачи скорой медицинской помощи по шкале «напряжение» уровень  $p=0,083$ , среднее значение переменной 31,33, уровень Me=33,00. По шкале «резистенция» уровень  $p=0,083$ , среднее значение переменной 44,43, уровень Me=42,50. По шкале «истощение» уровень  $p=0,083$ , среднее значение переменной 30,80, уровень Me=33,50.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у всех трех групп испытуемых происходит формирование симптоматики состояния выгорания. Причем исследование значимости различий в фазах состояния выгорания (132,380; 136,321; 102,5) показало, что в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи процесс формирования состояния выгорания происходит интенсивнее.

Исследование показателей состояния выгорания в группах испытуемых показало, что в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи показатели эмоционального выгорания значимо выше, чем в группе врачей-терапевтов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что профессиональная врачебная деятельность врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи, которая обладает такими свойствами, как выраженный стрессовый фактор, экстремальные условия (параметр смерть – жизнь), ответственность за жизнь других является значимой в формировании состояния выгорания.

Решая задачу, исследование влияния состояния выгорания на эмоциональную сферу врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи мы получили следующие результаты.

В группах врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи в отличие от врачей-хирургов отмечаются значимо низкие показатели эмоциональной возбудимости, различия значимы при  $p=0,0056$  и интенсивности эмоций, различия значимы при  $p=0,0241$ . У врачей скорой медицинской помощи и врачей-хирургов в отличие от врачей-терапевтов отмечаются более высокие показатели длительности эмоций, различия значимы при  $p=0,0014$ . В трех исследуемых группах выявлены высокие показатели отрицательного влияния эмоций на профессиональную деятельность и общение.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи обнаружены более высокие показатели по всем шкалам (длительность эмоции, эмоциональная возбудимость, интенсивность эмоции, отрицательное влияние эмоции на эффективность деятельности и общения), что свидетельствует о влиянии состояния выгорания на их эмоциональную сферу. Полученные результаты

исследования состояния выгорания и его фаз соответствуют полученным данным исследования эмоциональной сферы врачей: формирующееся состояние выгорания приводит к изменениям в эмоциональной сфере как профессионально-личностной деформаций врачей.

Решая задачу, исследование влияния состояния выгорания на копинг-стратегии врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи были получены следующие результаты.

В группах испытуемых нет выраженных различий по когнитивным копинг-стратегиям. Во всех трех исследуемых группах присутствует тенденция выраженности когнитивных относительно-адаптивных копинг-стратегий и низких значений адаптивных когнитивных копинг-стратегий.

В группе врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи в отличие от врачей-терапевтов получены значимые различия по показателю эмоциональных неадаптивных копинг-стратегий (). Данные результаты согласуются с полученными нами результатами по показателю эмоционального выгорания (в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи показатели эмоционального выгорания выше, чем в группе врачей-терапевтов). Так как эмоциональный компонент в структуре состояния эмоционального выгорания является ведущим, то данные результаты подтверждают его влияние в процессе деформирующих тенденций профессиональной деятельности врачей.

В отношении поведенческих копинг-стратегии среди групп испытуемых значимых различий не обнаружено. Однако во всех трех группах выраженными являются неадаптивные копинг-стратегии.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группах испытуемых по всем копинг-стратегиям отсутствуют высокие показатели адаптивных копинг-стратегий. Это доказывает влияние состояния выгорания на копинг-стратегии врачей и включении их в процесс профессионально-личностной деформации.

Таким образом, на основании полученных результатов исследования делаем следующие выводы:

Профессиональная деятельность врача-хирурга, врача-терапевта, врача скорой медицинской помощи находится в зоне повышенной опасности возникновения состояния выгорания и профессионально-личностных деформаций.

Формирование симптоматики и фаз состояния выгорание происходит быстрее и интенсивнее в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи, что согласуется с полученными в данных группах высокими показателями выгорания. Это объясняется специфичностью (выраженная стрессогенность, повышенная экстремальность) профессиональной деятельности врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи в отличие от врачей терапевтов.

Влияние состояния выгорания на эмоциональную сферу и копинг-стратегии врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи



доказывает нашу гипотезу о том, что состояние выгорания может выступать источником возникновения профессионально-личностных деформаций.

Выявленные высокие показатели отрицательного влияния эмоций на профессиональную деятельность и общение врачей трех групп указывают на включение эмоций в деформационный процесс.

Преобладание в группах врачей неадаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий указывает на ослабление защитной сферы личности врачей и открытости для возникновения различного рода профессионально-личностных деформаций.

Таким образом, полученные данные указывают на то, что профессия врача, несущая собой помощь другим сама заслуживает более внимательного отношения и помощи.

Список литературы.

1. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие, участие и современное состояние проблемы. М.: Изд-во Московского университета, 1984. 200 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер. 105с.
3. Большакова Т.В., Орел В.Е. Исследование взаимосвязи личностных характеристик и психического выгорания у врачей хирургического профиля // Социальная психология XXI столетия Т.1. / Под ред. профессора Козлова В.В. Ярославль, 2002. С. 112–114.
4. Волков Д.А. Деформации профессиональной деятельности: Дисс... на соиск. уч. степ. к.п.н. Москва, 2004. 130 с.
5. Даровская И.Д. Индивидуальные особенности психической адаптации личности в опасных прогрессиях (на материале деятельности инкассаторов). Дисс. на соискание уч. ст. к.п.н. Москва. 2000. 253 с.
6. Зеер Э.Ф. Психология профессий. – М., 2005.
7. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Кризисы профессионального становления личности // Псих. журнал, 1997. Т. 18. № 6. с. 35-44.
8. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. - СПб: Питер, 2002. – 752с.
9. Климов Е.В. Введение в психологию труда. М. 1998.
10. Лебедев И.Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс преодолеляющего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России). Дисс. на соиск. уч. ст. док. псих. наук. М. 2002. 287 с.
11. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник Моск. Ун-та. Серия 14, Психология. 2000. № 3. с. 4-19.
12. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука. 1984. 445 с.
13. Маркова А.К. Психология профессионализма. М.: Международный фонд «Знание», 1996. 308 с.
14. Орел В.С. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Псих. журнал. 2001. Т. 22. №

1.С. 90-101.

15. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья // Вестник БГМУ. 2003, №2.

16. Трунов Д.Г. Еще раз о профессиональной деформации // Психологическая газета. – 2004. – №6. С 32-34.

17. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. - Palo-Alto, C.A. – 1988. – 32 p.

18. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – P. 397-422.

## **МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОЦЕССА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНО- МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*Никишина В.Б.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Макросоциальное значение демографических задач раскрывается в первую очередь, в повышении репродуктивной активности населения. И в этом контексте, качество медицинского сопровождения процесса беременности и родовспоможения может и должно рассматриваться как существенный фактор и мотиватор, решения вопроса увеличения репродуктивной активности.

Рассматривая, психологическое сопровождение лечебного процесса как систему терагностических, психокоррекционных и психотерапевтических воздействий, направленных на поддержание и оптимизацию ресурсного потенциала личности в ситуации лечебного взаимодействия, целесообразно выделить ряд особенностей его реализации:

-во-первых, содержание и организация психологического сопровождения лечебного процесса определяется спецификой и задачами самого лечебного процесса (плановость-экстренность, хирургическое - терапевтическое и т.д.);

-во-вторых, реализация психологического сопровождения лечебного процесса определяется особенностями структурно-функциональной организации лечебного учреждения (стационар – поликлиника, специализированное - многопрофильное).

Последние десятилетие отмечается очевидным возрастанием научно-исследовательского интереса к процессу психологического сопровождения женщин в период беременности, однако, большинство исследовательских подходов ограничивают пространство психологического сопровождения родовым периодом. В этой связи, разрабатываемый подход представляет собой и методологический концепт и технологию его реализации в ситуации четко определенных условий деятельности профильного медицинского

учреждения, основной задачей которого является осуществление процесса родовспоможения.

Современная медицинская практика процесса родовспоможения интегрирует опыт и участие специалистов различного профиля (врачей гинекологов, анестезиологов, акушеров, педиатров и т.д.). Психологический аспект участия в процесс родовспоможения входит в отечественных условиях осторожно и неуверенно. И, тем не менее, входит. Представленная модель психологического сопровождения процесса родовспоможения нашла и проходит свой пилотажный этап в условиях профильного медицинского учреждения (Городской роддом №2 г.Курска).

Особенностями реализации психологического сопровождения процесса родовспоможения являются, во-первых, неопределенность во времени и длительности процесса родов; во - вторых, реализация психологического сопровождения во взаимодействии с врачами, акушерами, анестезиологами; в - третьих, наполненность процесса родов для женщины интенсивными болевыми ощущениями и эмоциональными переживаниями; в - четвертых, влияния психоэмоционального состояния женщины в процессе родов, как на ее соматическое состояние, так и на состояние ребенка.

Процесс родов в своей динамике реализуется в трех периодах: первый - самый продолжительный, период раскрытия, характеризуется регулярными схватками с нарастающей интенсивностью и длительностью; второй период - период изгнания плода, именно в ходе этого периода рождается ребенок; третий период - последовый, в ходе этого периода происходит рождение последа. Представленная последовательность реализации процесса родов и родовспоможения стала основанием построения модели психологического сопровождения. При, том, что основные задачи психологического сопровождения решаются именно в ходе первого этапа. В качестве объекта выступает психоэмоциональное состояние женщины в процессе родовспоможения. Субъекты процесса психологического сопровождения родовспоможения - врач акушер-гинеколог, акушер, клинический психолог, беременная женщина.

Алгоритм психологического сопровождения процесса родовспоможения реализуется в системе трех взаимосвязанных задач:

- эмоциональной поддержки женщины, находящейся в процессе родов;
- активизация регуляторного потенциала женщины в преодолении болевых ощущений в процессе родов;
- нейтрализация эгоцентрических установок и реакций женщины, переключение их акцента установок на ребенка.

Критерии эффективности процесса психологического сопровождения родовспоможения можно рассматривать в двух взаимосвязанных аспектах. Во-первых, снижение интенсивности переживания субъективного компонента болевых ощущений беременной женщины в периоде нарастающей интенсивности схваток. Боль, как психофизиологическая реакция сенсорной модальности переживается в объективном и

субъективном проявлении (Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Еникопов С.Н., 2007). И если, объективная компонента переживания боли, безусловно, не попадает в пространство компетентных возможностей клинического психолога, то субъективная компонента ( вклад субъективной компоненты в общую картину болевых ощущений может варьироваться от 10% до 50%), очевидно, может быть скорректирована и даже нейтрализована в ходе психологического сопровождения процесса родовспоможения. Субъективное переживание боли как психоэмоциональной реакции трансцендирующей общую интенсивность болевых ощущений, проявляется в страхе боли и установке - ожидания болевых ощущений. Субъективное переживание боли усиливается эгоцентрическими установками женщин и фиксацией на них, тем самым увеличивая генерализацию объективной компоненты болевых ощущений. Механизм нейтрализации субъективной компоненты болевых ощущений реализуется в предворяющем замещении установки страха ожидания боли между схватками (многократно, через психоэмоциональное напряжение, усиливающее интенсивность объективной компоненты болевого ощущения) акцентированием или выстраиванием доминантного значения состояния ребенка для матери. Надо отметить, что установка страха ожидания боли женщиной самостоятельно нейтрализована или замещена быть не может. Во-вторых, эффективность психологического сопровождения процесса родовспоможения может рассматриваться с позиции нейтрализации травмирующего опыта женщины, фиксирующегося в состоянии травмы боли. Травма боли – это вид переживания, возникший в результате психофизиологической фиксации на болевом ощущении, проявляющийся в эмоционально-перцептивной готовности реагировать на эквивалентное медицинское воздействие острой негативной реакцией ожидания боли. Базовым конструктом феномена «травма боли» является – переживание. Понятие переживания в психологии определяют как любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие его внутренней жизни. «Переживание» делает возможным осмысление изменения личности как целого» (Л.С. Выготский). В этом изменении выделяются "поворотные" переживания. За ним скрыты конфликты и кризисы жизни человека. Травма боли становится переживанием, которое представляется травмирующим событием внутренней жизни женщины. Женщина отказывается войти в ситуацию связанную с травмирующим опытом, то есть отказывается на длительное время ставить вопрос о рождении второго ребенка.

В целом, представленная модель психологического сопровождения процесса родовспоможения содержит все основные конструкты (объект, предмет, условия реализации, цель и задачи, критерии эффективности) и рассматривается авторами с позиции дискуссионного содержания.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИН, ИДУЩИХ НА ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Новгородцева И.В., Головина Е.В.*

**Кировская государственная медицинская академия, Киров  
Ухтинский межтерриториальный родильный дом, Ухта**

Проблемы аборт в последние десятилетия приобрела наибольшую актуальность, т.к. до сих пор во многих странах мира, в том числе в России продолжает оставаться основным средством регуляции рождаемости.

На сохранение репродуктивного здоровья, сокращение уровня смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения направлена демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 09.10.2007. Помимо демографических потерь это неблагоприятно скажется на показателях социально-экономического развития страны, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской, социальной и психологической помощи. Поэтому, осуществление мероприятий по предупреждению абортов, проведение консультаций по вопросам социальной и психологической защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка семьи в период беременности, психологическая поддержка женщины после прерывания беременности – одно из главных направлений деятельности специалистов, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка.

Абортом (от лат. abortus - выкидыш) называется всякое прерывание беременности. Психологи уделяли данной теме достаточного внимания. Большинство работ, посвященных женщинам, материнству, прерыванию беременности принадлежат К. Хорни, З. Фрейд, Д. Пайнз — представителям психоаналитического направления; в гештальтпсихологии – Г. Саватье. Особенности проявления инстинкта материнства исследовал И.А. Захаров. Феномен формирования привязанности матери к ребенку в случае нежелательной беременности изучали В.И. Брутман и И.С. Радионова, которые показали наличие психологических статусов женщин с нежелательной беременностью. Американские психологи Винсент Ру, Спекхард А. выявили и исследовали у женщин постабортный синдром. Согласно исследованиям И.И. Гребешевой были выявлены основные причины абортов женщин. Исследованиями личностных особенностей женщин, идущих на искусственное прерывание беременности, занимались Юсупова А.Н., Пуллавская В., В.Ю. Альбицкий.

Для устранения неблагоприятных психологических и медицинских последствий необходимо с учётом личностных особенностей разрабатывать программы социальной, психологической и медицинской поддержки женщинам, идущим на искусственное прерывание беременности.

Под психологической поддержкой мы понимаем систему мероприятий, проводимых психологом и направленных на предупреждение, смягчение или преодоление различного рода психологических затруднений, возникающих у отдельного человека или группы людей средствами практической психологии.

Психологической поддержкой занимались такие психологи как Бернард Ф., Зайг, Глэддинг С., Борулава Г.А., Роджерс К, Юнг К. и другие.

В настоящее время создаются службы для психологического консультирования в кризисных ситуациях, связанных с беременностью, постабортным синдромом – это Центры защиты семьи, материнства, детства «Благовещение», фонд «Семья и детство», межрегиональная ассоциация «Жизнь» и другие.

Проведение психологической поддержки невозможно без изучения личностных особенностей женщин, идущих на искусственное прерывание беременности. Под личностными особенностями, по Рубинштейну С.Л., понимают эмоциональную сферу, включающую в себя всякое переживание, т.е. психическое состояние с подчёркнуто личностным характером. Знания личностных особенностей женщин, идущих на искусственное прерывание беременности, важно для последующей психологической и психотерапевтической коррекционной работы.

Поэтому, целью исследования стало изучение влияния психологической поддержки на личностные особенности женщин, идущих на искусственное прерывание беременности.

Экспериментальное исследование проводилось на базе Ухтинского межтерриториального родильного дома гинекологического отделения. В исследовании принимали участие женщины, идущие на прерывание беременности в возрастном диапазоне от 17-30 в количестве 40 человек. Из них: группа 1 – женщины в возрасте от 17 до 23 лет в количестве 20 человек (женщины, у которых беременность первая и имеющие в анамнезе прерывания беременности); вторая экспериментальная группа - от 24-30 лет в количестве 20 человек (женщины, имеющие детей, а также - в анамнезе прерывания беременности).

Экспериментальное исследование состояло из трёх этапов: этап констатирующего эксперимента, этап формирующего эксперимента и этап контрольного эксперимента.

В соответствии с поставленной целью, нами сформулирована гипотеза исследования: психологическая поддержка оказывает влияние на личностные особенности женщин, идущих на искусственное прерывание беременности: понижаются негативные психические состояния, яркие проявления акцентуаций характера, снижаются нерешительность, напряжение, повышается эмоциональная устойчивость.

Для изучения личностных особенностей нами использовались следующие методики: анкетирование (И.И. Гребешёва), тест «Самооценка психических состояний» (Г. Айзенк), тест акцентуации характера (Шмишек

(Леонгард)), многофакторный личностный опросник Кеттела.

Методы математической обработки данных: расчёт процентного соотношения, расчёт средних показателей, статистический расчёт (критерий хи-квадрата, критерий Манна-Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена). Выбор методов исследования адекватен цели, задачам, гипотезе исследования и позволяет комплексно изучить личностные особенности женщин, идущих на искусственное прерывание беременности. Все подобранные методики соответствуют возрастному диапазону женщин от 17 до 30 лет.

На этапе констатирующего эксперимента в экспериментальной группе 1 (первобеременные) значительно преобладали высокие уровни психических состояний, таких как тревожность, фрустрация, агрессивность, выраженные типы акцентуаций характера (гипертимный, тревожный, демонстративный), эмоциональная неустойчивость, сдержанность, нерешительность, напряжённость.

В экспериментальной группе 2 (повторнобеременные) преобладали высокие уровни тревожности, фрустрации, яркие проявления гипертимного, демонстративного, тревожного типов акцентуации характера, эмоциональная неустойчивость, сдержанность, нерешительность, напряжённость.

По критерию хи-квадрата выявлены достоверные различия между экспериментальными группами по тревожности, фрустрации, ригидности, выраженности ригидного, эмотивного, педантичного, циклотимного, демонстративного, возбудимого, дистимичного, экзальтированного типов акцентуации характера, эмоциональной неустойчивости, нерешительности, сдержанности, напряжённости ( $p < 0,05^*$ ), высокая достоверность различий агрессивности, гипертимного, тревожного типов акцентуации характера ( $p < 0,01^{**}$ ).

С целью установления силы взаимосвязи между изучаемыми показателями внутри групп был применён коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

У женщин экспериментальной группы 1 установлены прямые слабые взаимосвязи тревожности с педантичным типом акцентуации характера, фрустрации с тревожным типом акцентуации характера, ригидности с ригидным, педантичным типами акцентуации характера; установлены прямые сильные взаимосвязи фрустрации с ригидным, тревожным типом акцентуации характера; установлены обратные слабые взаимосвязи агрессивности с тревожным, демонстративным, возбудимым типами акцентуации характера.

У женщин экспериментальной группы 2 установлены прямые слабые взаимосвязи тревожности с педантичным типом акцентуации характера, ригидности с экзальтированным типом акцентуации характера; установлена прямая сильная взаимосвязь агрессивности с экзальтированным типом акцентуации характера; установлена обратная слабая взаимосвязь ригидности с гипертимным, ригидным типами акцентуации характера.

На этапе формирующего эксперимента была разработана программа психологической поддержки. Основа разработанной и апробированной нами программы психологической поддержки женщинам, идущим на искусственное прерывание беременности базируется на пятишаговой модели оказания психологической поддержки А. Блазером, Э. Хаймом, Х. Рингером, М. Томменом. Данная модель была доработана упражнениями, основанными на методике обучения самоконтролю, при повышенной тревожности, на снижение напряжения, обеспечивающими выявление признаков наличия тревоги, применением релаксационного упражнения для снятия симптомов тревоги, арттерапевтическими упражнениями, основанными на методе снятия тревожности, эмоционального напряжения, стрессовых ситуаций посредством художественного творчества (авторы Ф. Ричардсон, Бенсон, Копытина И.О., Шульц Г., Александров А.А.).

В основу программы положены разработки Пултавской В., методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов благотворительного фонда «Семья и детство» (Москва, 2008г.), методические рекомендации «Консультирование по вопросам планирования семьи пациенток до аборта психологом в женской консультации» Центра национальной славы России (Л.Н. Макшуровой, г.Красноярск), разработки Центра защиты семьи, материнства, детства «Благовещение», Центра планирования семьи и репродукции перинатального центра родильного дома № 2 г. Кирова.

Программа предусматривает деятельность психолога, медицинских работников: врачей акушеров-гинекологов, медицинских сестёр. Деятельность врачей, медицинских сестёр состоит в разъяснении женщине необходимости, целесообразности в рождении ребёнка, отрицательного влияния на организм женщины прерывания беременности, а также в подборке оптимального средства контрацепции индивидуального для каждой женщины.

Цель психологической программы: оказание психологической поддержки женщинам, идущим на искусственное прерывание беременности.

Программа включает в себя три взаимосвязанных этапа: 1 этап – подготовительный – отказ от прерывания беременности или, второй, крайний вариант - психологическая подготовленность женщины к аборту; 2 этап – психологическое сопровождение; 3 этап – психологическая реабилитация.

После проведения психологической поддержки на этапе контрольного эксперимента в группах 1 и 2 отмечается снижение фрустрации, агрессивности, тревожности, ригидности, повышаются решительность, эмоциональная устойчивость, сдержанность, снижается напряжённость, незначительно понижаются ярко выраженные типы акцентуации характера - гипертимный, тревожный, демонстративный.

Таким образом, повторное исследование показало, что психологическая поддержка оказывает влияние на изменение негативных психических состояний. Это свидетельствует о наличии положительного



влияния психологической помощи женщинам после прерывания беременности, что подтверждается расчетами непараметрического критерия Манна-Уитни, с помощью которого установлено, что произошли достоверные изменения в сторону понижения агрессивности в экспериментальной группе 1 и достоверные изменения тревожности в сторону понижения в экспериментальной группе 2 ( $p < 0,06^*$ ). На уровне процентного распределения показателей, средних значений произошли изменения в сторону повышения эмоциональной устойчивости, сдержанности, решительности, снижения ярко выраженных черт акцентуаций характера, психических состояний.

Данные исследования могут быть использованы для разработки программ по реабилитации женщин, прерывающих беременность и профилактике аборт. Эта информация представляет интерес для широкого круга специалистов: психологов, социологов, акушеров-гинекологов, женщин, идущих на прерывание беременности.

## **ПРОБЛЕМА ОДИНОЧЕСТВА ЛЮДЕЙ В ПЕРИОД ГЕРОНТОГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ВАРНАВИНСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА**

*Новгородцева И.В., Смирнова О.В.*

**Кировская государственная медицинская академия, Киров  
Дом милосердия для пожилых и инвалидов, пос. Северный,  
Варнавинский район, Нижегородская область**

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие, в связи с увеличением продолжительности жизни человека, заметно возрос интерес к геронтологическим проблемам. Обеспечивая материальной базой (пенсией), государство не уделяет достаточного внимания жизни стареющего человека, забывая о психологических особенностях пожилого человека – потребности в общении, что порождает такое явление как одиночество.

Одиночество – это те или иные формы изоляции субъекта от других индивидов. Сами индивиды, попадающие в условия одиночества, прерывают привычное с другими людьми взаимодействие, что и вызывает в психике экстремально-острые, чувственно-эмотивные переживания, реакции. Часто в таких ситуациях наблюдаются страхи и опасения за свою судьбу, которые могут сопровождаться ярко-экспрессивными, витально-вегетативными реакциями негативного порядка. Наблюдается желание субъекта силой собственного воображения создать общение – коммуникацию с воображаемыми субъектами, друзьями, знакомыми, партнерами или же разговаривать вслух с близкими ранее ему людьми, а сами подобные интериоризированные и экстероризированные реакции критеризируются как иммуно-компенсаторно-защитные и эксплицируются в тезисах и постулатах психологическо-научных интерпретаций. У многих субъектов проявляются и продуцируются тягостно-дифференциальные переживания, специфико-

необычные психосостояния, когда в условиях изоляции сам субъект прямо и открыто обнажает свои мысли, концепции и оценки, высказывает примитивные идеи, имплицированные с его социоориентацией, а также индивид в таких экстремальных условиях может путать различные сновидения с наличной реальностью, самоинтерпретируя и самоистолковывая феномены искаженно-деформационной действительности в форме экспрессивно-эйдетических образов, спроецированных на социум, бытие (Тарнавский Ю.Б., 1988; [Шахматов Н.Ф., 1996]), что особенно остро проявляется в условиях проживания дома-интерната..

Поэтому целью нашего исследования стало изучение проблем одиночества пожилых людей, проживающих в условиях дома-интерната.

В своей работе под одиночеством мы понимаем переживание, вызывающее комплексное и острое чувство, которое выражает определенную форму самосознания и показывает раскол реальных отношений и связи внутреннего мира личности и воспринимается как остросубъективное, сугубо-индивидуальное и часто уникальное переживание. (Коропулина В.Н., Смирнова М.Н., Гордеева, 2004).

Наше исследование проводилось на базе Государственного стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения Варнавинского психоневрологического интерната Дома милосердия для пожилых и инвалидов. Дом милосердия осуществляет прием и размещение граждан в соответствии со своим профилем. Персонал Дома активно содействует адаптации лиц пожилого возраста к новой обстановке и коллективу, создает благоприятные условия для проживания. Вновь прибывшим предоставляется благоустроенное жилье с мебелью и инвентарем, обеспечение постельными принадлежностями, предметами личной гигиены, а постоянно проживающим предоставляется нательное белье, одежда, обувь. В учреждении организовано рациональное питание, с учетом возраста и состояния здоровья постояльцев. Престарелые и инвалиды обеспечиваются трех-четырёх разовым питанием. Для лиц, нуждающихся в диете, организуется диетическое питание, которое назначается врачом. Престарелые и инвалиды питаются в помещении столовой, за исключением тех, которым по указанию медицинского персонала пища подается в комнату.

Все проживающие в Доме милосердия имеют право на квалифицированное медицинское обслуживание, в том числе на консультации врачей, специалистов, а также, при необходимости, осуществляется госпитализация нуждающихся в лечении граждан с участием лечебно-профилактических учреждений Нижегородской области. Медицинские работники ежедневно обходят всех больных, оказывают им необходимую медицинскую помощь и один раз в квартал проводят медицинский осмотр. Ежедневно работают кабинеты: стоматологический, процедурный, физиотерапевтический, массажный, лечебной физкультуры, ЭКГ, УЗИ, лаборатория, аптека.

Совместно с соответствующими органами государственной власти и организациями содействия нуждающиеся ветераны и инвалиды обеспечены зубными протезами, слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, кресло-колясками и другими техническими средствами реабилитации. В Дом милосердия принимаются пожилые граждане (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет), нуждающиеся в частичном или полном постороннем уходе и не имеющие установленных медицинских противопоказаний к приему в дом милосердия. Проживающие в доме-интернате один раз в неделю посещают баню с одновременной сменой нательного и постельного белья. Бритье мужчин проводится два раза в неделю, стрижка по мере необходимости. Лежачим больным белье заменяется по мере необходимости немедленно. Живущих в Доме милосердия могут посещать родственники и знакомые.

Контингент исследования составили психически сохранные пожилые люди, в возрасте от 60 до 70 лет, постоянно проживающие в условиях интерната. Объем выборки составил 60 человек (18 мужчин и 42 женщины). Из них: 20 человек (8 мужчин и 12 женщин) проживают в Доме милосердия до 1 года – экспериментальная группа 1; 20 человек (6 мужчин и 14 женщин) проживают – от 1 до 3 лет – экспериментальная группа 2; 20 человек (4 мужчины и 16 женщин) проживают от 3 до 5 лет – экспериментальная группа 3.

С целью изучения эмоциональных состояний испытуемых использовались следующие методы: анализ литературы, эксперимент, тестирование, методы математической статистики.

Методики: «Диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, «Тестовая карта коммуникативной деятельности» А.А.Леонтьева, «Опросник САН» (самочувствие, активность, настроение) В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьева, М.П. Мирошникова, В.Б. Шарай, «Оценка нервно-психического напряжения» Т.А. Немчин, «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» С. Спилберг, Ю.Л. Ханин, «Шкала депрессии» В. Зунге (тест адаптирован Балашовой Т.), «Ценностные ориентации» М. Рокич.

Экспериментальное исследование было начато с изучения уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюссона (рис. 1).

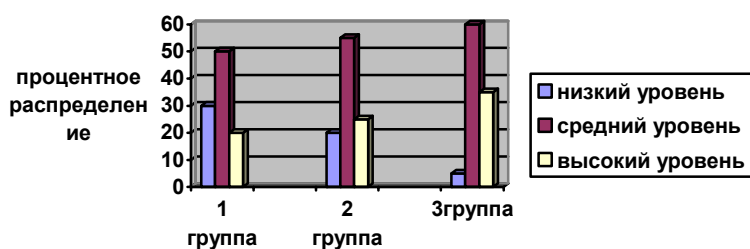


Рис. 1. Сравнительные результаты процентного распределения уровней субъективного ощущения одиночества по методике Д. Рассела и М. Фергюссона экспериментальных групп 1, 2, 3

Из результатов рис. 1 следует, что в группах преобладает средний уровень субъективного ощущения одиночества.

Результаты исследования по методике «Тестовая карта коммуникативной деятельности» (рис. 2).

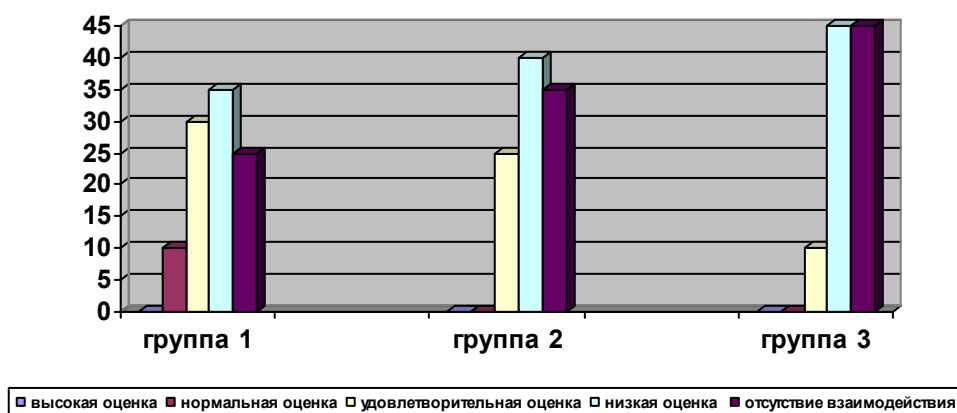


Рис. 2. Сравнительные результаты процентного распределения оценки коммуникативной деятельности экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике тестовой карты коммуникативной деятельности (А.А. Леонтьев)

Как следует из рис. 2, в группе 1 преобладают удовлетворительные и низкие оценки коммуникативной деятельности. В группе 2 коммуникативная деятельность снижается. Преобладают низкая оценка коммуникативной деятельности и отсутствие взаимодействия. В группе 3 значительно выражены низкая оценка и отсутствие взаимодействия. Полученные результаты находят свое подтверждение в научных источниках, в которых отмечается, что пожилые люди, проживающие в доме-интернате, испытывают недостаток в дружеском общении; замкнуты; не имеют близких людей, готовых прийти им на помощь; достаточно трудно находят общий язык с другими людьми; проводят свободное время в одиночестве; ощущают себя покинутыми и, соответственно, большинство ощущают себя одинокими.

Для изучения самочувствия, активности, настроения, у испытуемых была использована методика САН (рис. 3, 4, 5).

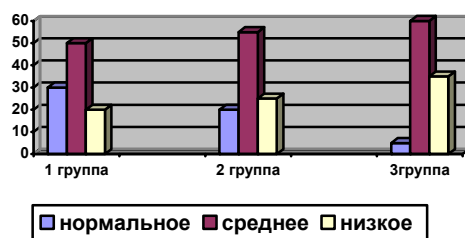


Рис. 3. Сравнительные результаты процентного распределения показателя «самочувствие» экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике САН (Доскина В.А, Лаврентьева Н, Мирошникова М, Шарай В.)

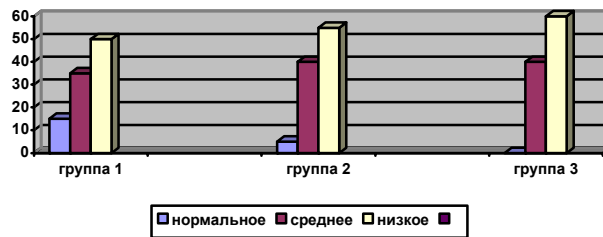


Рис. 4. Сравнительные результаты процентного распределения показателя «настроения» экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике САН (Доскина В.А, Лаврентьева Н, Мирошникова М, Шарай В.)

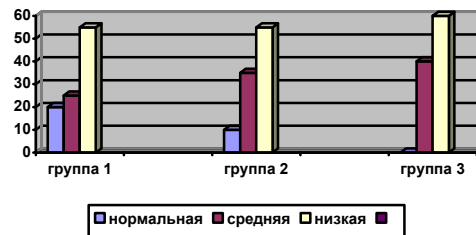


Рис. 5. Сравнительные результаты процентного распределения показателя «активность» экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике САН (Доскина В.А, Лаврентьева Н, Мирошникова М, Шарай В.)

Полученные данные позволили сделать вывод, что показатели «настроение», «активность» во всех группах соответствуют низкому уровню, «самочувствие» - среднему уровню. В ответах испытуемых отмечается выраженность негативного полюса («самочувствие плохое», «чувствую себя слабым», «пассивный, малоподвижный, грустный», «плохое настроение», «разбитый», «больной, усталый», «недовольный», «рассеянный», «трудно соображать»), т.е. с годами проживания в доме-интернате самочувствие, активность, настроение еще более снижаются.

Исследование было продолжено исследованием нервно-психического напряжения (Т.А. Немчин) (рис. 6).

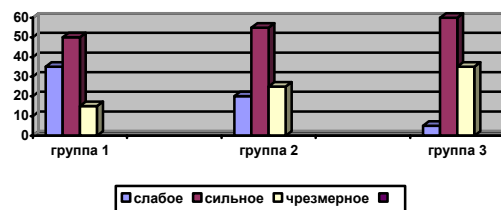


Рис. 6. Сравнительные результаты процентного распределения нервно-психического напряжения экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике оценки нервно-психического напряжения (Т.А. Немчин)

Анализ результатов данных показывает, что в группе 1 преобладает «интенсивное» (сильное) нервно-психическое напряжение, в группе 2 усиливается «интенсивное» и «экстенсивное» (чрезмерное) нервно-психическое напряжение. В группе 3 нарастает «экстенсивное» (чрезмерное) нервно-психическое напряжение.

Результаты показывают, что у людей пожилого возраста с годами проживания в доме-интернате, независимо от уровня жизни проживания, нервно-психическое напряжение усиливается (рис. 6).

С целью исследования реактивной и личностной тревожности была использована методика разработанная С.Спилбергом и Ю.Л.Ханиным. У исследуемых групп 1, 2, 3 высокая реактивная тревожность, характеризующаяся напряжением, беспокойством, нервозностью, нарушением внимания, иногда нарушением тонкой координации (рис. 7).

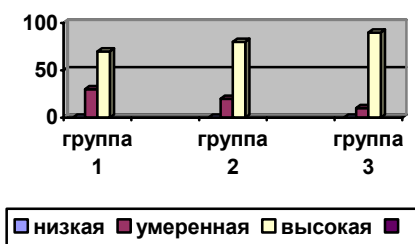


Рис. 7. Сравнительные результаты процентного распределения уровней Реактивной тревожности экспериментальных групп 1, 2, 3 (С. Спилберг, Ю.Л.Ханин)

У исследуемых, проживающих в доме-интернате, отмечается высокая личностная тревожность, которая опасна наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими заболеваниями (рис. 8).

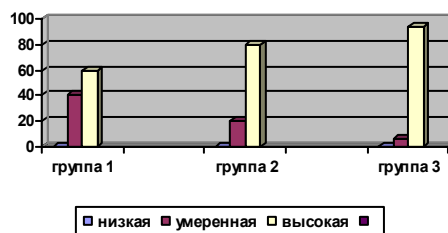


Рис. 8. Сравнительные результаты процентного распределения личностной тревожности экспериментальных групп 1, 2, 3 (С. Спилберг, Ю.Л.Ханин)

Для выявления состояния депрессии была использована методика «Шкала депрессии» В. Зунге (рис. 9).

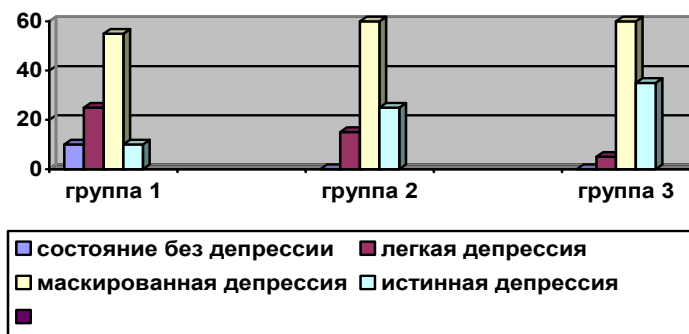


Рис. 9. Сравнительные результаты процентного распределения уровней депрессивного состояния экспериментальных групп 1, 2, 3 по методике «Шкала депрессии» В. Зунге

У проживающих в доме-интернате в течение первого года преобладает субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. В группах 2, 3 увеличивается количество человек с состоянием маскированной депрессии и истинным депрессивным состоянием. Полученные результаты показали, что у людей пожилого возраста с годами проживания в доме-интернате усиливается состояние депрессии.

Результаты подтвердили теоретические выводы о том, что одинокая личность – это депрессивная, или подавленная личность, испытывающая дефицит общения.

Для оценки достоверности различий групп 1, 2, 3 использовался критерий Крускала-Уоллиса. Отмечается высокая достоверность различий ( $p > 0.01$ ) по всем исследуемым показателям.

Далее наше исследование было продолжено использованием методики «Ценностные ориентации» (М. Рокич). Выбор данной методики обусловлен тем, что система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции и «философии жизни». В группах 1, 2, 3 главными терминальными ценностями для испытуемых являются «конкретные» ценности («здоровье», «продуктивная жизнь», «наличие хороших и верных друзей»). «Абстрактные» ценности второстепенны для испытуемых, а профессиональная самореализация занимает последнее место по значимости. Среди инструментальных ценностей в группах 1, 2, 3 наибольшую значимость представляют «этические» ценности, ценности «принятия других», ценности общения.

Первичное экспериментальное исследование было завершено установлением силы между исследуемыми показателями. Нами был применен коэффициент ранговой корреляции Пирсона. В группе 1 установлена обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и коммуникативной деятельностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и самочувствием, обратная не значимая взаимосвязь между показателями чувства одиночества и активностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и настроением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и нервно-психическим напряжением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и реактивной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и личностной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и депрессией, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и ценностными ориентациями

В группе 2 установлена обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и коммуникативной деятельностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и самочувствием, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и активностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и настроением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и нервно-психическим напряжением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и реактивной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и личностной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и депрессией, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и ценностными ориентациями.

В группе 3 установлена обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и коммуникативной деятельностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и самочувствием, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и активностью, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и настроением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и нервно-психическим напряжением, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и реактивной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и личностной тревожностью, прямая значимая взаимосвязь между чувством одиночества и депрессией, обратная умеренная взаимосвязь между показателями чувства одиночества и ценностными ориентациями.

Полученные результаты показали необходимость целенаправленного психолого-педагогического воздействия с целью снижения чувства одиночества у пожилых людей. Одним из мощных средств воздействия на эмоциональную сферу личности, на наш взгляд, является коррекционная программа (в качестве рекомендуемой), одной из функций которой является реализация проблемы общения.

Методом воздействия выбрана релаксация, т.к. она не требует активных действий со стороны испытуемых, способствует созданию доверительной атмосферы в группе и снятию эмоционального напряжения.

Сложность в работе с пожилыми людьми состоит в том, что человек замыкается в своих переживаниях, считая свою психотравмирующую ситуацию уникальной. Бывают случаи, когда проживающие стыдятся рассказывать о своих волнениях. Построение и реализация программы строилась в виде четырех ступенчатой модели. С учетом особенностей пожилого возраста каждый текст релаксации дублировался на двух занятиях. Проведение сеанса релаксации строилось в три этапа (Р.Ассаджиоли):

1. Шерринг. Участники делятся своими переживаниями, настроением и ожиданиями. При желании человек может поделиться событиями происходящими в его жизни. Участники группы дают обратную связь.



2. Проведение сеанса релаксации. Текст читает психолог, либо используется аудио запись. Длительность проведения данного этапа занятия около 20 минут.

3. Шерринг. Участники делятся своими ощущениями и настроением.

Таким образом, проведенный нами эксперимент подтвердил, что люди пожилого возраста в условиях дома-интерната испытывают чувство одиночества, заключающееся в дефиците чувства общности, ведущего к недоразвитию конструктивных отношений с миром, отчуждению, возникновению чувства собственного несоответствия, характеризующегося тревожностью и депрессией. Большинство пожилых людей отмечает недостаток в дружеском общении; замкнуты; не имеют близких людей, готовых прийти им на помощь; достаточно трудно находят общий язык с другими людьми; ощущают себя покинутыми; проводят свободное время в одиночестве; не считают себя гармоничной личностью и, соответственно, ощущают себя одинокими, т.е. у людей пожилого возраста с годами проживания в доме-интернате, независимо от уровня жизни проживания, чувство одиночества усиливается.

## **ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КЛИНИКИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА**

*Погосов А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В последние годы в специальной литературе появились предложения по реорганизации психиатрической службы России. Они отличаются многообразием рекомендуемых подходов. Одни исследователи считают перспективным совершенствование существующей системы психиатрической помощи за счет рационального использования имеющихся ресурсов. Другие делают акцент на межведомственное взаимодействие (здравоохранение, социальная защита, образование). По мнению третьих, целесообразно смещение психиатрической помощи в медицинские учреждения общего типа.

Б.А. Казаковцев (2001-2005) к основным принципам организации психиатрической помощи населению России относит децентрализацию, территориальность, интеграцию, дифференциацию и оптимизацию. Важное значение он придает организации полипрофессиональных бригад (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе).

По мнению Н.С. Сочивко, А.В. Погосова (2006), действующая структура и стиль работы психиатрической службы России не в полной мере удовлетворяют потребностям и ожиданиям населения. Это связано с недостаточным совершенством самой организационной структуры и нехваткой материальных ресурсов.

Клиники первого психотического эпизода нацелены, прежде всего, на работу с больными, страдающими шизофренией и шизоаффективными расстройствами. Они относятся к тяжелым психическим заболеваниям с высоким уровнем распространенности. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, острый психоз (обычно при первом психотическом эпизоде) является наиболее инвалидизирующим состоянием. Его начало приходится, как правило, на молодой возраст, что приводит к выраженному снижению психического здоровья больных. Упомянутые заболевания дезадаптируют семьи больных, требуют серьезных затрат на лечение. В течение последнего десятилетия за рубежом активно разрабатывались различные организационные подходы для своевременного выявления и начала лечения психоза на начальных этапах его развития. Известно, что раннее вмешательство способствует лучшим исходам заболевания. Более того, оно приводит к уменьшению таких часто возникающих негативных последствий, наблюдающихся в период после начала заболевания и до начала лечения, как суицидальные попытки (Д. Аддингтон, 2007).

Клиники первого психотического эпизода (КППЭ) созданы в Австралии – Центр раннего предупреждения и вмешательства при психозе, Канаде – программа раннего лечения и предупреждения психоза в Калгари, Финляндии – мультицентровой национальный проект и других странах. Первая подобная клиника в России на базе Московского НИИ психиатрии существует с ноября 2000 года. На сегодняшний день уже в 20-ти регионах (Ставропольский край, Оренбургская, Тверская, Кемеровская, Омская и др. области) открыты КППЭ, использующие опыт работы московской клиники (И.Я. Гурович с соавт., 2007).

А.П. Отмахов с соавт. (2004) располагают опытом организации отделения первого психотического эпизода в Оренбургской областной психиатрической больнице. Отделение рассчитано на 60 мест. Для половины больных использовали режим дневного стационара. На лечение поступали больные с выраженными психическими расстройствами, которые впервые обращались за психиатрической помощью. Использование в отделении современных психотропных средств позволяло в короткие сроки выводить больных из острого психотического состояния. Уже на ранних этапах лечения они вовлекались в арт-психотерапевтические мероприятия, психообразовательные программы, группы проблемных дискуссий, когнитивного тренинга.

А.Б. Шмуклер (2004) подчеркивает важность принципа обязательности поступления в отделения первого психотического эпизода всех больных с впервые возникшими психотическими состояниями.

И.А. Былим, Ю.М. Шикин (2006) по результатам работы отделения первого психотического эпизода в Ставропольском крае предлагают в рамках программы первого психотического эпизода организацию мобильной бригады для раннего выявления и лечения сельских жителей, с оказанием помощи на дому (стационар на дому).

В 2010 году в Курской области планируется открытие отделения первого психотического эпизода на базе дневного стационара №1 Курского клинического психоневрологического диспансера. Выбор указанного подразделения не случаен. На протяжении ряда лет здесь используется биопсихосоциальный подход к лечению психически больных, который реализуется с участием специалистов различного профиля: врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе. Другими словами в упомянутом дневном стационаре созданы все условия для функционирования отделения первого психотического эпизода.

Основные задачи Клиники отделения первого психотического эпизода можно сформулировать следующим образом: реабилитация и ресоциализация лиц, страдающих психическими расстройствами, эффективное воздействие на нейрокогнитивный дефицит, предотвращение ранней инвалидизации больных и утери доболезненных социальных достижений.

Работа Клиники осуществляется в режиме дневного стационара, лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся полипрофессиональной бригадой.

Программа работы с больными КППЭ включает психофармакотерапию, групповую психосоциальную терапию (психообразование, тренинг когнитивных навыков, тренинг социальных навыков), индивидуальное консультирование. По данным Е.В. Аносовой, О.А. Голдобиной (2008), психообразовательная программа в КППЭ должна проводиться для больных и их родственников. Тренинг когнитивных и социальных навыков направлен на восстановление нейрокогнитивных функций, решение социальных задач, возникающих в связи с развитием заболевания. Перед включением больного в реабилитационную программу и после ее завершения он проходит нейропсихологическое исследование, в ходе которого определяется уровень нейрокогнитивного дефицита.

Психофармакотерапия предусматривает в первую очередь назначение нейролептиков. Принципами проведения нейролептической терапии являются: преимущественное применение атипичных нейролептиков; минимальная достаточность доз; динамическое наблюдение за состоянием больного с коррекцией доз препаратов.

Применение антидепрессантов в отделении первого психотического эпизода осуществляется: после выхода больных из острого психотического состояния для воздействия на проявления постпсихотической депрессии; при проведении поддерживающей терапии после выписки в амбулаторных условиях.

Ниже приводим виды психосоциальной работы с больными и их родственниками в Клинике (отделении) первого психотического эпизода: психообразовательная программа для пациентов (формирование адаптивных копингов: «обращение», «проблемный анализ», «оптимизм»);

психообразовательная программа для родственников; социально-психологический тренинг (формирование навыков устойчивости к стрессу, навыков межличностного взаимодействия); нейрокогнитивный тренинг (тренировка когнитивных функций); диагностика уровня нейрокогнитивного дефицита при поступлении и при выписке.

Предлагается следующая последовательность психосоциальных воздействий. 1) Работа в «досуговой» группе (группе «по интересам») – арт-терапия, музыкотерапия, психогимнастика, простые коммуникативные техники. 2) Психообразование для больных и их родственников. 3) Тренинг когнитивных и социальных навыков. 4) Работа с семьей (психообразование, выработка копинг-стратегии, медикаментозная коррекция проявлений психической дезадаптации – депрессивные, невротические расстройства).

Известно, что манифест психического заболевания влияет на все аспекты жизни семьи и является тяжелым психоэмоциональным стрессом. Он обусловлен трудностями ежедневного ухода за пациентом, финансовой нагрузкой, самостигматизацией. По данным Н.М. Ривкиной с соавт. (2008), участие семьи больных в лечебно-реабилитационном процессе с первым психотическим эпизодом повышает осведомленность родственников о проявлениях болезни, улучшает качество внутрисемейных взаимоотношений.

После завершения стационарного этапа больных переводят на амбулаторный этап лечения. Здесь, наряду с врачебными мероприятиями, специалисты по социальной работе проводят группы психосоциальной поддержки.

Об эффективности обсуждаемой организационной формы психиатрической помощи больным шизофренией указывают сокращение сроков лечения, достижение более длительной и качественной ремиссии.

Психосоциальная реабилитация в условиях отделения первого психотического эпизода позволяет восстанавливать социальное функционирование и качество жизни психически больных.

Преимущества отделения первого психотического эпизода: 1) Лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся в режиме дневного стационара, что снижает стоимость лечения. 2) Создается действенная система профилактики неблагоприятных клинических и социальных исходов заболевания за счет его раннего выявления и лечения (вторичная психопрофилактика). 3) Наблюдается положительная динамика состояния когнитивной сферы, социального функционирования и качества жизни больных. 4) Сохраняются социальные достижения, больные продолжают работать без снижения квалификации, устраиваются на работу, продолжают обучение. 5) Сокращаются сроки лечения, достигаются более длительные и качественные ремиссии.

Литература.

1. Аддингтон, Д. Служба лечения первого психотического эпизода в Калгари, комплексная модель в системе общественного здравоохранения / Д. Аддингтон // Современные тенденции развития и новые формы

психиатрической помощи. Под редакцией проф. И.Я. Гуровича и проф. О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – С. 163-173.

2. Аносова, Е.В. Клиника первого психотического эпизода – новая технология социальной адаптации пациентов / Е.В. Аносова, О.А. Голдобина // Материалы общероссийской конференции: Реализация программы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С. 487-488.

3. Былим, И.А. Эпидемиологическая оценка работы клиники первого психотического эпизода / И.А. Былим, Ю.М. Шикин // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. Материалы Российской конференции (11-13 октября, 2006 г., г. Москва). – М., 2006. – С. 67.

4. Гурович, И.Я. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.С. Дороднова и др. // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под редакцией проф. И.Я. Гуровича и проф. О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – С. 174-187.

5. Казаковцев, Б.А. О психиатрической реформе / В.А. Казаковцев // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции (5-7 октября, 2004 г., г. Москва). – М., 2004. – С. 58-59.

6. Казаковцев, Б.А. О психиатрической реформе / В.А. Казаковцев // XIV съезд психиатров России, 15-18 ноября, 2005 г., Москва. – М., 2005. – С. 55.

7. Казаковцев, Б.А. Проблемы организации психиатрической и психотерапевтической помощи / Б.А. Казаковцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – №4. – С.36-38.

8. Отмахов, А.П. Опыт организации отделения первого психотического эпизода / А.П. Отмахов, Г.Б. Прусс, Б.И. Кулешов и др. // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции (5-7 октября, 2004 г., г. Москва). – М., 2004. – С. 85-86.

9. Ривкина, Н.М. Психосоциальная работа с родственниками в системе комплексной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами / Н.М. Ривкина, Л.Г. Мовина, Л.И. Сальникова // Материалы общероссийской конференции: Реализация программы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С. 532-533.

10. Сочивко, Н.С. Психическое здоровье населения / Н.С. Сочивко, А.В. Погосов. – Курск: КГМУ, 2006. – 327 с.

11. Шмуклер, А.Б. Клиника первого психотического эпизода: организация и перспективы / А.Б. Шмуклер // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции (5-7 октября, 2004 г., г. Москва). – М., 2004. – С. 121-122.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Погосова И.А., Маслова Е.В., Голодова А.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время возрос интерес исследователей к изучению язвенной болезни (ЯБ), который определяется тенденцией к увеличению распространенности данного заболевания среди населения, негативным влиянием на качество жизни и социальную адаптацию указанных больных (С.М. Рысс, Е.С. Рысс, 1985; В.С. Волков, И.Ю. Колесникова, 2001; Л.Д. Фирсова, 2003).

По данным разных авторов ЯБ встречается у 5-10% взрослого населения (В.Х.Василенко, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин, 1987; D.A. Kulber, S. Hertunian, D. Schiller, 1990). Из-за хронического течения, частых рецидивов, развития осложнений 20-60% больным ЯБ требуется хирургическое лечение (М.П. Королев, 1996; А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, 1996). В странах СНГ и США ежегодно выполняется до 100 тысяч операций по поводу ЯБ (М.Е. Литвак, И.М. Литвак, 1997). Ряд авторов обращают внимание на необходимость повторного хирургического лечения ЯБ, заметную активность больных в поисках медицинской помощи, ощутимые затраты на ее оказание (М.Е. Литвак, Литвак И.М., 1997; Дж.Сж. Абдуллаев, 1999; М.И. Кузин, 2001). С.З. Клецкин (1983) рассматривал хирургическую операцию как классический стресс. Предоперационный (хирургический) стресс представляет собой сложный комплекс неспецифических ответных реакций организма на хирургическую ситуацию (О.Л. Барбараш, Л.В. Шабалина, 1998). По данным В.Ю. Островского, С.З. Клецкина (1977) во временном отношении хирургический стресс может быть разделен на качественно отличающиеся друг от друга этапы: предоперационный, введение в наркоз, интраоперационный, ближайший и отдаленный послеоперационный.

Предоперационный этап при плановых операциях может длиться от нескольких месяцев до нескольких часов. В этом периоде преобладают два фактора операционного стресса – психоэмоциональное напряжение и само заболевание, по поводу которого предпринимается операция. Психоэмоциональное напряжение бывает столь сильным, что может стать причиной истощения всех уровней операционного стресса: информационного, энергетического, метаболического и структурного.

Другой ведущий фактор стресса – хроническое течение болезни, которое изменяет характер регуляторных процессов и их взаимодействие. Изменение регуляции может быть специфическим и неспецифическим. Для ЯБ характерно преобладание холинергической регуляции. В то же время, неспецифические симптомы (боль) оптимизируют симпатико-адреналовую систему, что влечет истощение адаптивно-компенсаторных механизмов организма и соответственно снижает эффективность лечения (О.Л. Барбараш, Е.И. Берчен, 1998).

Среди большого количества публикаций по проблеме хирургических больных, исследования, посвященные аспекту предоперационного стресса, занимают незначительное место. В ряде проанализированных работ изучались феноменология предоперационного стресса, его динамика в зависимости от степени выраженности и тяжести психотравмирующей хирургической ситуации (Н.А. Менкес, 1968; М.В. Виноградов, 1972; В.Ю. Островский, С.З. Клецкин, 1977; А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1980). Имеют место и публикации, посвященные изучению предоперационного стресса у хирургических больных в рамках кардиологии, травматологии, онкологии, гинекологии (В.А. Ромасенко, К.А. Скворцов, 1976; Г.С. Юмашев, 1977; А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1980; В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян, Г.В. Погосова, 1997; М.Н. Жарикова, Е.М. Демидовой, 1997). Однако работ, посвященных изучению влияния предоперационного стресса на психологическое состояние больных ЯБ, нет.

В виду немногочисленности литературных данных, посвященных аспекту предоперационного стресса у больных ЯБ, нами предпринята попытка разрешения существующей проблемы. Изучение особенностей психологического состояния больных ЯБ, характерных для предоперационного периода, позволит разработать коррекционные мероприятия в отношении психоэмоционального напряжения пациентов и повысить эффективность лечения.

Целью исследования явилось изучение влияния предоперационного стресса на особенности психологического состояния больных ЯБ с разработкой мероприятий психопрофилактического характера.

В отделениях общей хирургии и гастроэнтерологии больницы скорой медицинской помощи города Курска было исследовано 80 (100%) больных ЯБ. Больные составили две группы – основную 40 (50,00%) и контрольную 40 (50,00%), выделенные в виду изучения влияния предоперационного стресса на психологическое состояние пациентов. В экспериментальной группе исследование проводилось за один день до предстоящей больным операции, в контрольной – в начале консервативного лечения.

Для изучения личностной и ситуативной тревожности использовали шкалу Спилбергера. Для оценки депрессии применялся опросник Балашовой. Личностным опросником Бехтеревского института (ЛОБИ) осуществлялась диагностика внутренней картины болезни.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью критерия Манна-Уитни (U), предназначенного для оценки различий между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака; критерий Фишера ( $\phi^*$ ), специализированного на сопоставлении двух выборок по частоте встречаемости качественно определяемого признака. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$  (Е.В. Сидоренко, 2002).

Среди обследованных основной группы преобладали жители города (27 – 67,50%), мужчины (27 – 67,50%), в возрасте 41-45 лет (12 – 30,00%), со среднеспециальным образованием (18 – 45,00%), имеющие непостоянную работу (25 – 62,50%), состоящие в браке (21 – 52,50%). В контрольной группе наиболее подвержены данной патологии были жители города (24 – 60,00%), мужчины (30 – 75,00%), в возрасте 26-30 лет (15 – 37,50%), со среднеспециальным образованием (20 – 50,00%), имеющие постоянную работу (19 – 47,50%), состоящие в браке (18 – 45,00%).

Результаты анализа личностной тревожности в основной и контрольной группах начнем с демонстрации долевого распределения обследованных в зависимости от ее уровня (табл. 1). Как видно, в основной группе у 12 (30,00%) больных наблюдается умеренный уровень личностной тревожности, у 28 (70,00%) больных – высокий ее уровень. В контрольной группе умеренный уровень личностной тревожности выявлен у 9 (22,50%) больных, а высокий уровень личностной тревожности – у 31 (77,50%) больного. Низкого уровня личностной тревожности у больных обеих групп не наблюдалось.

Таблица 1

Долевое распределение обследованных в зависимости от уровня личностной тревожности (по данным опросника Спилберга)

Обследованные группы Уровень личностной тревожности	Основная группа n=40		Контрольная группа n=40	
	абс.	%	абс.	%
Умеренный	12	30,00	9	22,50
Высокий	28	70,00	31	77,50
Всего	40	100,00	40	100,00

Показатели уровня личностной тревожности в баллах в основной и контрольной группах представлены в табл. 2. Усредненное значение уровня личностной и ситуативной тревожности в основной и контрольной группе составило  $50,22 \pm 1,20$  и  $48,45 \pm 0,87$  баллов соответственно. У больных основной группы умеренный уровень личностной тревожности равен  $41,58 \pm 0,58$  балла, а высокий –  $50,22 \pm 1,20$  балла. В контрольной группе



умеренный уровень личностной тревожности соответствует  $41,80 \pm 0,79$  баллам, а высокий в среднем составляет  $50,67 \pm 0,78$  баллов.

Таблица 2

Уровень личностной тревожности в баллах в обследованных группах (по данным опросника Спилбергера) ( $M \pm m$ )

Обследованные группы Уровень личностной тревожности в баллах	Основная группа n=40	Контрольная группа n=40
Умеренный	$41,58 \pm 0,58$	$41,80 \pm 0,79$
Высокий	$53,93 \pm 1,10$	$50,67 \pm 0,78$
Среднее значение	$50,22 \pm 1,20$	$48,45 \pm 0,87$

Достоверных различий ( $p < 0,05$ ) в уровне личностной тревожности между основной и контрольной группами выявлено не было. Уровень личностной тревожности в основной группе не превышал таковой в контрольной группе.

Таким образом, для больных ЯБ свойственен высокий уровень личностной тревожности, как относительно постоянная, неизменная черта личности. Данные больные склонны воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающих их самооценке, самоуважению, престижу и реагировать на эти ситуации тревожным состоянием. В ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом больные ЯБ демонстрируют ожидание неблагоприятного развития событий. Для больных ЯБ характерно субъективное чувство надвигающейся опасности, неопределенное беспокойство, тревожное ожидание, мрачные предчувствия. Высокая личностная тревожность предрасполагает к проявлению других негативных эмоций, увеличению их интенсивности, выраженности в ответ даже на незначительные внешние раздражители.

Показатели ситуативной (реактивной) тревожности, характеризующие состояние психоэмоционального напряжения обследованных больных, отражены в табл. 3. В основной группе преобладают больные с умеренным 23 (57,50%) и высоким уровнями ситуативной тревожности 17 (42,50%). В контрольной группе 90,00 % больных обнаруживали умеренный уровень ситуативной тревожности, высокий уровень ситуативной тревожности отмечен у 1 (2,50%) больного, а низкий – у 3 (7,50%) больных.

Таблица 3

Долевое распределение обследованных в зависимости от уровня ситуативной тревожности (по данным опросника Спилбергера)

Обследованные	Основная группа	Контрольная группа
---------------	-----------------	--------------------

группы Уровень ситуативной тревожности	n=40		n=40	
	абс.	%	абс.	%
Низкий	–	–	3	7,50
Умеренный	23	57,50	36	90,00
Высокий	17	42,50	1	2,50
Всего	40	100	40	100

Уровень ситуативной тревожности, оцененной в баллах, представлен в табл. 4. В основной группе усредненное значение уровня ситуативной тревожности составило  $46,25 \pm 1,02$  балла, в контрольной –  $36,22 \pm 0,70$  балла. У больных основной группы умеренный уровень ситуативной тревожности в баллах имел значение равно  $41,70 \pm 0,54$  балла, а высокий  $52,41 \pm 1,05$  балла. В контрольной группе балльная оценка низкого уровня ситуативной тревожности составляет 29,00 баллов, умеренного и высокого  $36,5 \pm 0,60$  и 48,00 баллов соответственно.

Таблица 4

Уровень личностной тревожности в баллах в обследованных группах (по данным опросника Спилбергера) ( $M \pm m$ )

Обследованные группы Уровень ситуативной тревожности в баллах	Основная группа n=40	Контрольная группа n=40
Низкий	–	29,00
Умеренный	$41,70 \pm 0,54$	$36,5 \pm 0,60$
Высокий	$52,41 \pm 1,05$	48,00
Среднее значение	$46,25 \pm 1,02$	$36,22 \pm 0,70$

Таким образом, уровень ситуативной тревожности у больных ЯБ в предоперационном периоде достоверно выше уровня ситуативной тревожности у больных ЯБ, находящихся на консервативном лечении. Для больных ЯБ в предоперационном периоде характерным является умеренный и высокий уровни ситуативной тревожности 100,00%. Необходимость хирургического лечения приводит к появлению напряжения, беспокойства, раздражительности, общего дискомфорта с симптомами активации вегетативной нервной системы. Повышение уровня ситуативной тревожности может иметь мотивационную и охранительную функцию, способствующее усилению поведенческой активности, включению механизмов интрапсихической адаптации.

Результаты анализа эмоционального состояния больных основной и контрольной группах представлены в табл. 5. Как видно, в основной группе у 12 (30,00%) больных выявлена ситуативная депрессия, у 28 (70,00%) больных

основной группы признаков депрессии не наблюдалось. Больные контрольной группы не обнаруживают проявлений депрессии.

Таблица 5

Долевое распределение обследованных в зависимости от уровня депрессии (по данным опросника Балашовой)

Обследованные группы Уровень депрессии	Основная группа n=40		Контрольная группа n=40	
	абс.	%	абс.	%
Без депрессии	28	70,00	40	100,00
Ситуативная депрессия	12	30,00	—	—
Всего	40	100	40	100

Уровень депрессии, оцененной в баллах, представлен в табл. 6. В основной группе усредненное значение депрессии в баллах составляет  $41,77 \pm 1,44$ . Показатель ситуативной депрессии в среднем равен  $51,67 \pm 0,45$  баллов. В контрольной группе усредненное значение депрессии составляет  $30,62 \pm 1,12$  баллов, что соответствует состоянию без депрессии.

Уровень депрессии в баллах (по данным опросника Балашовой)

Обследованные группы Уровень депрессии в баллах	Основная группа n=40	Контрольная группа n=40
Без депрессии	$37,54 \pm 1,43$	$30,62 \pm 1,12$
Ситуативная депрессия	$51,67 \pm 0,45$	—
Среднее значение	$41,77 \pm 1,44$	$30,62 \pm 1,12$

Выявлены достоверные различия ( $p < 0,01$ ) в уровне депрессии между основной и контрольной группами. Уровень депрессии у больных контрольной группы ниже уровня депрессии у больных экспериментальной группы. Таким образом, для больных ЯБ характерно состояние без депрессии. Тем не менее, ее уровень у больных ЯБ в предоперационном периоде выше, чем у больных ЯБ, находящихся на консервативном лечении. Больным с ситуативной депрессией, характерной для предоперационного периода, свойственно реагировать на предстоящее хирургическое вмешательство снижением фона настроения, сужением и ограничением контактов с окружающими, чувством безрадостности и одиночества, сочетающихся с ослаблением энергетического потенциала и жизненного тонуса.

Изучение внутренней картины болезни выявило в экспериментальной группе наибольший удельный вес тревожного (26 – 65,00%), ипохондрического (25 – 62,50%) и эгоцентрического (18 – 45,00%) типов отношения к болезни, сочетание которых наблюдается у 14 (35,00%) больных. В контрольной группе отмечается преобладание эргопатического (24 – 60,00%), анозогнозического (23 – 57,50%) и эйфорического (21 – 52,50%) типов отношения к болезни, их комбинация прослеживается у 13 (32,50%) больных (табл.7).

Таблица 7

Распределение обследованных больных в зависимости от типа отношения к болезни (по данным ЛОБИ)

Обследованные группы Типы отношения к болезни	Основная группа n=40		Контрольная группа n=40	
	абс.	%	абс.	%
Гармоничный	–	–	–	–
Тревожный	26	65,00	3	7,50
Ипохондрический	25	62,50	3	7,50
Неврастенический	11	27,50	5	12,50
Обсессивно-фобический	7	17,50	1	2,50
Сенситивный	7	17,50	5	12,50
Эгоцентрический	18	45,00	4	10,00
Эйфорический	7	17,50	21	52,50
Анозогнозический	4	10,00	23	57,50
Эргопатический	3	7,50	24	60,00
Паранойяльный	9	22,50	2	5,00

Достоверно установлено преобладание в экспериментальной группе доли лиц с тревожным ( $p<0,01$ ), ипохондрическим ( $p<0,01$ ), неврастеническим ( $p<0,05$ ), обсессивно-фобическим ( $p<0,01$ ), эгоцентрическим ( $p<0,01$ ) и паранойяльным ( $p<0,01$ ) типами отношения к болезни по сравнению с таковыми в экспериментальной группе.

Таким образом, структура ВКБ у больных ЯБ в предоперационном периоде представлена сочетанием тревожного, ипохондрического и эгоцентрического типов отношения к болезни. Больным свойственно постоянное беспокойство и мнительность по поводу течения заболевания, возможных осложнений и неэффективности хирургического лечения.

Интерес к объективным данным о болезни сочетается с сосредоточением на субъективных неприятных ощущениях, преувеличением действительных и выискиванием несуществующих симптомов заболевания. Настроение тревожное, угнетенное. Типично стремление к тщательному обследованию и, одновременно, боязнь болезненности процедур. Больные демонстрируют близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полностью завладеть их вниманием, требуют исключительной заботы о себе. Разговоры окружающих всегда переводятся на себя. Доминирует желание показать свое особое положение и исключительность в отношении болезни.

Структура ВКБ у больных ЯБ при консервативном лечении представлена сочетанием эргопатического, анозогностического и эйфорического типов отношения к болезни. Для больных типично активное игнорирование мыслей о болезни и возможных ее последствиях. Характерным является отрицание очевидного в проявлениях болезни, связь проявлений болезни со случайными обстоятельствами, сомнения в правильности установленного диагноза. Таким больным свойственно необоснованно повышенное, нередко наигранное настроение, пренебрежение, легкомысленное отношение к заболеванию. Нередки отказы от обследования и лечения. Даже при тяжести страданий отмечается стремление продолжать работу, посвящая ей все свободное время.

Таким образом, характерной особенностью больных язвенной болезнью является высокий уровень личностной тревожности.

Эмоциональное состояние больных язвенной болезнью в предоперационном периоде характеризуется повышением уровня реактивной тревожности и депрессии, что находит отражение в психоэмоциональном напряжении.

Структура внутренней картины болезни в предоперационном периоде у больных язвенной болезнью представлена сочетанием тревожного, ипохондрического и эгоцентрического типов отношения к болезни.

Психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение психоэмоционального напряжения и коррекцию неадекватного отношения к болезни в предоперационном периоде, включают элементы рациональной терапии и технику «Создание образа желаемого будущего». Проведенные психокоррекционные мероприятия больным ЯБ в предоперационном периоде позволили снизить уровень ситуативной тревожности, депрессии и количество неадекватных типов отношения к болезни и сформировать адекватное отношение к болезни.

Литература.

1. Абдуллаев, Дж.С. Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка. / Дж.С. Абдуллаев // Хирургия. – 1999. – № 8. – С. 8 – 11.
2. Барбараш, О.Л. Феномен предоперационного стресса у больных ишемической болезнью сердца: оценка его клинической и прогностической значимости / О.Л. Барбараш, Л.В. Барбараш, Е.И. Берчен и др. // Терапевт, арх. – 1998. – Т.70. №12. – С. 31–35.

3. Василенко В.Х. Язвенная болезнь. / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин. – М. : – Медицина – 1987.
4. Виноградов, М.В. Типы психических реакций в предоперационной (стрессовой) ситуации и индивидуальная направленная премедикация. / М.В. Виноградов // автореф. дис. канд. мед. наук. М. : – 1972.
5. Волков, В.С. Соматопсиховегетативные нарушения при язвенной болезни/ В.С. Волков, И.Ю. Колесникова // Клинич. медицина. – 2001. – Т. 79. № 10. – С. 30–32.
6. Жариков, М.В. Психические нарушения в структуре нормальной и патологической гинекологии. / М.В. Жариков, Е.М. Демидова // ТОП медицина. – 1997. – 4.– С. 13 – 20.
7. Зайцев, В.П. Значение психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца при направлении на операцию аортокоронарного шунтирования / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян, Г.В. Погосова и др. // Кардиология. – 1997. – Т. 37. №8 – С. 29–30.
8. Квасенко, А.В. Психология больного. / А.В Квасенко, Ю.Г. Зубарев – Л. : Медицина. – 1980.–183 с.
9. Клецкин, С.З. Хирургический стресс и регуляция физиологических функций: науч. обзор. / С.З. Клецкин – М. : 1983. – 85 с.
10. Королев, М.П. // Веста, хир. – 1996. – №1. – С. 96–100.
11. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. – №1. – С. 27–32.
12. Литвак, М.Е. Опыт клинико–психологического исследования хирургических больных и методы психотерапевтической коррекции. / М.Е. Литвак, И.М. Литвак // Вестн. Гиппократ. – 1997. – №1. – С. 36– 40.
13. Островский, В.Ю. Проблема операционного стресса. / В.Ю. Островский, С.З. Клецкин / – М. : Науч. Обзор – 1977. – 90 с.
14. Рысс, СМ. Язвенная болезнь. / СМ. Рысс, Е.С. Рысс – Л. : Медицина – 1985.
15. Фирсова, Л.Д. Особенности психической сферы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания. / Л.Д. Фирсова // Терапевт, арх. – 2003. – Т.75 – №2. – С. 21–23.
16. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Рук. для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М. : Медицина – 1996. – 256 с.
17. Kulber, D.A. The current spectrum of peptic ulcer disease in the older age groups. / D.A. Kulber, S. Hertunian, D. Schiller // Amer. Surg. – 1990. – Vol.56. – P. 737–741.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ**

*Потанова Е.А.*

## Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

Семья, в которой живет больной ребенок, оказывается особой группой, которой соответствует присущая только для нее атмосфера межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, протекание его заболевания, а также общее психическое состояние самих родителей.

В повседневной жизни родители детей-инвалидов сталкиваются с множеством проблем. С одной стороны, они испытывают трудности при выборе воспитательных и образовательных средств воздействия на своих детей, а с другой – глубокие, внутренние психологические проблемы, обусловленные рождением в семье больного ребенка и необходимостью во многом перестраивать весь уклад жизни семьи, подчиняя его проблеме ухода за ребенком. Именно это не позволяет им оптимально организовать межличностные отношения внутри семьи (как между членами семьи, так и отдельно между супругами), а также с окружающими.

В тоже время для гармоничного развития ребенка большое значение имеет и психологический микроклимат в семье, и отношения между супругами, как определяющими ту атмосферу, в которой растет и развивается ребенок.

Проведенное исследование было направлено на изучение того влияния, которое оказывает рождение тяжело больного ребенка (ребенка-инвалида) на психоэмоциональную обстановку в семье, характер и динамику партнерских отношений.

Выявление особенностей межличностных отношений в семьях, имеющих ребенка-инвалида, позволит наметить пути и способы психокоррекционной работы по оптимизации отношений между супругами, и в целом в семье, что, на наш взгляд, определяет актуальность избранной темы исследования.

В качестве испытуемых в экспериментальном исследовании приняли участие 201 человек, из которых 114 человек – основная группа (родители, воспитывающие детей-инвалидов) и 87 человек составили контрольную группу (родители нормально развивающихся детей).

Основную часть выборки составляют мужчины и женщины в возрасте 32-37 лет, находящиеся в браке в течение 5-10 лет.

Всего в исследовании приняло участие 80 супружеских пар (42 – в основной группе, 38 – в контрольной группе), в остальных случаях это был один из супругов.

Возраст детей составил от 3 до 15 лет и был равномерно распределен по группам.

Большая часть основной группы (n=87) представлена родителями детей с детским церебральным параличом. Группа родителей детей с синдромом Дауна (n=27) была необходима для определения влияния характера

дизонтогенеза ребенка на брачно-семейные отношения и выступала как группа сравнения.

Как показало проведенное исследование, для семей с ребенком-инвалидом характерно изменение стиля семейного функционирования в сторону большей жесткости и поляризации семейных ролей, усиления ригидности семейных правил и процедур.

При исследовании особенностей функционирования в семьях с детьми - инвалидами по сравнению с обычными семьями, выявлены достоверные различия по показателям отношений между членами семьи, а также по показателям управления семейной системой.

Сложившаяся ситуация, возникающие сложности с обеспечением здоровья ребенка, накладывают сильные ограничения на материальную, профессиональную, социальную, эмоциональную стороны семейной жизни.

В связи с неизбежным тесным взаимодействием с различными медицинскими и образовательными учреждениями происходит размыкание семейных границ и уменьшение гибкости в распределении внутрисемейных ролей. Согласно проведенному анализу, в большинстве семей на отца возлагаются обязанности по экономическому обеспечению семьи, а матери исполняют роль «домохозяйек», занимаясь воспитанием и обслуживанием детей и ведением домашнего хозяйства. При такой расстановке сил ответственность за ребенка-инвалида закрепляется за матерью. Женщины пытаются найти подход к ребенку, занимаются его здоровьем и воспитанием, и в этой ситуации они остро нуждаются в поддержке супруга (прежде всего, эмоциональной). В то время как мужчины, в ответ на поглощенность супруги ребенком, фактически устраниваются из данных отношений, отдаляясь как от ребенка, так и от супруги.

Данная ситуация, в свою очередь, приводит к напряжению в семейных отношениях.

Согласно полученным данным, члены семей, воспитывающих детей-инвалидов (ДЦП и синдром Дауна) более разобщены, имеют меньше свободы в поведении, выражении своих мыслей и чувств, так же для таких семей характерны более конфликтные взаимоотношения.

Исследование различий в восприятии семейных отношений показало, что родители, воспитывающие детей-инвалидов, оценивают свою семейную жизнь значительно хуже, чем родители из контрольной группы.

Таким образом, взаимоотношения в семьях с детьми-инвалидами можно охарактеризовать как менее стабильные, активные, приносящие меньше положительных эмоций, в тоже время самими родителями, и женщинами и мужчинами, такая атмосфера в семье воспринимается как вполне естественная, характерная для большинства семей.

Рождение больного ребенка негативным образом сказывается на отношениях между супругами: партнерские отношения на момент обследования оцениваются как значительно ухудшившиеся, в сравнении с тем, какими они были до рождения ребенка. Родители, воспитывающие



детей-инвалидов, оценивают свои супружеские отношения как менее благоприятные, менее активные, приносящие меньше положительных эмоций. При этом разрыв между желаемыми и реальными отношениями в основной группе гораздо больше, чем в контрольной.

Рождение больного ребенка существенным образом сказывается на представлениях супругов о себе и о партнере.

В сравнении с обычными женщинами, женщин, воспитывающих детей-инвалидов, имеют более низкую самооценку, их можно охарактеризовать как менее активных, жизнерадостных, менее общительных. И сами женщины оценивают себя хуже по сравнению с большинством женщин.

Женщины, воспитывающие детей-инвалидов, относятся к супругу, хуже, чем женщины контрольной группы. При этом при сравнении с большинством мужчин, супруг оценивается как менее активный, менее общительный, что в целом согласуется с данными, представленными по мужчинам.

Мужчины, воспитывающие детей-инвалидов, демонстрируют сниженную самооценку. Однако и большинство мужчин, они видят подобными себе.

К своим супругам они относятся хуже. Но в сравнении с большинством женщин, оценивают своих жен как более реалистичных, более настойчивых и уверенных в себе.

В ходе исследования установлено, что характер и тяжесть заболевания ребенка, проблемы связанные с обеспечением его здоровья влияют на восприятие и оценку родителями своих детей.

Исследование показало, что родители, воспитывающие детей-инвалидов, относятся к своему ребенку хуже, чем родители, воспитывающие здоровых детей. Особенно эта разница выражена в отношении способностей ребенка. Такое отношение к ребенку как к неспособному, несамостоятельному негативным образом проявляет себя в воспитательных аспектах, сказывается на образе «Я» ребенка, его отношении к своему состоянию.

При этом каждый из родителей видит свои отношения с ребенком и отношения с ребенком супруга как более сложные и менее удовлетворительные, чем родители в обычных семьях

Т.о. тяжесть заболевания ребенка, а также преувеличение родителями тяжести болезни негативным образом сказываются на оценке ребенка родителем. Отношение родителей будет меняться и при наличии в семье других, здоровых детей.

Также были выявлены достоверные различия отношения к ребенку в зависимости от пола родителя и ребенка, от особенностей его нарушений.

Так матери воспитывающие детей – инвалидов (и с ДЦП, и с синдромом Дауна) лучше относятся к девочкам, чем к мальчикам. Отношение мужчин к детям различаются в зависимости от патологии ребенка.

На наш взгляд, данная ситуация может быть объяснена наличием эмоциональной и ролевой близости между матерью и дочкой, а в случае мужчин в том числе и особенностями взаимоотношений между сыном и отцом, которые носят преимущественно инструментальный и поведенческий характер и затруднены при наличии у ребенка физических ограничений. Так мужчины, воспитывающие детей с ДЦП, лучше относятся к девочкам, в то время как отцы детей с синдромом Дауна имеют более тесные отношения с сыновьями.

Выявлены особенности семейного функционирования и в зависимости от характера детской патологии.

Для семей с детьми, страдающими ДЦП, характерна дистанцированность в отношениях. Данная автономизация, обеспечивая стабильность и развитие подсистем за счет их собственных ресурсов, ослабляет семейную систему в целом: качество семейного взаимодействия и сплоченность снижаются.

Семьи, воспитывающие ребенка с синдромом Дауна, отличаются более жесткой организацией семейного функционирования, отношения в таких семьях более напряженные, супруги в меньшей степени удовлетворены собой, своей супружеской и семейной жизнью в целом.

Родители детей с ДЦП имеют общие представления о ценности семейной жизни, при этом мужчины в большей степени не удовлетворены ее качеством. Проблемы, связанные с семейной жизнью вызывают у них большее напряжение, и гораздо меньше положительных эмоций, чем у супругов.

Родители детей с синдромом Дауна оценивают свою семейную жизнь значительно хуже. При этом более негативно семейную ситуацию воспринимают женщины, оценивая её как нестабильную, эмоционально неблагоприятную.

Исследование показало, что появление в семье ребенка-инвалида, оказывается мощным стрессором, влияющим на все стороны семейной жизни, и значительно ухудшающего качество семейных и супружеских отношений. Все семейное функционирование, тем или иным образом, направлено на потребности ребенка-инвалида, на решение проблем и трудностей, связанных с заболеванием. Происходит концентрация на соматическом состоянии ребенка (часто в ущерб его эмоциональному и личностному развитию). Состояние ребенка становится «мерилом оценки» качества семейной жизни, отношений между супругами.

На наш взгляд, такая концентрация на ребенке, его самочувствии, построении отношений с учетом заболевания ребенка в ущерб построению полноценных отношений со здоровыми членами семьи, дестабилизирует супружеские отношения и определяет развитие всей семейной системы.

В тоже время в ходе исследования были выявлены позитивной тенденции в семейном функционировании при наличии других, здоровых,

детей в семье, что на наш взгляд объясняется наличием в семье и других «благополучных» взаимоотношений.

Таким образом, мы видим, что в семьях с детьми-инвалидами складывается достаточно сложная ситуация: с одной стороны рождение больного ребенка, проблемы связанные с его воспитанием, лечением негативным образом сказываются на динамике супружеских отношений, функционировании семьи в целом, с другой стороны неблагоприятная атмосфера в семье не способствует гармоничному развитию ребенка.

Всё это делает очевидным необходимость комплексного подхода к реабилитационным мероприятиям, когда работа проводится на нескольких уровнях (медицинском, психологическом, педагогическом, социальном), причем не только с ребенком, но и с родителями, а также с семьей в целом.

При данном подходе, в качестве объекта реабилитационного процесса выступает семья ребенка, с нарушениями в развитии, а в центре реабилитационных воздействий находится личность ребенка, и его ближайшее окружение.

В этом случае целью психологической составляющей реабилитационного процесса будет оптимизация психологического микроклимата в семье, коррекция внутрисемейных отношений, а также формирование адаптивных возможностей семьи.

На основании проведенного исследования, были выделены основные «мишени» психореабилитационной работы:

1. Первичные, а также вторичные нарушения психического развития ребенка. В данном случае главными задачами будут компенсация нарушенных психических функций, формирование психических особенностей, способствующих успешной соц. адаптации, а также психологическое обеспечение адаптивно возможного профессионального самоопределения.

2. В сфере супружеских отношений - вопросы, связанные с изменением самооценки, а также представлений о супруге, нарушением супружеских взаимоотношений.

3. Семейные отношения в целом: изменение представлений о ребенке, отношение к заболеванию ребенка, нарушение семейного функционирования, изоляция семьи. Работа психолога, в данном случае, направлена на коррекцию представлений о ребенке и отношения к его заболеванию, психологическое обеспечение оптимальной позиции членов семьи в отношении реабилитационных мероприятий, поиск и переоценку ресурсов семьи.

Внедрение психологической составляющей реабилитационного процесса в комплексную программу оказания помощи семьям с детьми-инвалидами, показало, что эффективность реабилитационной работы с данной категорией семей определяют: учет актуального психического (соматического) состояния ребенка, а также анализ особенностей семейного функционирования при формировании реабилитационной программы,

сочетание различных форм и методов работы, гибкость реабилитационной тактики.

## **РОЛЬ ВРАЧА В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ**

*Пугжилис И.С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время проведен ряд исследований, выявляющих степень приверженности больных к лечению, профилактическим мероприятиям, различным предписаниям врача. К сожалению, полученные результаты оказались неудовлетворительными. Зачастую больные люди обращаются за медицинской помощью лишь в случае значительного ухудшения состояния, когда все методы самопомощи (по совету окружающих, родственников, а также множества других, весьма сомнительных, источников информации) оказались неэффективными. Таким образом, за квалифицированной медицинской помощью обращаются лица в запущенных состояниях, когда она может оказаться безрезультатной. На протяжении периода тесного общения с врачом в период обострения хронического заболевания, дестабилизации течения болезни и др. пациент выполняет предписания, составленные доктором. При улучшении состояния снижается и его приверженность к выполнению назначенного лечения. Исходя из множества обстоятельств (материальные затруднения, боязнь развития побочных реакций препаратов и т.д.) в течение достаточно короткого периода времени (по данным различных исследований около двух недель) больной отказывается от предписаний, данных врачом. Очень часто можно выявить существование так называемых курсовых приемов, например, антигипертензивных препаратов или использование анальгетических средств при возникновении головной боли на фоне повышения артериального давления и т.п.

Возникает вопрос: как повысить приверженность пациентов? Как контролировать ход его лечебно-диагностических мероприятий?

Существует ряд рекомендаций к действию врача в подобной ситуации, однако все они малоэффективны.

Врач и больной вместе решают одну и ту же задачу, в которой необходимо их сотрудничество, взаимопонимание, доверие. Наряду с множеством других, возникает проблема поведения врача по отношению к больному, психотерапевтического, психопрофилактического воздействия личности врача на больного с целью повышения приверженности пациента к лечению.

Об актуальности всех этих вопросов писали на протяжении многих веков. Так, в сочинениях Гиппократы мы находим специальные главы, посвященные данной тематике (глава «О враче», классическая «Клятва» и

др.). Можно найти обсуждение данных проблем у Галена, Алишера Навои «Махбу», Моля «Врачебная этика» и т.д.

Во врачебной работе представлены процесс руководства больным со стороны врача и взаимодействие его и больного. Так как болеют люди с разными особенностями личности, разным характером, интеллектом, а свойства личности играют роль в возникновении и течении болезни, то врачу необходимо уметь их распознавать, сообразовываться с ними, уметь в определенной мере ими управлять. Врач должен уметь распознавать, с кем имеет дело и в соответствии с этим детализировать свои задачи и тактику. Это необходимо для достижения комплаенса (дословно следования за врачом). Врач должен быть внимателен не только к тому, что касается организма больного, но и его личности, переживаний, потребностей больного. Осуществляя свою деятельность, он имеет перед собой не абстрактную и стандартную болезнь, клиническую ситуацию, а живого человека, реагирующего на болезнь, ее течение, на врача, разнообразные жизненные обстоятельства, мнение окружающих о нем, о враче, образе жизни и многое другое. Поэтому доктор должен хорошо ориентироваться не только в медицинских вопросах, но и вопросах психологии человека, т.е. сам быть хорошим психологом. Общеизвестно, что эффективность лечения во многом зависит от веры больного в выздоровление, а это в свою очередь тесно связано с той степенью доверия, которое он питает к врачу.

Доктор должен разрушить психологическую преграду в контакте с больным, вызывая его доверие, создав обстановку участия и теплоты. Он может быть предан делу лечения, диагностики, но незнание психики больного может снижать его возможности оказать полноценную помощь больному, степень влияния на пациента, что, в свою очередь, уменьшает приверженность последнего.

В процессе ведения больного врач должен владеть навыками вербального и невербального общения. В вопросах ведения больного часто приобретает особое значение откровенность и доверие его по отношению к врачу. Но для того, чтобы добиться такого доверия специалисту нужно уметь правильно подойти к больному, уметь заметить, что он что-то скрывает, научиться определять отношение пациента к лечению, его настрою по отношению к осуществлению контроля за приемом назначенных лекарственных препаратов, собственным состоянием здоровья, готовностью следования всем предлагаемым врачом рекомендациям.

Врачу необходимо сознание долга и ответственности к своим обязанностям, внимательное и сочувственное отношение к больному, приветливость в обращении, с ним, а также выдержка и самообладание во взаимоотношениях. Следует учитывать, что многие больные в результате болезни становятся раздражительными, нетактичными. Со стороны врача важны интерес и любовь к своему профессиональному делу, терпение, настойчивость. При работе с больным человеком он занимает особое положение. В данной ситуации требуется особая чуткость, такт, тонкое

понимание человека, обстоятельств, в которых находится больной, того, что ожидает от него пациент.

Умение управлять своим поведением – особо важное условие успешной работы доктора. Он может быть утомлен, угнетен, но, несмотря на это, с больным он должен быть добр и приветлив. Это ободряет и привлекает больного. Существенным для врача является большая работоспособность, которую он черпает из сознания врачебного долга.

«В человеке должно быть все прекрасно и лицо, и одежда, и душа, и мысли». Данное высказывание звучало еще во времена Гиппократов. Весьма значим как духовный, так и внешний облик врача. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности – степень заботы, внимания к больному, способность к сопереживанию. «Что касается внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию» (Гиппократ). Не будет доверия к врачу, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит он так, словно делает одолжение. Очень скоро становится понятной больному искренность и там, где он видит нарочитую вежливость, навязчивую услужливость, «дежурную» улыбку. Внешность должна отражать внутреннюю собранность, самодисциплину. Внешний вид должен гармонично дополнять внутреннюю привлекательность, успокаивать больного вызывая приятные впечатления у его родственников, помогать установлению с ними доброжелательных отношений, зависящих не только от индивидуальных особенностей больного, его психики, но и от личности и поведения врача, его общей и профессиональной культуры, соблюдения принципов этики и деонтологии. Основная ответственность за характер этих взаимоотношений, столь важных для успешного лечения, всегда ложится на врача. Следует помнить, что больной очень внимательно следит за каждым жестом, выражением лица и речью, старается уловить в словах и поведении нечто такое, что располагает к доверию и откровенности. В зависимости от того, насколько стремление больного рассказать о себе будет понято и поддержано во время первой беседы, настолько прочен окажется контакт с врачом в дальнейшем.

Необходимо, чтобы больной понял, что врач, к которому он пришел, интересуют не только вопросы диагностики, но и обратившийся за помощью человек. Особое значение имеют культура речи, а также содержание беседы.

Врач должен оказывать влияние на поведение человека в отношении своего здоровья.

Следующей ступенью в достижении комплаенса служит процесс формирования решений о своем здоровье как ценности. Врач активно участвует в процессе всестороннего анализа возможного альтернативного поведения, выделения целей, которые могут быть достигнуты больным, оценке ценностей, связанных с совершаемым выбором. Необходимо проводить вместе с пациентом тщательный анализ всех последствий, связанных с выполнением каждого предпринятого действия, осуществлять

поиск информации, важной для оценки возможных альтернатив. Детальный план действий, направленных на осуществление лечебных или профилактических мероприятий, составляется с участием пациента. Медицинская модель формирования приверженности больного построена на информировании. Знание о действиях, отрицательно сказывающихся на здоровье, способствует воздержанию от такого поведения.

Для успеха и усиления достижения комплаентности больному необходимо создать психологическую поддержку. Этому способствуют организованные школы для пациентов, распространение знаний о здоровом образе жизни, заболеваниях, необходимости лечебных и профилактических мероприятий, в том числе целесообразности следования предписаниям врача.

Однако для построения определенных, доверительных отношений между врачом и больным, стимулирования и проведения контроля за его приверженностью необходимо определенное, продолжительное время. Доктор и пациент должны достаточно часто встречаться, в некоторых ситуациях врач может попросить больного предоставлять пустые блистеры от рекомендованных лекарственных средств.

Однако врач стационара, поликлиники может справляться с подобными задачами лишь эпизодически. Решить их может лишь семейный врач, постоянно контактирующий с больным и членами его семьи. Таким образом, достичь высокой степени приверженности больного к данным врачом рекомендациям возможно лишь при помощи семейного врача. Следовательно, и состояние здоровья населения зависит от того, есть ли в первичном звене здравоохранения семейный врач или нет, для деятельности которого характерен биопсихосоциальный подход к ведению пациента.

Литература.

1. Клиническая психология (сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб: Питер, 2000г. -352с.)
2. Медицинская психология. Кречмер. СПб 1998г. – 464с.
3. Медицинская психология И.Ф. Мягков, С.Н. Боков М.: 1999г – 232с.
4. «О врачевании» И.А. Кассирский «Медицина» - М, 1970г. – 271с.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ: СТАТУСНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ**

*Реутова Н.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В соответствии с различимыми разновидностями объектных систем можно выделить следующие типы профессий: человек - живая природа; человек - техника и неживая природа; человек-человек; человек - знаковая система; человек - художественный образ. В пределах каждого типа профессий выделяются следующие три класса по признаку целей,

определяемых операционально: гностические профессии (от др. греч. «гнозис» - знание); преобразующие профессии; изыскательные профессии. (Климов А.Е., 2004).

В наибольшей степени профессиональным деформациям подвержены профессии типа «человек—человек». Это вызвано, по мнению С.П. Безносова, тем, что общение с другим человеком обязательно включает и его обратное воздействие на субъект данного труда.

Несмотря на то, что ряд научных исследований был посвящен изучению проблемы профдеформации таких групп профессий как - врачи и сестры милосердия (Р. Конечный и М. Боухал, 1983); сотрудники ОВД (А.В. Буданов, 1992); менеджеры (А.В. Коваленко, Л.А. Шиканов, 2009); сотрудники милиции (С.Е. Борисова, 2001), в то время как данная проблема у такой категории лиц, как судебные приставы остается не достаточно изученной.

Специфика деятельности судебного пристава заключается в:

- высоком уровне неопределенности в процессуальном аспекте деятельности;
- высоком уровне рискантности;
- высоком уровне конфликтности;
- высоком уровне эмоциогенности;
- высоком уровне ответственности.

Профессиональная деформация - это постепенно накопившиеся изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса, а также на развитии самой личности" (Зеер Э. Ф., 1997).

В 60-х годах профессиональная деформация описывалась, как проблема функциональных возможностей человека. От латинского деформация «defo~~g~~matio» (искажение) - изменение размера и формы тела под воздействием внешней среды. Профессиональная же деформация - это изменения в организме и личности, вызванные профессиональной работой и приобретающие стойкий характер (Геллерштейн С.Г., 1983).

Профессиональные деформации личности - это вариант нежелательного негативного профессионального развития. (Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1990; Геллерштейн С.Г., 1960).

Согласно «соотношению «своеобразия» личности субъекта труда и особенностей профессиональной деятельности», Рогов Е.И. выделяет виды профессиональных деформаций: общепрофессиональные деформации, типичные для большинства людей, занятых определенной профессией, типологические деформации, образованные слиянием личностных особенностей и особенностей функционального строения профессиональной деятельности, и индивидуальные деформации, обусловленные в первую очередь личностной направленностью, а не выполняемой трудовой деятельностью. (Рогов Е.И., 2003).



Соотношение особенностей личности и профессиональной деятельности служит критерием для рассмотрения уровней профессиональных деформаций личности. Уровень общепрофессиональных деформаций представляет собой инвариантные особенности личности и поведения профессионалов. Профессиональные деформации прослеживаются у большей части работников со стажем, хотя уровень выраженности данной группы деформаций различен. Ансамбль общепрофессиональных деформаций делает работников профессии узнаваемыми, похожими. Специальные профессиональные деформации возникают в процессе специализации по профессии. Данный уровень деформаций дифференцируется по специальностям. Уровень профессионально-типологических деформаций обусловлен наложением индивидуально-психологических особенностей личности: темперамента, способностей, характера – на психологическую структуру деятельности. Индивидуализированные деформации возникают в процессе многолетнего выполнения профессиональной деятельности. Они представляют собой «психологическое сращение личности и профессии». При этом отдельные профессионально важные качества, как, и профессионально нежелательные, чрезмерно развиваются, что приводит к возникновению сверхкачеств или акцентуаций. Это может быть сверхответственность, суперчестность, гиперактивность, трудовой фанатизм, профессиональный энтузиазм. Следствием всех этих деформаций являются ошибки, кризисы и снижение продуктивности профессиональной деятельности личности. (Поваренков Ю.П., 1999).

Профессиональная деформация личности может носить эпизодический или устойчивый, поверхностный или глобальный, положительный или отрицательный характер. Она проявляется в профессиональном жаргоне, в манерах поведения, даже в физическом облике (Буданов А. В., 1992).

Обобщив имеющиеся подходы к исследованию профессионально-личностных деформаций делаем вывод о том, что данный феномен «обнаруживает себя» на психическом (процессы, состояния, свойства) и социально-психологическом уровнях личности (поведение, индивидуальные особенности):

- перенос профессиональных действий, стереотипов и установок на поведение вне работы (соблюдение определенных правил, установок семьей, подчинение и т.д.);

- развитие гиперконтроля над своим поведением (распространение контроля на все сферы жизни, потеря непосредственности);

- преобразования психических характеристик индивида (психические процессы, состояния, свойства, качества);

- преобразования структуры личности, включая сознательные и подсознательные компоненты (формирование неадекватных копинг-стратегий, механизмов психологической защиты, изменение и утрата смысла жизни);

– нарушение межличностных контактов (с одной стороны, наблюдается агрессивное поведение, с другой стороны, - тенденция к социальной изоляции) (Грановская Р.М., 1988, Маркова А.К., 1996, Поваренков Ю.П., 1999, Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1990).

Выделяют три группы факторов, ведущих к возникновению профессиональной деформации: факторы, обусловленные спецификой деятельности, факторы личностного свойства, факторы социально-психологического характера.

К факторам, обусловленным спецификой деятельности, следует отнести:

1. детальную правовую регламентацию деятельности, что наряду с позитивным эффектом может приводить к излишней формализации деятельности, элементам бюрократизма;

2. наличие властных полномочий по отношению к гражданам, что порой проявляется в злоупотреблении и необоснованном их использовании сотрудниками;

3. корпоративность деятельности, которая может быть причиной возникновения психологической изоляции сотрудников и отчуждения их от общества;

4. повышенная ответственность за результаты своей деятельности;

5. психические и физические перегрузки, связанные с нестабильным графиком работы, отсутствием достаточного времени для отдыха и восстановления затраченных сил;

6. экстремальность деятельности (необходимость выполнения профессиональных задач в опасных для жизни и здоровья ситуациях, риск, непредсказуемость развития событий и др.) (Буданов А. В., 1992).

К факторам, отражающим личностные особенности, относятся:

1. неадекватный возможностям сотрудника уровень притязаний и завышенные личностные ожидания;

2. недостаточная профессиональная подготовленность;

3. специфическая связь между некоторыми профессионально значимыми качествами личности сотрудника (так, решительность в сочетании с пониженным самоконтролем может развиваться в чрезмерную самоуверенность и т.п.);

4. профессиональный опыт;

5. профессиональные установки (например, восприятие людей как возможных нарушителей закона может привести к глобальной подозрительности и др.);

6. изменение мотивации деятельности (потеря интереса к деятельности, разочарование в профессии и др.) (Буданов А. В., 1992).

К факторам социально-психологического характера относятся:

1. неадекватный и грубый стиль руководства подчиненными;

2. неблагоприятное влияние ближайшего социального окружения вне службы (например, семьи, друзей и др.);

3. низкая общественная оценка деятельности, что порой ведет к безысходности в деятельности сотрудников, возникновению профессионального бессилия и неуверенности в необходимости своей профессии (Буданов А. В., 1992).

Крайняя степень профессиональной деформации личности – профессиональная деградация, когда нарушение закона, аморальность, асоциальное поведение или профессиональное бессилие делает невозможной дальнейшую службу.

Таким образом, социально-психологические или статусные компоненты (стиль руководства, влияние ближайшего социального окружения, общественная оценка деятельности) и организационные (уровень профессиональной подготовленности, профессиональный опыт; профессиональные установки, изменение мотивации деятельности) инициируют профессиональную деформацию личности.

Литература.

1. Буданов А. В. Педагогика личной профессиональной безопасности сотрудников ОВД. - М., 1992.

2. Геллерштейн С.Г. Вопросы психологии труда // Психологическая наука в СССР. Т.2. М., 1960.

3. Геллерштейн С.Г. Психотехника // История советской психологии труда. Тексты (20-30-е годы XX века) / Под ред. В.П. Зинченко, В.М. Мунипова, О.Г. Носковой. М., 1983. С. 127–133.

4. Зеер Э. Ф. Психология профессий. - Екатеринбург, 1997.

5. Коваленко А.В., Шиканов Л.А. Профессиональная деформация личности. Учебное пособие. – Томск: Изд-во ТПУ, - 2009. - 90 с.

6. Климов А.Е. Психология профессионального самоопределения: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 304 с.

7. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага: Авиценум, 1974). 405 с.

8. Поваренков Ю.П. Психология профессионального становления личности: Дисс. ...докт. психол. наук. М., 1999. 311 с.

9. Рогов Е.И. Выбор профессии: Становление профессионала. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. — 336 с.

10. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи, Изд-во «Талант», 1990. 720 с.

## **МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА И ИХ ПРИНЯТИЕ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**

***Ригина Ю.И., Асеева И.А., Голубцов В.В.***

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современной России наблюдается нарастание значимости либеральных ценностей, среди которых важное место занимает свобода. За каждым новым пониманием свободы стоит созидание новых отношений. Сейчас в отечественной медицине внимание все чаще акцентируется на правах пациента, личностной автономии и возможности самостоятельного выбора личности. В.С.Степин называет идеал автономии личности важнейшим компонентом техногенных обществ [8]. В медицинской практике этот идеал находит отражение в обязанности врача лечить не болезнь, а конкретного больного, при этом необходимым условием выступает уважение к его личности. «Уважительное отношение к человеку сегодня во всем цивилизованном мире означает одно и то же – признание и соблюдение его прав и свобод... С позиции действующего законодательства знание прав лица, с которым осуществляется взаимодействие в условиях медицинской деятельности – первая профессиональная обязанность врача», - так комментирует ситуацию Г.Я.Лопатенков [4]. Свобода приобретает все большую ценность как право свободного субъекта самому определять свою судьбу. Это является одним из значимых аргументов при рассмотрении различных моделей взаимоотношений врача и пациента. Р.Витч выделяет пять основных моделей: техническую, патерналистскую, партнерскую, контрактную и договорную.

В *технической модели* врач лечит не больного, а болезнь; больной организм при этом ассоциируется с неисправным механизмом, не имеющим души. Здесь уместно привести справедливое, по нашему мнению, замечание В.С.Степина: «Отношение к человеку как к материалу привело к потере человеческой свободы и ко многим другим разрушительным последствиям» [9].

В *патерналистской (сакральной) модели* врач лечит даже взрослого больного как ребенка, причем без уважения к автономии его личности. Отношения строятся при полном доверии пациента к врачу, его авторитет и компетентность не вызывают сомнения у пациента. *Партнерская (коллегиальная) модель* построена на диалоге врача и пациента, имеющих равные права при выборе способа лечения. Споры возникают по поводу самой возможности партнерства двух заведомо различных по компетентности сторон, которые могут, кроме того, придерживаться различных ценностей, относиться к различным социальным классам и этническим группам.

*Контрактная модель* позволяет избежать отказа от морали со стороны врача (в технической модели), ущемления моральных прав пациента (в патерналистской модели), а также зачастую обманчивого и неконтролируемого равенства (в модели коллегиального, или партнерского типа). Отношения с врачом на основе контракта оставляют за пациентом право на выбор и управление своей жизнью и судьбой. Если такие отношения противоречат требованиям врачебной совести или взаимное доверие утрачивается, врач расторгает контракт, либо не заключает его

вовсе. *Договорная модель* представляет собой сплав положительных особенностей партнерской и контрактной моделей. Договор врача и пациента строится на принципах взаимного согласия и доверия. Поэтому врач не может расторгнуть его в одностороннем порядке. Такая модель менее формальна и более человечна. Она подразумевает моральную чистоплотность и пациента, и врача. Сам Р.Витч отдает предпочтение тем моделям, где пациент обладает правом выбора собственной позиции [2].

Современное законодательство в области здравоохранения возлагает на врача обязательства сообщать пациенту в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация не может быть предоставлена пациенту против его воли [5]. Перечисленные требования приближены к моделям отношений «врач-пациент», при которых пациент имеет доступ к информации о состоянии своего здоровья и обладает правом выбора собственной позиции. Участвуя в выборе методов лечения, больной понимает, что степень его выздоровления зависит в том числе от линии поведения, выбранной им лично. Каждый человек, отдавая предпочтение какому-либо варианту, анализирует ситуацию и принимает решение, исходя из опыта, знаний в этой сфере, материального положения. Считается, что таким образом свобода выбора пациента раскрепощает врача, частично снимая с него ответственность за исход лечения. Так ли это на самом деле? Врач-профессионал также осознает, что выбор некомпетентного пациента может оказаться противоположным его истинным интересам. Возникает острая проблема, обозначенная датским философом К.Логstrupом: «Имеем ли мы право навязывать свое понимание другим в случае, если, как мы считаем, это в их интересах?» [3]. Иными словами, чье мнение должно быть решающим, и может ли обязанность лечить больного против его воли быть универсальной? Складывается парадоксальная ситуация: общепринятое требование компетентности и профессионализма врача уживается с разделением ответственности за принятое решение о выборе путей излечения между врачом-профессионалом и пациентом, в большинстве случаев несведущим в медицине.

В 2008 году на базе городских больниц г.Курска было проведено анкетирование, в котором приняли участие 1214 врачей. Из них 36,2% имели стаж работы менее 10 лет (далее – «начинающие» врачи), 63,8% - более 10 лет («опытные врачи»). На вопрос о наиболее адекватной модели взаимоотношений с пациентами мнения врачей разделились следующим образом:

Модель	«Начинающие»	«Опытные»
Патерналистская	9,4%	18,1%
Коллегиальная	26,4%	14,5%

Договорная	20,7%	21,8%
Техническая	5,8%	
Коллегиально-техническая		12,7%

Представляют интерес ответы врачей на принципиально важный вопрос об информировании пациентов. Опрос показал, что 14 % врачей (особенно онкологи и психиатры) не считают нужным информировать больных, ссылаясь на их некомпетентность и нехватку времени. 12% врачей (в основном это специалисты частных стоматологических и косметических клиник) дают пациенту полную информацию, признавая право пациента и финансовую выгодность более доверительных отношений. 56% опрошенных врачей информируют обычно о наиболее важных обстоятельствах диагностики и лечения, и только 18% склонны прислушиваться к персональному выбору пациента. На основании данных ответов, собственно, и можно судить, какой модели отношений врач придерживается на практике. Можно также отметить, что с приобретением опыта и увеличением уверенности в себе врачи становятся более склонны принимать решения относительно лечения самостоятельно, нежели в партнерстве с пациентом [1].

В сложившейся ситуации важно понимание того, что свобода выбора в медицине - не только право личности, подчас это тяжкое бремя. Выбор, при котором речь идет о сохранении здоровья или жизни, не прост даже для здоровых людей. Как заметил еще А.Шопенгауэр, «самостоятельность суждений – привилегия немногих; остальными руководят авторитет и пример» [10]. У больного человека еще более возрастает потребность в поддержке, желание выслушать компетентное мнение и положиться на него. В России традиционно предпочтение отдавалось патернализму. В рамках современного законодательства необходим отказ от «лжи во спасение» как одного из традиционных принципов патернализма: правильно все, что принесет пользу больному, в том числе сокрытие неблагоприятного прогноза течения заболевания. При этом предполагается, что врач как компетентный специалист сам определяет, что принесет пользу пациенту. В остальном патернализм не вступает в противоречие с вышеперечисленными требованиями. По мнению И.В.Силуяновой, патернализм и современный принцип информированного согласия не являются взаимоисключающими, прежде всего потому, что они представляют различные типы отношений, а именно: патернализм – морально-этические отношения, информированное согласие – правовые. Информированное согласие может рассматриваться и как форма защиты прав пациента, и как форма правовой защищенности рисков врача. Патернализм ценен для России еще и тем, что укоренен в христианской морали; врач призван быть носителем и проводником Божественной любви и милосердия. С этим явлением тесно связан фактор доверия больного к врачу в качестве одного из условий исцеления. Отказ от

патернализма повлечет за собой определенную отчужденность в их отношениях [6].

По мнению В.С.Степина, стремление получить быстрые позитивные результаты путем простого заимствования западного опыта привело к углублению кризисных процессов в российском обществе [7]. Распространение в России либерально-демократических ценностей является непростым процессом, требующим глубокого осмысления их содержания. Проникновение в сознание россиян идеи индивидуальных прав и свобод, внедрение в лечебную практику различных моделей взаимоотношений врача и пациента делает особенно актуальной проблему их взаимного доверия, без которого невозможно моральное воздействие врача на больного. При возможном возникновении кризиса доверия одним из вариантов его преодоления выступает психологическое сопровождение процесса исцеления.

Литература.

1. Асеева И.А., Гребенщикова Е.Г., Ригина Ю.И. Конфликт нравственно-ценностных парадигм в современной российской медицине // Облики современной морали: Материалы международной научной конференции. – М., 2009. - С. 197-198.
2. Кудрявая Н.В. и др. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации / Под ред. академика РАМН, проф. Ющука Н.Д. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - С.194-195.
3. Лихтерман Б. Философия и медицина // Медицинская газета. №67. 10.09.2003.
4. Лопатенков Г.Я. Ваше право, доктор. Очерки врачебного правопонимания. – СПб.: БВХ-Петербург, 2005. - С.27.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 №54871 (ред. от 30.06.2003.) Ст.31.
6. Силуянова И.В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений «врач-пациент» // <http://www.remzal.org/nod/473>
7. Степин В.С. Эпоха и перемен и сценарии будущего. Избранная социально-философская публицистика. – М., ИФРАН, 1996. – С.3.
8. Там же. - С. 37.
9. Там же. - С. 42.
10. Шопенгауэр А. Свобода воли и нравственность. – М., 1992. - С.34.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ И ЕЕ  
ЛЕЧЕНИЯ**

*Русина Н.А.*

**Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль**

## Введение.

Одной из значимых задач для психолога, работающего в клинике, является подбор диагностического инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. И здесь важно использовать не только психологические тесты, методики и опросники, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям в период консультирования. Благоприятной основой для подобной работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни.

В вопросе прямого влияния стресса на развитие онкологического заболевания нет однозначного мнения, но само по себе узнавание о заболевании, постановка диагноза для больного, бесспорно, служат источником психологического дистресса. Американская Ассоциация Психиатров еще в 1994 году включила онкологические заболевания в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство. В онкологической практике хирургические операции широко распространены, зачастую приводят к удалению органов или появлению косметических дефектов. На предоперационном этапе резко возрастают психогенные переживания: вследствие страха возможной гибели во время операции. Таким образом, в ситуациях с онкологическими больными, подвергающимися хирургическому вмешательству с калечащими операциями, мы имеем тройное усиление стрессового фактора.

В этой связи особенно важным представляется изучение адаптационных механизмов онкологических больных на разных стадиях заболевания и определение с учетом их личностных и средовых ресурсов психотерапевтических мишеней в работе с ними.

В исследовании принимали участие 237 пациентов онкологической клиники, перенесших калечащие операции. Для сравнения были взяты пациенты хирургической клиники, оперируемые в плановом (57 чел.) и экстренном порядке (38 чел.).

Динамика внутренней картины болезни на разных этапах лечения онкологических заболеваний характеризуется переходом от вытеснения мыслей о заболевании на этапе диагностики к появлению страха смерти, возрастанию тревоги, появлению реактивной депрессии на стадиях активного лечения, и в дальнейшем повышение или понижение настроения зависит от исхода лечения. Поэтому для сравнения были взяты группа пациентов психотерапевтического центра с депрессивной симптоматикой (32 чел.) и группа «здоровых» (38 чел.).

Для исследования использовались следующие методики: опросник Мини-мульти (вариант СМИЛ), опросник ТОБОЛ для диагностики типов отношения к болезни, методика «Индекс жизненного стиля» для определения



типов психологических защит, опросник Lazarus для выявления копинг-стратегий, методика исследования самооотношения (МИС), тест смысложизненных ориентаций (СЖО).

Полученные в ходе психологического обследования результаты были проверены пробным калькулятором пакета Statistica на характер распределения, в результате чего установлено, что его характер в выборке отличается от нормального. Учитывая это обстоятельство, а также то, что групп исследования больше двух, для определения значимости различий, полученных по группам результатов, был использован непараметрический критерий Крускала-Уоллиса при установленном уровне значимости различий в пределах 0,05 ( $P \leq 0,05$ ). Для сопоставления полученных по группам результатов использовалась медиана с 25 и 75 перцентилями, в этом случае величина наблюдаемого признака считается типичной. Корреляционный анализ и сила корреляционных связей измерялись с помощью коэффициента Спирмена.

Результаты исследования.

Группа пациентов онкологической клиники, перенесших калечащие операции, характеризуется относительным повышением шкал сверхконтроля, эмоциональной лабильности и пессимистичности, что свидетельствует о смешанном типе реагирования. Обращает на себя внимание также низкий показатель по шкале оптимистичности. Преобладающими оказались такие психологические защиты, как проекция и отрицание, являющиеся противоположно направленными. При этом информация, которая тревожит, не воспринимается, а неприемлемые чувства и мысли приписываются другим людям, которым нередко больные ставят в вину свое заболевание. На второй позиции интеллектуализация и реактивные образования, являющиеся соседними в диспозициях и представляющими уход в мир слов и поступков путем преувеличения. Пациенты этой группы предпочитают поиск социальной поддержки и самоконтроль в трудной ситуации.

Сравнительный анализ по методике СМИЛ трех групп больных, подвергшихся оперативному вмешательству, выявил следующие тенденции: профиль группы онкологических пациентов по конфигурации практически совпадает с профилем плановых больных по шкалам сверхконтроля, пессимистичности и эмоциональной лабильности, оказываясь чуть более высоким.

У онкологических больных шкала сверхконтроля является ведущей. Как известно, это характеризует личностей, склонных к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать нормативным критериям. На второй позиции эмоциональная лабильность, которая в ситуации стресса формирует психологическую тревогу, трансформируемую в функциональные нарушения на биологическом уровне. Эти механизмы в сочетании создают почву для развития психосоматических заболеваний.

У плановых хирургических больных самым высоким в профиле с резким подъемом является значение по шкале ригидности. В рамках нормативного разброса это свидетельствует о стеничности установок, активной позиции при противодействии внешним силам, прямолинейности и упорстве в отстаивании своих принципов, тем более в сочетании с тенденцией к сверхконтролю (третье место). На втором месте также эмоциональная лабильность, но при наличии повышенной склонности к ригидности и опять же тенденцией к сверхконтролю такие больные оказываются более устойчивыми к стрессу. Обе группы характеризуются снижением жизнелюбивых тенденций и общей активности.

У экстренных хирургических пациентов доминируют шкалы сверхконтроля и оптимизма-пессимизма, что в случае низких значений тревожности и ригидности все же создает основу для появления некоторой осторожности и осмотрительности, а также склонность к перепадам настроения.

Различия по данной методике по всем шкалам методики Мини-мульти статистически значимы для всех обследованных групп.

По методике копинг-стратегий преобладающими стратегиями для онкологических больных являются поиск социальной поддержки и самоконтроль, поскольку для их типа личности характерна зависимость от социальных норм, окружения и сверхконтроль. Для плановых больных характерны поиск социальной поддержки и принятие ответственности. Общее между ними – поиск социальной поддержки - объясняется мотивационной направленностью личности на нормативные критерии в социальном окружении. Жестко связаны самоконтроль и поиск социальной поддержки. Бегство-избегание положительно коррелирует с психологической защитой «отрицание», что позволяет предположить наличие неосознанной стратегии поведения.

Таким образом, в стрессовой ситуации общее между онкологическими и плановыми хирургическими больными в том, что и те, и другие чаще прибегают к социальной помощи. Для экстренных хирургических пациентов характерно планирование решения проблем и принятие ответственности. Плановых и экстренных пациентов объединяет присутствие собственной ответственности. Но, если у плановых пациентов это происходит за счет стеничности, рациональности и большей устойчивости к стрессу, то экстренные пациенты - еще не успели опомниться и испугаться – проявляют большую уверенность в своем будущем. Они легко принимают решения, что роднит их с группой здоровых. Но решения экстренных больных зачастую легковесны, необдуманно.

В группе экстренных хирургических пациентов отмечается иной стиль реагирования. Повышение показателей по шкалам сверхконтроля, оптимистичности и депрессии с одной стороны выявляют осторожность и некоторую долю инфантилизма, а с другой стороны позволяют более адекватно адаптироваться. Стратегии совладания в этой группе аналогичны с

группой плановых пациентов, но несколько менее выражены. Напряженность психологических защит не выходит за рамки нормативной за исключением отрицания, что согласуется с уже упомянутой долей инфантилизма в поведении. Для них характерно планирование решения проблем и принятие ответственности, и все стратегии самостоятельны, что свидетельствует об адаптивности поведения. Бегство-избегание отрицательно коррелирует с психологической защитой «отрицание», что позволяет сделать вывод об осознанности данной стратегии поведения.

Между группами различия статистически значимы для стратегий самоконтроль, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, планирования решения проблем. Стратегии планирования решения проблем выше в группе экстренных пациентов, на втором месте – плановые больные, на последнем месте – онкологические больные.

Профили значений по методике индекса жизненного стиля совпадают практически у всех групп пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, за исключением реактивного образования: у онкологических и плановых больных оно значимо выше и совпадает, у экстренных ниже и совпадает с нормой. В сравнении с нормативными значениями у больных все значения выше (за исключением замещения). Различия между всеми группами статистически значимы по всем шкалам, кроме компенсации.

Подводя итоги, можно обобщить, что в группах онкологических и плановых хирургических больных в рамках нормативного разброса доминируют шкалы сверхконтроля, эмоциональной лабильности, пессимистичности (смешанный тип реагирования, при котором потребность в самоактуализации сочетается с самоконтролем и тенденцией к сдерживанию поведенческих реакций). В группе экстренно оперируемых больных преобладают шкалы оптимистичности и сверхконтроля (смешанный тип реагирования, но с более высоким уровнем жизнелюбия). В группе онкологических пациентов доминирующими психологическими защитами оказались проекция, реактивные образования, отрицание, в группе плановых хирургических пациентов – проекция, отрицание, интеллектуализация, в группе экстренно оперируемых пациентов – проекция и отрицание. В группе онкологических больных преобладают самоконтроль и поиск социальной поддержки, в группе больных, оперируемых в плановом порядке, – планирование решения проблем и принятие ответственности, в группе больных, оперируемых в экстренном порядке, – планирование решения проблем.

Профили значений по методике индекса жизненного стиля совпадают практически у всех групп пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, за исключением реактивного образования: у онкологических и плановых больных оно значимо выше и совпадает, у экстренных ниже и совпадает с нормой. В сравнении с нормативными значениями у больных все значения выше (за исключением замещения). Различия между всеми группами статистически значимы по всем шкалам, кроме компенсации.

По методике ТОБОЛ в группах онкологических и «депрессивных» больных преобладающим оказался сенситивный тип отношения к болезни. Для онкологических пациентов это связано с боязнью стать обузой для близких, страхом калечащих операций, изменяющих образ тела, для группы «депрессивных» больных – с опасениями о распространении слухов о болезни и обращению к психотерапевту. В группе «здоровых» – преобладают эргопатический и анозогнозический типы. Различия значимы по всем шкалам, кроме гармоничного, эргопатического и паранояльного типов.

Остановимся более подробно на описании результатов исследования самоотношения, т.к. этот фактор является особенно важным для выбора психотерапевтической мишени. В группе онкологических пациентов выше, чем в группах «депрессивных» и «здоровых», «открытость» (внутренняя честность для признания негатива в себе), самопринятие себя, самопривязанность (ригидность Я-концепции), внутренняя конфликтность (тенденция к рефлексии на общем негативном эмоциональном фоне отношения к себе) и самообвинение. Последние две шкалы имеют в группе онкологических больных единственную среди всех групп значимую положительную корреляцию по критерию Спирмена.

По шкале «закрытость-открытость» самые высокие баллы имеют онкологические больные. Для них характерно наличие конформности, выраженной мотивации социального одобрения. Отличия по этому показателю статистически значимы от групп пациентов депрессивного профиля и «здоровых».

По шкале «самоуверенность» онкологические больные и «здоровые» совпадают. Их отличает ощущение силы своего «Я», им есть, за что себя уважать, они, как правило, реализованы в профессиональной деятельности, надежны и обладают силой воли. Больные депрессивного профиля неудовлетворены своими возможностями, сомневаются в способности вызывать к себе уважение. Различия статистически значимы.

По шкале «саморуководство» самые высокие баллы также у онкологических больных, что характеризует их как личностей, считающих, что их судьба в их собственных руках. Они испытывают чувство обоснованности и последовательности своих побуждений и целей. При внутреннем локусе контроля сочетание таких качеств, как сверхконтроль, ригидность, эмоциональное сдерживание приводит к постоянному напряжению и завышенным требованиям к себе и ожиданиям. «Здоровые» на втором месте. В противоположность им «депрессивные» больные считают, что их «Я» подвластно внешним обстоятельствам. Они не склонны искать причины поступков, результатов, своих личностных особенностей в себе самих. Различия также статистически значимы.

По шкале «отраженное самоотношение», которая характеризует представление субъекта о том, что его личность и поступки способны вызывать у других людей, - различия не значимы.

По шкале «самоценность» - самые высокие показатели у онкологических пациентов. Их эмоциональная оценка собственного внутреннего мира, ценности своего «Я» по духовным критериям статистически значимо выше, чем у больных депрессивного профиля.

По шкале «самопринятие» выше баллы у онкологических больных. Это характеризует их как людей, принимающих свои неудачи, не связывающих свои негативные личностные черты с проявлениями собственного «Я». Различия статистически значимы по группам.

Высокие баллы по шкале «самопривязанность» у онкологических больных подтверждают их личностную черту – ригидность - применительно к образу «Я» как консервативную самодостаточность, отрицание возможности развития себя. У «депрессивных» - более низкие показатели по этой шкале связаны с неудовлетворенностью собой. Различия статистически значимы для этих двух групп.

По шкале «внутренняя конфликтность», которая считается самой мощной по данной методике, у онкологических больных баллы самые высокие. Для них характерна тенденция к чрезмерной рефлексии, фрустрированность ведущих потребностей, недовольство настоящей ситуацией, наличие ригидных аффективных комплексов. Это согласуется с чертами ригидности, эмоционального сдерживания. Конфликтность связана с трудностями локализации истинного источника проблем. У «депрессивных» - внутренняя конфликтность значительно ниже, чем у онкологических больных, но выше, чем в группе «здоровых». Различия статистически значимы для всех трех групп.

По шкале «самообвинение» у онкологических пациентов показатели также выше, чем у «депрессивных» и «здоровых», но различия значимы только в сравнении онкологических и «депрессивных» пациентов. Это шкала характеризуется наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождающихся тревожностью и повышенным вниманием к внутренним переживаниям отрицательного характера. При этом данный фактор не связан с локусом контроля, поэтому их переживания независимы от того, приписываются ли они собственным неудачам или неподвластным обстоятельствам. Данный фактор показывает расщепление положительно-отрицательного отношения к себе как механизм, связанного с защитными функциями самосознания.

По методике исследования самоотношения (МИС) первые 4 шкалы: саморуководство, самоуверенность, закрытость и отраженное самоотношение - объединены после вторичной факторизации в фактор «самоуважение». Он очень высок у онкологических больных и значимо выше его же у «депрессивных». В этой части профиля онкологические пациенты ближе к «здоровым» (кроме закрытости). Для этих больных характерна тенденция к соответствию субъекта социально желаемому образу, социально-нормативным критериям. Второй фактор как результат обобщения шкал самопринятия, самопривязанности и самооценности обозначен как

«аутосимпатия» и характеризует самоотношение на основе эмоционального чувства привязанности и расположения к себе. Этот фактор не связан с личностными чертами и основывается на том или ином восприятии собственных личностных проявлений. Он также выше у онкологических пациентов по сравнению с «депрессивными» и несколько выше показателей «здоровых». Третий фактор - «самоуничижение» - включает 2 шкалы: внутреннюю конфликтность и самообвинение. Он значимо выше у онкологических пациентов.

В психологической литературе наиболее значимым для теории причинности является понятие жизненного смысла человека, под которым понимается «отраженная в сознании и переживаниях человека как субъективно предельно значимая для него и превратившаяся в главный регулятор его поведения какая-то ценность, ставшая его собственной, самой большой ценностью. Обратимся к анализу смысложизненных ориентаций онкологических больных. Их позиция характеризуется сужением смысловой перспективы, которая проявляется в общей неудовлетворенности жизнью, отсутствием целей в будущем и самостоятельного контроля над жизнью. Сокращение временной сферы мотивации выражается в «смысловой смещенности» на события настоящего времени.

Методика СЖО измеряет цели в жизни; процесс жизни, или интерес; результативность, или удовлетворенность самореализацией, соотносимые с будущим, настоящим и прошлым; а также локус контроля «Жизнь», характеризующий убеждение в возможности контроля; и локус контроля «Я» как веру в способность осуществлять этот контроль.

Основная направленность смысловой регуляции онкологических больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, причиняемого своему социальному окружению. У больных в силу их социализированности и успешности в деятельности сохраняется представление о себе как о сильных личностях, обладающих достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Существует высокая связь между категориями «самоуважение» (методика МИС) и «локус контроля-Я» (методика СЖО), свидетельствующая о том, что выше названные категории измеряют одну и ту же характеристику личности: уверенность в собственных силах. Больные стремятся казаться сильными, чтобы лишней раз не обременять своими проблемами близких людей.

При этом повышенный индекс децентрации характеризует таких больных, как ограничивающих свою личную жизнь. Высокие показатели по данному индексу характеризуют больных как людей, которые соотносят свои помыслы и действия с интересами других людей. Чужие проблемы и интересы они рассматривают со своей точки зрения, стараются сами взяться за разрешение их проблем, то есть больные рассматривают свою жизнь в контексте жизней других людей и во взаимосвязи с ними. Направляя свою активность вовне, они стремятся перейти к актуализации своей желаемой,

иллюзорной способности влиять на события, при этом их собственные интересы уходят на второй план.

«Внутренняя конфликтность» (методика МИС) отрицательно коррелирует с категорией «прошлое», что сопровождается погружением в прошлое в ущерб ситуации «здесь и сейчас». Это подтверждается положительной корреляцией «самопривязанности» с категорией «прошлое», что означает отрицание важности и желательности развития собственного «Я» при одновременном усилении значимости итогов прожитой жизни. Внутренний конфликт проявляется, прежде всего, в отрицании проблем, что может рассматриваться как защитная стратегия, способствующая понижению тревоги относительно неопределенного будущего. Однако это способствует развитию противоречивого самоотношения, порождающего несамостоятельность данных больных, которые бессознательно любой ценой стремятся избежать ответственности за свою судьбу. Данных больных можно охарактеризовать как прожектеров, планы которых не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У них возникают определенные трудности в практическом осуществлении своих намерений и невозможность влияния на то, что с ними происходит. Это подтверждается положительной корреляцией между категориями «самопривязанность», «локус контроля-жизнь» и повышенным индексом рефлексивности, проявляющейся не только в развитом сознании, но и в трудности осуществления практической деятельности.

Именно по субшкале «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» (СЖО) у онкологических пациентов наблюдается снижение профиля и самый низкий балл из трех групп (в сравнении с «депрессивными» и «здоровыми»), что свидетельствует о неудовлетворенности прожитой жизнью. Для них это связано с процессом преждевременного подведения итогов жизни, а также с разрушением в ряде случаев всей смысловой структуры личности. Второй низкий балл - по субшкале «локус контроля – жизнь или управляемость жизни» - при наличии высокого самоуважения подчеркивает вынужденную убежденность таких больных в том, что жизнь их стала неподвластна сознательному контролю (они отдают себя во власть врачей), что приводит их к самоуничтожению. Различия по всем субшкалам теста СЖО статистически значимы для всех трех изучаемых групп.

Таким образом, внутренняя конфликтность онкологических больных актуализируется в результате противоречия между способностью влияния на ход жизни и возможностью самостоятельного осуществления выбора этого влияния, что приводит к сужению смысловой перспективы.

Психологическое сопровождение онкологического больного должно учитывать стадии лечения. При подготовке больного к операции необходимо учитывать уровень его тревоги и особенности его психологических защит. Особое внимание перед операцией следует уделить реакции отрицания болезни, серьезности самого заболевания. В данном случае, чем ближе

становится угрозой образу тела, тем в большей мере человек стремится минимизировать возможную опасность и спонтанно снизить уровень тревоги. Психологическая коррекция больных в дооперационный период строится на изменении отношения к себе, к другим, к жизни, к болезни через реконструкцию образа «Я», коррекцию системы ценностей. Психотерапевтическая помощь в послеоперационный и восстановительный периоды осуществляется в техниках поведенческой и экзистенциальной психотерапии. Через поведенческую психотерапию изменяется отношение к болезни. Тренинг самоутверждения уменьшает страхи, при этом происходит формирование нового стереотипа поведения, вырабатываются навыки равноправного и адекватного общения, культуры эмоционального реагирования, адекватной самозащиты. В экзистенциальной психотерапии больные учатся определять все «проявления жизни в сравнении со смертью». Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу.

В работе с онкологическими больными необходимо принимать во внимание их реакцию на болезнь. Выделяются следующие реакции: 1) отрицание или шок («этого не может быть», «это неправда»), 2) гнев и агрессия («почему со мной?»), 3) «торговля» (поиск методов лечения, препаратов, альтернативных средств), 4) депрессия и отчуждение («не хочу ничего», «не хочу жить», «мне никто не нужен»), 5) принятие болезни, смирение при неблагоприятном исходе и выстраивание новой жизненной стратегии в случае продолжения жизни, но в обоих случаях переосмысление своей жизни. Пациенты проходят через стадии индивидуально по времени. Перечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Знание каждой стадии необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека.

Если больной находится на стадии отрицания, нужно понять, что это помогает ему справиться в настоящее время с повседневной жизнью и путем поддерживающей терапии помочь определить ему список реальных целей. Отрицание помогает пациенту постепенно привыкать к своей новой ситуации. В данной стадии оно является для него психологической защитой, он глух к восприятию информации, и нельзя «выбивать» у него «костыли». На вопросы пациента следует отвечать ровно столько, насколько он готов принять информацию. Если больной тревожен, его следует успокоить. В этом случае успешности можно достичь через поддерживающую терапию, обучение саногенному мышлению или релаксационным техникам, соблюдению диеты.

В ситуации агрессии, гнева следует определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, то следует помочь отреагировать эмоции. Если это аутоагрессия, можно помочь поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, осмыслить ее, подключая экзистенциальную или религиозную ориентацию.

В ситуации депрессии следует помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, неотреагированные эмоции. При отчуждении



необходимо проанализировать семейные проблемы и выявить причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи, детства, настоящей семьи.

Стадию принятия болезни больные проходят по-разному. Одни начинают бороться, выстраивают вместе с психотерапевтом тактические задачи. На практике люди верующие или обретшие веру в момент болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее. Изменяя отношение к смерти, работая с категориями свободы, изоляции, пациент изменяет свое отношение к жизни, научается принимать себя таким, какой он есть, принимать болезнь.

**Заключение.**

Мы получили следующую картину адаптационных ресурсов онкологических пациентов в условиях калечащих операций. Это личности, склонные к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать нормативным критериям, эмоционально лабильные. Портретную характеристику дополняют повышенное самоуважение, граничащее с конформностью и зависимостью от социальных норм при наличии аутосимпатии, а также присутствие самоуничужения как механизма защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены с целью поддержания общего самоуважения.

Для больных характерно наличие трудностей в актуализации эмоциональных проблем, которые «загнаны» глубоко, не осознаются, но создают негативный эмоциональный фон, входящий в противоречие с выраженной мотивацией социального одобрения, конформностью, стремлением жить по установленным правилам. Итог – внутренняя конфликтность при наличии подавленных скрытых отрицательных переживаний, которая в первую очередь влияет на психосоматическое неблагополучие.

Следовательно, психологическая коррекция онкологических больных должна быть, прежде всего, направлена на обучение эмоциональному реагированию, поведенческой гибкости, преодолению стереотипов. Другой перспективный ресурс - стремление больных к социальной поддержке, ответственное отношение и самоконтроль – делают их обучаемыми. Наконец, третий ресурс – это работа с их Я-концепцией, обучение принятию себя, любви к самому себе.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ВРАЧА КАК ФОРМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ**

*Светлый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В., Высоцкая Т.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Повседневная клиническая практика ставит перед каждым врачом кардинальную и до сих пор до конца не разрешенную проблему медицинской науки – проблему болезни, во всем многообразии ее составляющих аспектов.

Еще врачами древности было высказано положение о том, что клиническая деятельность – это разновидность искусства, т.е. единство знаний и опыта, мышления и интуиции. Основным составляющим в этом искусстве является клиническое мышление, процесс которого трудно объяснить. Он основывается на таких факторах, как опыт и обучение, индуктивное и дедуктивное мышление, интерпретация фактов, воспроизводимость и ценность которых непостоянна, и интуиция, которую бывает трудно определить.

В упрощенном варианте количественное мышление включает пять этапов. Оно начинается с изучения основных жалоб, для чего существуют ключевые вопросы, которые включают в историю настоящего заболевания. На втором этапе врач может выбрать серию диагностических тестов, каждый из которых в силу своей точности и информативности помогает исследовать возможные гипотезы, возникающие в ходе дифференциальной диагностики. Далее, клинические данные должны быть сопоставлены с результатами лабораторных исследований, чтобы определить те патологические состояния, между которыми следует проводить дифференциальную диагностику. На четвертом этапе для того, чтобы выработать рекомендации для пациента, необходимо взвесить относительный риск и преимущества дальнейших диагностических и терапевтических мероприятий. В заключение с выработанными рекомендациями знакомят пациента и после соответствующего обсуждения начинают осуществлять намеченный план лечения – пятый этап.

Лечение и профилактика заболеваний – это вершина медицинской мысли человечества, которая направлена на сохранение самого ценного, что есть у человека – его жизни. В этом отношении вся история медицины условно может быть разделена на два больших периода.

Первый период – период эмпирической медицины, когда способы лечения и профилактики заболеваний основывались лишь на опыте неосмысленного применения тех или иных средств (в большей степени растительного происхождения). На этом этапе развития медицины доминировали представления о непознаваемости причин и механизмов болезни, поэтому считалось достаточным и правильным ограничение способов лечения и профилактики заболеваний *эмпирическими* знаниями и *интуицией* врача.

Второй период развития медицины характеризуется *осмысленным* влиянием на организм, во многом благодаря достижениям фармакологии и фармакотерапии.

Бурное развитие фармацевтической промышленности привело к созданию огромного числа ЛС (в настоящее время сотни тысяч). На этом фоне возросли роль и частота применения медикаментозной терапии в проведении лечения. Врачом любой специальности, в том числе и врачом общей врачебной практики, не возможно проведение профилактики и лечения таких сложных нозологических форм как артериальная гипертония,

ИБС, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), пневмония, ХОБЛ и др. без применения лекарственных средств. Поэтому клиническое мышление не необходимо врачу не только при установлении диагноза заболевания, но и при подборе адекватного лечения конкретного больного.

Клиническое мышление, основанное на приоритете научных знаний, разрешает затруднения, возникающие у врача на этапе выбора адекватного рационального метода фармакотерапии пациента.

Эрудированный, обстоятельный врач, владеющий клиническим мышлением, после установления диагноза определяет наиболее оптимальный путь и способ рационального проведения лечения больного, учитывая, что современные методы лечения принято делить на следующие виды:

Этиологическое – устраняет причину болезни, например подбор антибиотикотерапии при пневмонии после получения анализа мокроты на чувствительность к антибиотикам.

Под патогенетической терапией понимается искусственное вмешательство в механизмы патологического процесса с целью изменить (замедлить, ускорить или прекратить) его дальнейшее развитие. Примером может служить воздействие на важнейшие патогенетические механизмы при ГБ. Так, при гипердренергическом варианте течения с признаками гиперсимпатикотонии, грамотный врач, используя клиническое мышление, будет начинать лечение с  $\beta$ -адреноблокаторов (БАБ); при объем-натрий-зависимом варианте течения – с диуретиков; при вазоконстрикторном (гиперренинном–ангиотензинзависимом варианте течения ГБ) – с ингибиторов АПФ.

Синдромная терапия – направлена на лечение определенных синдромов заболевания. Так при синдроме ХСН, необходимо нормализовать сердечный выброс. С этой целью квалифицированный специалист назначит сердечные гликозиды, для удаления избытка воды и натрия – диуретики; для снижения периферического сосудистого сопротивления – вазодилататоры; для подавления патологического нейрогуморального влияния на органы-мишени – ИАПФ, БАБ, верошпирон. Также он будет применять лекарственные средства по специальным показаниям – антиаритмические, антитромболитические средства и т.д.

При симптоматическом лечении ставится цель не изменить ход патологического процесса, а лишь устранить наиболее тягостный симптом, устранить отдельные проявления болезни. Так при приступе стенокардии напряжения врач рекомендует принимать нитроглицерин.

Метод заместительной терапии восполняет недостаток эндогенных биологически активных веществ, предусматривает искусственное ведение синтетических или натуральных препаратов, содержащих биологически активные вещества, которых в организме недостаточно или их выработка полностью утрачена из-за нарушения функции или гибели органа, или при изменении чувствительности тканей к некоторым гормонам (например при сахарном диабете I типа назначается инсулин).

Профилактические мероприятия направлены на предупреждение развития заболеваний [3, 6]. С этой целью грамотный врач, будучи опытным организатором своей работы, будет проводить вакцинацию против гриппа, краснухи, гепатита и т.д., экономя тем самым выделенные государством средства на здравоохранение.

При выборе группы лекарственных средств, а также выборе конкретного препарата для лечения определенной нозологической формы, врач, владеющий клиническим мышлением, воспользуется методом дедукции и учтёт предшествующую фармакотерапию, фармакокинетику, фармакодинамику, а также совместимость назначаемых ранее препаратов.

Квалифицированный специалист обязан владеть безупречной техникой назначения лечения больного при этом он должен учитывать следующие показатели:

- масса тела (при ожирении доза ЛС ↑), возраст (пожилым пациентам доза ЛС ↓ на 30-50%);

- функциональное состояние систем и органов (при ХПН доза ЛС ↓ на 30-50%);

- чувствительность и переносимость применяемых препаратов (наличие аллергических и побочных реакций на прием того или иного ЛС в анамнезе или при динамическом наблюдении на фоне назначенного лечения);

- сопутствующие заболевания (при сочетании ГБ и ИБС может быть назначена комбинация БАБ + амлодипин, а при сочетании ИБС, ГБ и ХОБЛ назначение БАБ ухудшит состояние больного),

- стадия заболевания (при ГБ I стадии назначается монотерапия, II стадии – два гипотензивных препарата и т.д.)

- клиническая форма (при ИБС: стабильной стенокардии напряжения; необходимо назначать коронаролитики; при ИБС: нарушение ритма назначаются в первую очередь антиаритмические средства – кордарон)

- характер течения (при обострении например хронического необструктивного бронхита назначаются антибиотикотерапия, муколитики и т.д., в стадии ремиссии - общеукрепляющая терапия)

- лечение любой нозологической формы должно назначаться с учетом степени тяжести заболевания (легкая, средняя, тяжелая).

Другим необходимым требованием, предъявляемым к индивидуальной фармакотерапии пациента, в каждой конкретной ситуации на основании знаний и навыков лечащего врача, является определение индивидуальных доз, режимов, путей введения, знание о влиянии пищи на эффективность конкретных препаратов.

Степень обоснованности поставленных лечебных целей врача определяется в результате динамического контроля за эффективностью (СМАД, мониторингирование ЭКГ и т.д.) и безопасностью назначенного лечения (наличие аллергических и побочных реакций).

Основываясь на вышесказанном, следует отметить, что врач должен прогнозировать результаты назначенной фармакотерапии, профилактику и

лечение побочного действия препарата, а также, при использовании клинического анализа совместимости назначенных лекарственных средств, проводить коррекцию индивидуальных доз, определять длительность курса лечения, с учетом фармакокинетики, фармакодинамики и совместимости назначенных препаратов. В каждой конкретной ситуации врачом оцениваются результаты лечения конкретного больного.

Вместе с тем, на этапе выбора лечения конкретному больному практикующему врачу в современных условиях необходимо учитывать новую область медицинских знаний - клиническую эпидемиологию, которая сформировалась в англоязычной медицине в конце прошлого столетия. Когда широкую известность впервые получили работы группы канадских ученых - D.Sackett, B.Haynes, G.Guyatt и других из Университета МакМастера, Онтарио, которые впервые стали рассматривать лечение пациентов с точки зрения доказательной медицины [2]. Термин фармакоэпидемиология впервые появился в передовой статье редактора *British Medical Journal* LawsorTa в 1984. [14]. Клиническая эпидемиология, разрабатывает научные основы врачебной практики - свод правил для принятия клинических решений, основой которых является следующее: каждое клиническое решение практикующего врача должно основываться на доказанных научных фактах. Данный постулат получил название "evidence-based medicine", что в переводе означает "научно-обоснованная медицинская практика", или "научно-доказательная медицина"[2].

Вместе с тем, на этапе выбора лечения конкретному больному практикующему врачу в современных условиях необходимо учитывать новую область медицинских знаний - клиническую эпидемиологию. Данная отрасль науки разрабатывает научные основы врачебной практики - свод правил для принятия клинических решений врача, основой которых является следующее: каждое клиническое решение практикующего врача должно основываться на доказанных научных фактах. Данный постулат получил название "evidence-based medicine", что в переводе означает "научно-обоснованная медицинская практика", или "научно-доказательная медицина".

Основой доказательной медицины являются данные, полученные в ходе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Эти исследования считаются "золотым стандартом" на современном этапе развития медицины. Вместе с тем, мнение экспертов ("авторитетов") и индивидуальный врачебный опыт рассматриваются как не имеющие достаточной научной основы. Так, многочисленные примеры показали, что использование того или иного лекарственного препарата, которые теоретически должны обладать фармакотерапевтической эффективностью при лечении больного на самом деле не оказывают ожидаемого результата. Например, пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда, нередко внезапно погибают от желудочковых нарушений ритма сердца. Логичным являлось предположение, что, назначение антиаритмических средств, с

целью устранения желудочковые аритмии, может предотвратить риск внезапной смерти. Поэтому на протяжении нескольких лет многие врачи, используя, казалось бы, клиническое мышление применяли данную тактику назначения антиаритмической фармакотерапии до тех пор, пока не было проведено РКИ – CAST. Это исследование, на основе доказательной медицины показало, что антиаритмические лекарственные средства вопреки логике врачей наоборот увеличивают риск внезапной смерти.

Нередко мнение, однажды напечатанное известным автором, приводится в различных руководствах, несмотря на определенные противоречия. Так, В 1974 году появилась публикация, в которой применение лидокаина с целью профилактики у больных с острым инфарктом миокарда впервые двое суток значительно снижало риск появления нарушения ритма – фибрилляции желудочков, однако на смертность пациентов эти назначения не влияли. Опубликованные данные явились основанием для рекомендаций рутинного профилактического введения лидокаина для авторов руководства под редакцией Е. Браунвальда "Болезни сердца". (Необходимо отметить, что в тексте данного труда, в том числе и в третьем издании, не указывается об отсутствии положительного влияния лидокаина на такой показатель как смертность). В 1990 году были опубликованы результаты двенадцати РКИ, в которых профилактическое введение лидокаина приводило к увеличению смертности больных острым инфарктом миокарда. Хотя до начала 90-х годов профилактического введения лидокаина у этих больных стало практически общепринятым и указывалось во многих печатных работах. Лишь в 1992 году в четвертом издании "Болезней сердца" авторы признали ошибочной тактику рутинного профилактического введения лидокаина впервые двое суток у пациентов острым инфарктом миокарда.

Концепция доказательной медицины (Evidence based medicine), которая подразумевает «добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента», именно в кардиологии приобрела особенно много сторонников. Ежегодно растет число качественных РКИ, например, в течение 90-х гг. только вопросам эффективности бета-адреноблокаторов при ХСН было посвящено 32 крупных клинических исследования.

Важной особенностью, характерной для руководств, вышедших в свет в конце 90-х годов, является присутствие в них рейтинга доказательности, то есть каждая отдельная рекомендация снабжена латинской буквой (А, В С и D) в зависимости от того, насколько доказательным представляется то или иное утверждение. Современные рекомендации экспертов по фармакотерапии различных заболеваний, в том числе и ХСН публикуемые крупными национальными, международными медицинскими ассоциациями и обществами, снабжены рейтингом доказанности и излагаются в определенном порядке, представленном в табл. 1.

## Уровень доказательности рекомендаций

Уровень доказательности рекомендаций	Источник рекомендаций
A	Рекомендация опирается на данные не менее двух РКИ.
B	Рекомендация опирается на данные одного крупного РКИ или данные мета-анализа.
C	Рекомендация опирается на мнение группы экспертов, отдельные клинические наблюдения
D	Соглашение (мнение) экспертов, используется в тех случаях, где имеются достаточно убедительные рекомендации, но при недостатке литературных данных для отнесения к любой другой категории. Соглашение экспертов основано на клиническом опыте или знании, не удовлетворяющих критериям, изложенным выше

Поэтому врач при назначении лечения должен использовать, подвергать анализу не только классические показания данного лекарственного средства, но и уровень доказанности его эффективности конкретного больного с данным заболеванием. Так, например, в настоящее время документом, регламентирующим оказание помощи больным ХСН, является "Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность", утвержденный Приказом МЗ РФ № 164 от 27.05.2002 г., в котором используются шкала убедительности доказательств данных и уровни доказательности, а также указаны методы мониторинга самочувствия больных ХСН на фоне проводимого лечения [9]. Также был утвержден Приказом МЗ РФ № 237 от 22.11.2004 г. «Стандарт медицинской помощи больным сердечной недостаточностью» в амбулаторно-поликлинических условиях [10], в своей деятельности врач также должен следовать последним рекомендациям ВНОК по лечению больных ХСН.

В табл. 2 суммированы основные положения относительно фармакотерапии ХСН у больных I-IV ФК по NYHA и приводится уровень доказательности назначения отдельных ЛС.

Табл. 2. Фармакотерапия больных ХСН I-IV ФК по NYHA

Класс по NYHA	Лекарственные средства
I	ИАПФ (A), БАБ 1(A)
II	ИАПФ (A), БАБ 1(A), Диуретики (C),

	Дигоксин 2 (А)
III IV	диуретики (С), ИАПФ (А), спиронолактон (А), БАБ 1(А), дигоксин 2 (А)
Примечание: 1. - $\beta$ -адреноблокаторы, применяющимся при ХСН относятся: метопролол, бисопролол, карведилол, небивалол. 2. – в отношении других сердечных гликозидов при лечении больных ХСН данные РКИ отсутствуют.	

Таким образом, врач в своей практической деятельности используя клиническое мышление в первую очередь при назначении рациональной фармакотерапии конкретному больному с учетом всех вышеуказанных особенностей пациентов должен опираться на данные доказательной медицины, на основании которых в настоящее время составляются различные рекомендации, протоколы и стандарты ведения больных той или иной нозологической формы при лечении, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре.

#### Литература.

1. Артамонов Р.И. Снова о клиническом мышлении... Размышления врача. Медицинская газета, 2000, №52.
2. Бащинский С.Е. Клиническое мышление и наука. О необходимости научных обоснованной медицинской практики. Evidence-Based Medicine и Международный журнал медицинской практики. <http://www.ukrmedsoc.dp.ua>.
3. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей – М.: УНИВЕРСУМ ПАБЛИШИНГ, 2000.
4. Лихтерман Л. Что такое клиническое мышление. Размышления опытного врача. Медицинская газета, 2000, №41.
5. Клинические рекомендации+фармакологический справочник / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. (Серия «Доказательная медицина»).
6. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. - М.: ГЭОТАР, 2004.
7. Мазур Н.А. Очерки клинической кардиологии. М., 1999. – 252 с.
8. Мареев Ю.В. Преодоление стереотипов в подходах к лечению сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная недостаточность. – 2003. – Том 4 №1. – С.28-29.
9. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность", Приказ МЗ РФ № 164 от 27.05.2002 г.
10. Стандарт медицинской помощи больным сердечной недостаточностью. Приказ МЗ РФ № 237 от 22.11.2004 г.



11. Фуко М. Ницше, Фрейд, Маркс. \http://www.iqrate.com\ friends\ prog.cfr
12. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure) Developed in Collaboration with the Society for Heart and Lung Transplantation Endorsed by the Heart Failure Society of America. Circulation 2001; 104:2996 -3007.International.
13. Comprehensive Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure (2002); 4: 11-22.
14. Yusuf .S., Sleight P., Pogue J., Bosch J., Davies R., Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators.// New Engl. J. Med. – 2000. – № 342. – P. 145-153.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Симоненко И.А. Шевченко А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время взгляд на психосоматический симптом как на результат дисфункции семейной системы приобретает все большую популярность. Данный угол зрения представляется особенно обоснованным в случае развития психосоматического заболевания у детей и подростков в силу их особой зависимости от семейного окружения. Психосоматическое заболевание у ребенка выступает как дисфункциональный стабилизатор семейной системы. В настоящей статье мы представим результаты многолетних исследований, проводимых на кафедре психологии и педагогики КГМУ. В этих исследованиях мы попытались ответить на вопросы: существуют ли психологические особенности семейных систем у подростков, страдающих психосоматическим расстройством (ПСР), существуют ли различия в параметрах функционирования семейных систем при различных группах ПСР.

Представим результаты исследования репрезентации семейных систем у подростков с ПСР. Многие авторы, в частности В.Н. Садовский, А.А. Холмогорова, А.Я. Варга, А.Г. Лидерс, Э.Г. Эйдемиллер, А.С. Кулаков, А.В. Черников и др., рассматривающие семью как систему, указывают на психосоматическое расстройство как один из дисфункциональных стабилизаторов семейной системы. Дисфункция семьи возникает в том

случае, если семья на каком либо этапе не может реорганизоваться, в результате чего блокируются потребности самого слабого члена семьи, чаще всего ребенка.

Так как объективная социальная ситуация развития ребёнка определяет его психическое развитие и психическое здоровье не автоматически, а только будучи преломленной в субъективных переживаниях ребенка (подростка) (Лидерс, 2005), необходимо акцентировать внимание на том, как сам ребёнок воспринимает свою семью, какие семейные факторы субъективно переживаются им как дисфункциональные.

Таким образом, целью представляемого исследования явилось изучение субъективного восприятия подростками 12-15 лет своей семейной системы и специфики репрезентации параметров семейной системы в условиях психосоматического расстройства.

В данной работе были выделены и рассмотрены следующие параметры семейной системы:

1. Структура системы (через диагностирование состава, иерархии, внешних и внутренних границ, видов коалиции в семье).
2. Внутрисемейные коммуникации, т.е. эмоциональная дистанция, эмоциональные связи в семье.

Мы предположили, что психосоматические расстройства (ПСР) наиболее часто возникают в дисфункциональных семейных системах, для которых характерны следующие параметры:

1. нарушение структуры семьи;
2. нарушение характера внутрисемейной коммуникации;

Представим эти данные в виде таблицы:

Таблица 1. Сравнительный анализ параметров в семейных системах двух типов (функциональной и дисфункциональной)

Параметры семейной системы	Функциональная семейная система	Дисфункциональная семейная система
I. Структура системы:		
1. состав семьи	Мы можем только предполагать, что полная (есть мать и отец) или «нуклеарная» (муж, жена и их дети) семья является более функциональной, но мы не можем утверждать, что в данной семье процессы сепарации и индивидуации пройдут более успешно. Таким образом, состав семьи не влияет на функциональность семейной системы.	
2. иерархия	Функциональные коалиции (супружеская подсистема и детская подсистема)	Дисфункциональные коалиции Перевернутая иерархия Семья с мужчиной на периферии

		Жестко фиксированные, патологизирующие семейные роли, или, наоборот, нет четких семейных ролей
3. внутренние границы	Границы между подсистемами четко очерчены и проницаемы	Жестко фиксированы, ригидны, или, наоборот, границы "я" размыты
4. внешние границы	Четко очерчены.	Слишком ригидны или размыты.
II. Внутрисемейные коммуникации, т.е. эмоциональная дистанция, эмоциональные связи в семье.	Эмоциональные связи гармоничные	Симбиотические связи, эмоциональные разрывы, дистанцирование.

Были сформированы следующие группы испытуемых. В первую экспериментальную группу вошли подростки, имеющие в своём анамнезе психосоматическое расстройство сердечнососудистой системы (вегетативная дисфункция), во вторую экспериментальную группу – испытуемые с психосоматическим расстройством желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит), в контрольную группу – соматически здоровые подростки. Из исследования исключались подростки, имеющие дополнительный к основному диагноз, какие-либо поведенческие нарушения, а также чрезмерно низкую и высокую школьную успеваемость.

Исследование проводилось на базе областной детской клинической больницы г. Курска, в отделениях №2 (гастроэнтерологии и кардиологии) и №6 (неврологии), а также в 7-х и 8-х классах лицея-интерната пос. им. М.Жукова. Объём выборки составил 58 подростков в возрасте 12-15 лет, из них контрольную группу составили 22 здоровых подростка, первую экспериментальную группу – 18 подростков с психосоматическим расстройством сердечно-сосудистой системы, имеющих диагноз «Вегетативная дисфункция» и 18 подростков с психосоматическим расстройством желудочно-кишечного тракта, имеющих диагноз «Хронический гастродуоденит». Диагноз подростков в экспериментальной группе верифицирован в отделениях №2 и №6 и ставился на основании данных анамнеза, жалоб, клинических показателей состояния желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, функциональных методов исследования. Исследование проводилось индивидуально, в первой половине дня.

В соответствие с поставленными задачами подбирались соответствующий блок методик. Для решения первой задачи использовался опросник «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса, а

также шкала FACES-III (Шкала семейной адаптации и сплочённости) Д.Олсона, Дж. Портнера в адаптации А.Г. Лидерса. Для решения второй задачи применялась проективная методика «Семья животных» и генограмма семьи М. Боуэна.

Анализ и интерпретация результатов.

На первом этапе исследования была поставлена задача исследовать особенности репрезентации характера коммуникации в группе подростков 12-15 лет с диагнозом «Вегетативная дисфункция» (ВДФ) и «Хронический гастродуоденит» (ХГД) и группе соматически здоровых подростков с помощью опросника «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса. Нами проводилось попарное сравнение выборок испытуемых по уровню выраженности чувства вины в семье, тревоги, нервно-психического напряжения и интегральному показателю семейной тревоги с помощью U-критерия Манна-Уитни. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица 2. Сравнительный анализ уровня семейной тревоги у подростков с психосоматическим расстройством и соматически здоровых подростков

Параметр	U	p-level	Здоровые подростки N=22		Подростки с ВДФ N=18		Подростки с ХГД N=18	
			М	SD	М	SD	М	SD
Чувство вины в семье	123	0,036	1,181	1,296	2,333	1,847	1,333	1,495
Тревога	125,5	0,040	1,227	1,688	2,388	1,883	2,111	1,843
Нервно-психическое напряжение	88	0,002	1,863	2,030	4,111	2,298	3,111	1,967
Интегральный показатель семейной тревоги	82	0,001	4,272	4,344	9	4,419	6,555	4,161

М – среднее значение; SD – стандартное отклонение

Параметрами, имеющими статистически достоверные различия, для подростков с диагнозом «Вегетативная дисфункция» (ВДФ) являются:

1. нервно-психическое напряжение;
2. интегральный показатель семейной тревоги.

Подростки с вегетативной дисфункцией имеют достоверно более высокие показатели семейной тревоги (при  $p=0,0015$ ), а также испытывают в своей семье более сильное нервно-психическое напряжение (при  $p=0,0024$ ), чем соматически здоровые подростки. Можно говорить о том, что подростки с данным типом заболевания представляют свою семью в целом как источник сильных переживаний, продуцирующих тревогу и напряжение и связанных с нарушениями коммуникации либо в виде полного или

частичного сокрытия какой-либо информации (замалчивание конфликтов, неудач, непроговорённость семейных правил и т.д.), либо в виде доминирования негативных эмоций (постоянная критика, предъявление нереалистично высоких перфекционистских требований, провоцирование стыда и вины). Так как мы исследуем субъективный взгляд подростка на свою семью, остаётся неизвестным, действительно ли в этих семьях имеются подобные нарушения коммуникации, однако для подростка это так. Кроме того, ряд авторов (Исаев, Ковшова) указывает на наличие гиперопеки, повышенного внимания и заботы в семьях детей и подростков с психосоматическими расстройствами, что и может восприниматься подростком как ограничение его свободы и навязывание родительского мнения.

По параметрам «чувство вины в семье» и «тревога» получены статистически значимые результаты (при  $p=0,0364$  и  $p=0,0405$  соответственно), то есть имеется тенденция к различию в уровне вины и тревоги в семье между подростками с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и здоровыми подростками.

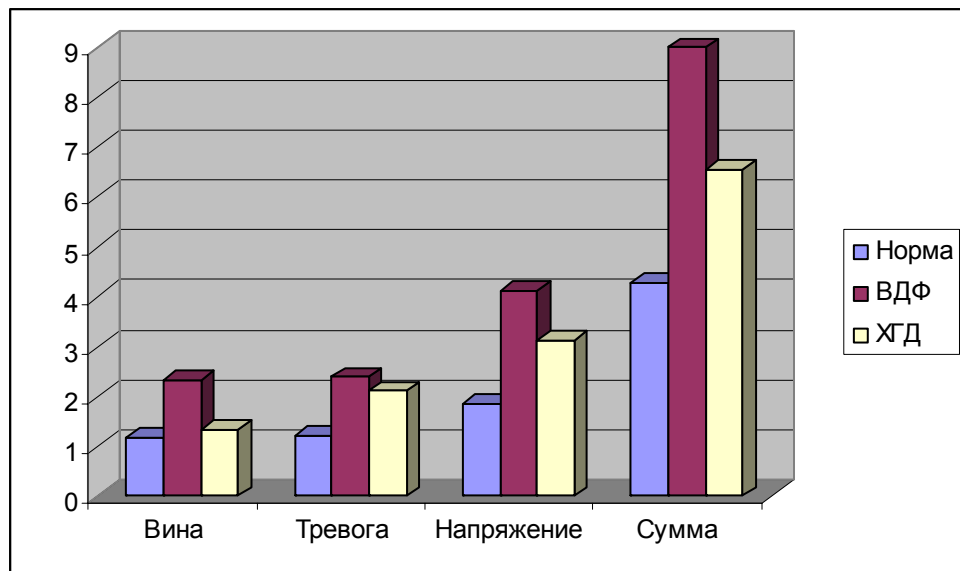
Для подростков с диагнозом «Хронический гастродуоденит» статистически значимые различия получены по следующим параметрам:

1. тревога
2. нервно-психическое напряжение.

В данном случае можно говорить о тенденции к увеличению тревоги и нервно-психического напряжения в группе подростков с данным типом заболевания по сравнению с группой соматически здоровых подростков (при  $p=0,0416$  и  $p=0,0495$  соответственно). Эти результаты согласуются с полученными данными в исследовании О.В. Егоровой (Егорова, 2004), где указывается, что подростки с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, эрозивный гастрит) склонны проецировать свои негативные чувства на окружающих, особенно на родителей, усиливая тем самым напряжённость и общий негативизм семейной атмосферы, то есть представление о коммуникации в семейной системе носит негативный характер.

Таким образом, установлено, что подростки с психосоматическими расстройствами испытывают более выраженное чувство тревоги и нервно-психического напряжения в семье сравнительно с соматически здоровыми подростками. Такие параметры, как чувство вины в семье и интегральный показатель семейной тревоги, статистически достоверно выше в группе подростков с заболеваниями сердечнососудистой системы (ВДФ) сравнительно с группой подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ХГД).

Гистограмма 1. Различия между тремя выборками испытуемых по уровню вины, тревоги, нервно-психического напряжения и общей семейной тревоги.



Можно говорить о том, что подростки с вегетативной дисфункцией имеют в целом более негативную репрезентацию характера коммуникации в семье, чем подростки с хроническим гастродуоденитом. Данное обстоятельство может быть связано как с различиями в восприятии семейной системы подростками с психосоматическими расстройствами разных нозологических групп, так и с реально существующей семейной ситуацией. Возможно, члены семьи подростков с гастродуоденитом действительно проявляют больше эмоциональной поддержки и внимания, меньше критикуют и обижаются, однако это предположение носит гипотетический характер. Кроме того, можно предположить, что ранее существующая репрезентация коммуникации у таких подростков не успела претерпеть изменений, вследствие чего негативно окрашенных переживаний немного.

Важным для нас является то, что обе группы подростков с психосоматическими заболеваниями субъективно воспринимают свою семейную систему как постоянный источник тревоги и напряжения. Соматически здоровые подростки имеют более позитивную репрезентацию характера коммуникации в семье, чем подростки с психосоматическим расстройством.

Для уточнения полученных результатов нами применялась Шкала FACES-III (Шкала семейной адаптации и сплочённости) Д. Олсона, Дж. Портнера в адаптации А.Г. Лидерса. Проводилось попарное сравнение выборок испытуемых по уровню семейной сплочённости с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты оказались несколько неожиданными. Согласно полученным данным, подростки с психосоматическими расстройствами, как и соматически здоровые подростки, субъективно воспринимают свою семью как умеренно сплочённую (объединённую), то есть, характеризующуюся эмоциональной близостью, согласием, общностью интересов, единством мнений. Эти результаты противоречат полученным с помощью опросника АСТ, согласно которым подростки с заболеваниями обоих типов

субъективно воспринимают коммуникацию в семье более негативно. Видимо, такие характеристики семейной сплочённости, как общие интересы, друзья, проводимое вместе время, принятие совместных решений для подростков с психосоматическими расстройствами являются не столь эмоционально значимыми. Даже представление о своей семье как высоко сплочённой не избавляет таких подростков от семейной тревоги и нервно-психического напряжения.

Опираясь на полученные результаты, можно дать описание характеру коммуникации в семье подростков с психосоматическими расстройствами разных нозологических групп. Так, в представлении подростка с вегетативной дисфункцией коммуникация в его семье носит негативный характер. Прежде всего, она характеризуется отрицательными эмоциями (обидой, недовольством), высоким уровнем критики, провоцирующим чувство вины у членов семьи, трудностями в выражении чувств, нарушением циркуляции информации в семье в виде существования «запретных» для упоминания тем, семейных секретов и пр. При этом семейная система является умеренно сплочённой, то есть её внешние границы достаточно жёсткие, открытое выражение своего мнения не поощряется, хотя существуют общие семейные интересы, занятия, отдых и пр.

В представлении подростка с гастродуоденитом его семья является источником постоянного напряжения и тревоги, однако семейная коммуникация носит несколько более позитивный характер, чем в группе подростков с вегетативной дисфункцией, и характеризуется более низким уровнем критики, эмоциональной поддержкой и заботой, хотя также присутствуют трудности в выражении эмоций и семейные секреты.

На втором этапе исследования изучались особенности репрезентации структуры семейной системы в группах подростков 12-15 лет с диагнозом «Вегетативная дисфункция» и «Хронический гастродуоденит», и группе соматически здоровых подростков с помощью Шкалы FACES-III по параметру «семейная адаптация». Проводилось попарное сравнение выборок испытуемых по уровню семейной адаптации с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Интересно, что по уровню семейной адаптации между группами подростков с вегетативной дисфункцией и здоровыми подростками статистически достоверных различий не обнаружено. Как здоровые, так и болеющие подростки оценивают свою семейную систему как высоко адаптивную (хаотичную), то есть характеризующуюся неустойчивым или ограниченным руководством, размытостью семейных правил и ролей, недостаточным родительским контролем и дисциплиной.

В представлении подростков с заболеваниями сердечнососудистой системы в их семье отсутствует или слабо выражена семейная иерархия (либо наличествует инверсия иерархии, когда во главе семьи стоит ребёнок или подросток), возможны нарушения границ между поколениями,

наличествуют вертикальные коалиции, то есть более тесное общение родителя и ребёнка, нежели родителей между собой.

По уровню семейной адаптации между подростками с гастродуоденитом и соматически здоровыми подростками получены статистически достоверные различия: подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта субъективно оценивают свою семейную систему как имеющую более низкий уровень семейной адаптации (структурированный) сравнительно со здоровыми подростками. Можно говорить о том, что в представлении подростков с гастродуоденитом их семья является достаточно стабильной, с устойчивыми внутрисемейными правилами и ролями, постоянным лидером, поддерживающим дисциплину в семье, то есть имеется выраженная иерархизированность системы и чёткие, иногда жёсткие границы между подсистемами.

При исследовании репрезентации структуры семейной системы с помощью проективной методики «Семья животных» в группах подростков с психосоматическими расстройствами разных нозологических групп и соматически здоровых подростков были обнаружены статистически значимые различия по критерию «расстояние между членами семьи» между подростками с вегетативной дисфункцией и соматически здоровыми подростками. Подростки с данным типом заболевания чаще изображают членов семьи близко друг к другу (до 30 мм), чем здоровые подростки. Данное обстоятельство может указывать на представление подростков с вегетативной дисфункцией о гиперопеке в семье, сверхвключённости членов семьи в дела друг друга, недостаточной чёткости внутрисемейных границ. Однако по критерию «симбиоз» (видовое единство изображённых животных, а также наслаивание фигур одна на другую) статистически значимых различий не обнаружено. Соответственно, можно говорить, что в представлении подростка с вегетативной дисфункцией структура его семьи, при значительной близости членов семьи между собой, всё же не достигает уровня симбиотической сверхпереплетённости с размытыми внутрисемейными и жёсткими внешними границами.

При анализе рисунков подростков с хроническим гастродуоденитом выявлены статистически значимые различия по критерию «символическое значение образа», где оценивалось наличие агрессивного значения образа, между подростками данной группы и подростками с вегетативной дисфункцией, при этом между подростками с гастродуоденитом и здоровыми подростками достоверных различий не обнаружено. Следовательно, можно говорить о том, что подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта чаще, нежели подростки с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, выбирают для изображения членов своей семьи образы, имеющие агрессивную доминанту (при  $p=0,048$ ). Здоровые подростки занимают между этими группами промежуточное положение.

Кроме того, получены статистически значимые различия между подростками с вегетативной дисфункцией и подростками с хроническим



гастродуоденитом по критериям «симбиоз» и «расстояние между членами семьи». Подростки с заболеваниями сердечно-сосудистой системы чаще, чем подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, изображают животных одного вида, а также в группе подростков с вегетативной дисфункцией чаще отмечается наложение фигур друг на друга (при  $p=0,049$ ). Кроме того, подростки с вегетативной дисфункцией чаще изображают членов семьи близко друг к другу, чем подростки с гастродуоденитом (при  $p=0,045$ ), при этом между подростками с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и соматически здоровыми подростками достоверных различий не обнаружено. Таким образом, подростки с психосоматическими расстройствами занимают крайние позиции в представлении об эмоциональной близости в своей семейной системе. Подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта более склонны к эмоциональному дистанцированию с членами семьи, в то время как для подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характерны слиянность и сверхпереплетённость отношений в семейной системе.

Таким образом, опираясь на результаты проективной методики «Семья животных», можно утверждать, что представление о нарушенной семейной структуре в целом не свойственно подросткам с психосоматическими расстройствами. Так, для таких подростков не характерно представление о себе как доминирующем члене семьи, обладающим более высоким, чем родители, статусом. Однако можно предположить, что в семьях подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы существуют нарушения структуры в виде межпоколенных коалиций и размытых границ между семейными подсистемами. По всей вероятности, характер эмоциональных отношений является для подростков более важным параметром, чем структура семьи. Именно в сфере эмоциональной коммуникации получены более наглядные результаты. Подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта более склонны к эмоциональному дистанцированию с членами семьи и использованию агрессивных образов в их изображении, в то время как для подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характерны слиянность и сверхпереплетённость отношений в семейной системе и созидательная доминанта в изображении членов семьи.

При исследовании репрезентации структуры семейной системы с помощью генограммы семьи в группах подростков с психосоматическими расстройствами разных нозологических групп и соматически здоровых подростков по указанным в таблице критериям получены следующие результаты. Статистически достоверные различия получены по критериям «наличие коалиций» между подростками с психосоматическими расстройствами и здоровыми подростками. Подростки с психосоматическими расстройствами чаще считают себя ближе к одному из членов семьи, в то время как здоровые подростки равно близки со всеми / удалены ото всех членов семьи (при  $p<0,01$ ). Кроме того, получены значимые различия по критериям «характер отношений с отцом» и «характер

отношений в супружеской паре» между подростками с вегетативной дисфункцией и соматически здоровыми подростками. Подростки с данным типом заболевания чаще здоровых подростков оценивают как гармоничные свои отношения с отцом и отношения между родителями (при  $p < 0,05$ ). При этом между подростками с хроническим гастродуоденитом и здоровыми подростками значимых различий не обнаружено.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в представлении подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы их семья характеризуется наличием коалиции подростка с одним из членов семьи, а также гармоничными отношениями в супружеской паре. Эти данные согласуются с теорией Боуэна о триангуляции. Согласно данной теории, наименее дифференцированный, то есть наиболее зависимый от ситуации член семьи (М. Боуэн, 1966) (обычно ребёнок или подросток) вовлекается в отношения неблагополучной диады (супружеской) с целью создания надёжного канала эмоциональной разрядки и становясь точкой фиксации семейной тревоги. В этом случае необходимость в конфликтах внутри пары отпадает, и их отношения могут представляться достаточно гармоничными. Согласно Боуэну, триангуляционные процессы активнее в семьях с высокой слитностью, с низким уровнем дифференциации «Я» у членов семьи. Этим же объясняются полученные ранее результаты относительно нарушений коммуникации в семье у подростков с вегетативной дисфункцией. Можно предположить, что проблема подростка является основной темой для коммуникации родителей, провоцирующей высокий уровень тревоги и нервно-психического напряжения у подростка.

В представлении подростков с хроническим гастродуоденитом их семья также характеризуется наличием коалиции подростка с одним из членов семьи, однако, в отличие от подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта отношения с обоими родителями и в супружеской паре оценивают как негармоничные, то есть либо слиянные, либо конфликтные. Эти результаты согласуются с данными О.Егоровой (Егорова, 2004), согласно которым для подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, эрозивный гастрит) в целом характерно более негативное восприятие семейных отношений, проецирование своих негативных чувств на окружающих, особенно на родителей, что усиливает напряжённость и общий негативизм семейной атмосферы. То, что у подростков с психосоматическими заболеваниями разных нозологических групп выявлены различия в репрезентации структуры и характера коммуникации в семейной системе, представляет собой весьма интересный факт, который в будущем может стать основанием для дальнейших исследований в этом направлении.

У подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (имеющих диагноз «Вегетативная дисфункция») репрезентация характера коммуникации в семейной системе носит негативный характер. В представлении таких подростков эмоциональная коммуникация в их семье

характеризуется высоким уровнем критики, избеганием открытых конфликтов, нарушением циркулирования информации в семье (наличием семейных секретов, сокрытием какой-либо информации), трудностями в выражении чувств. В целом для подростков с заболеваниями сердечнососудистой системы характерен высокий уровень семейной тревоги и нервно-психического напряжения.

Также для подростков с данным типом заболевания характерна репрезентация своей семейной системы как гиперопекающей, слиянной, со сверхпереплетёнными внутрисемейными отношениями, при этом открытое выражение своего мнения, особенно отличного от мнения других членов семьи, не поощряется. По-видимому, в семьях подростков с вегетативной дисфункцией сама болезнь будет являться средством коммуникации.

Кроме этого, репрезентация структуры семейной системы у подростков с вегетативной дисфункцией характеризуется наличием коалиций с одним из членов семьи, что свидетельствует о нарушении внутрисемейных границ. При этом отношения между родителями представляются подросткам гармоничными, то есть полными взаимного уважения и открытости. Эти результаты подтверждают теорию Боуэна, согласно которой дети или подростки при определённых условиях становятся каналом эмоциональной разрядки для родителей и таким образом удерживают пару от конфликта. Эти результаты подтверждают теорию Боуэна, согласно которой дети или подростки при определённых условиях становятся каналом эмоциональной разрядки для родителей и таким образом удерживают пару от конфликта. Очевидно, изначальный уровень тревоги в супружеской паре был достаточно высок.

У подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (имеющих диагноз «Хронический гастродуоденит») репрезентация характера коммуникации в семейной системе также несёт негативную окраску, являясь, тем не менее, более благоприятной, чем у подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Можно говорить о том, что подростки с гастродуоденитом представляют свою семью как эмоционально дистанцированную, а восприятие членов семьи носит негативный характер.

Различия в репрезентации характера коммуникации между подростками с психосоматическими расстройствами разных нозологических групп могут быть связаны как с различиями в представлении о семейной системе, так и с реально существующей семейной ситуацией. Возможно, в семье подростка с гастродуоденитом существует больше возможностей открыто выражать своё недовольство, несогласие, конфликтовать и т.п., что может восприниматься им как агрессия и вести к отчуждению.

Поскольку в процессе исследования нами все отчетливее понималось влияние функциональных границ, связанных с процессом сепарации ребенка в семье, следующим этапом нашего исследования стало изучение именно этого процесса.

Мы пытались выяснить, *какова роль особенностей сепарации в возникновении психосоматического заболевания у подростков.*

Психологическая модель отделения от родителей должна включать в себя ряд компонентов, позволяющих осуществлять анализ этого процесса. Сепарация – многокомпонентный и мультимодальный процесс. Мы в нем прежде всего выделяем три взаимосвязанных составляющих: когнитивной( проявляющейся в способности самостоятельно строить картину себя и мира, опираясь на собственный опыт), эмоциональной( проявляющейся в способности к различению своих чувств и потребностей от чувств и потребностей своих близких) и поведенческой (проявляющейся в суверенности психологического пространства личности). Нами были подобраны следующие методики: ЦТО, позволяющая оценить эмоциональный компонент идентификации, исследование самооценки с помощью процедуры ранжирования, которая предоставляет информацию о когнитивной зависимости от родителей и суверенность психологического пространства личности, для диагностики сохранности-депривации границ подростка в различных сферах.

В исследовании принимали участие 24 подростка, учащиеся различных школ г. Курска (8-11 классы), 12 из которых являлись пациентами Курской Областной Детской Больницы (экспериментальная группа) с диагнозами язвенная болезнь желудка и хронический гастрит, 12 – учащиеся различных школ города Курска без наличия какого-либо хронического заболевания (контрольная группа). Группы уравнены по возрасту и полу.

В первой части исследования для выявления различий по когнитивной зависимости от родителей, уровню семейной тревоги, суверенности психологического пространства мы сравнили группы больных и здоровых подростков, используя U-критерий Манна-Уитни. В результате данного сравнения были получены следующие результаты:

Обнаружены значимые различия между группами больных и здоровых подростков по всем показателям суверенности психологического пространства личности.

Суверенность физического тела (СФТ):  $p=0,024$

Суверенность территории (СТ):  $p=0,043$

Суверенность мира вещей (СВ):  $p=0,003$

Суверенность привычек (СП):  $p=0,049$

Суверенность социальных связей (СС):  $p=0,0013$

Суверенность ценностей (СЦ):  $p=0,012$ .

Таким образом, у больных подростков в отличие от подростков здоровых в большей степени нарушена общая суверенность психологического пространства личности и все ее частные показатели. Данные результаты свидетельствуют о том, что у подростков с наличием психосоматического заболевания нарушен приемлемый для них режим телесных контактов, присутствуют навязывание со стороны родителей ценностей и способов действия, родители стремятся контролировать

социальные контакты подростков, имеют место неприятные переживания по поводу посягательств на личную собственность и т.д. Все это свидетельствует о том, что нарушение суверенности психологического пространства личности связано с наличием заболевания.

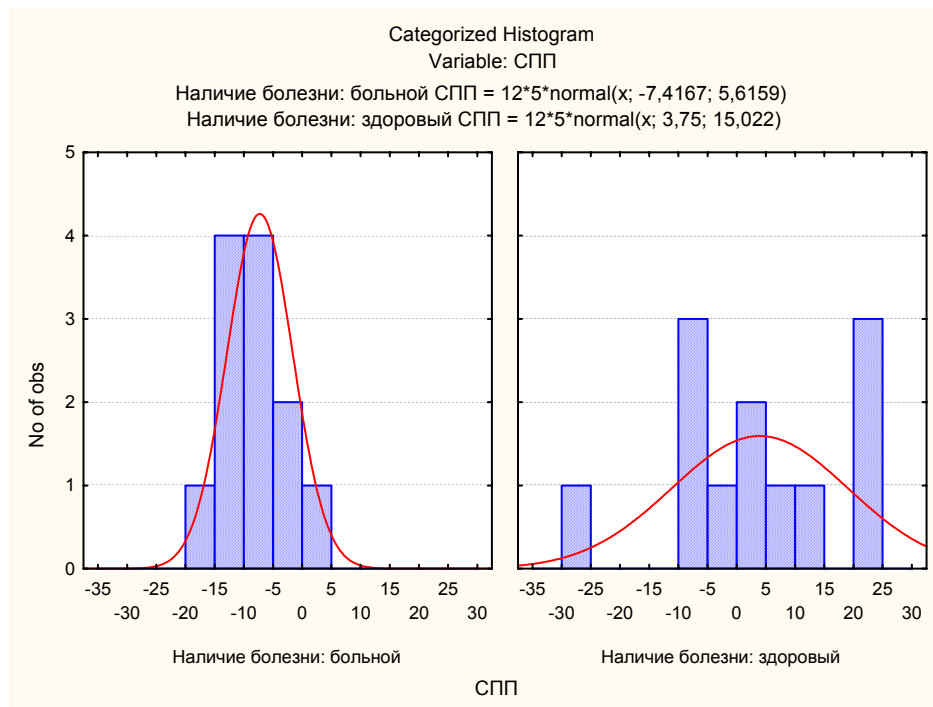


Рисунок 2. Уровень суверенности психологического пространства у здоровых подростков и подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями

При сравнении показателей когнитивной зависимости от матери и отца в экспериментальной и контрольной группе, статистически значимых различий обнаружено не было.

Следующим этапом изучения процесса сепарации стало исследование эмоциональной зависимости подростков от родителей.

Далее мы сравнивали частоту встречаемости эмоциональной зависимости от матери и от отца в группе больных и в группе здоровых подростков, используя критерий  $\chi^2$ -Фишера.

Различия в эмоциональной зависимости от матери:  $p=0,0045$ . Различия в эмоциональной зависимости от отца  $p>0,1$ .

Таким образом, в результате нашего исследования у подростков с заболеваниями ЖКТ были выявлены достоверные различия по уровню эмоциональной зависимости от матери по всем показателям суверенности психологического пространства личности. По нашим данным у больных подростков достоверно чаще, чем у здоровых встречается эмоциональная зависимость от матери. Полученные результаты подтверждают ведущую роль матери и зависимости от нее в течение сепарации.

Подводя итоги исследований можно сделать следующие выводы:

1. Существуют психологические особенности семейной системы у подростков страдающих психосоматическими заболеваниями, причем эта специфика проявляется в различных параметрах функционирования семьи.

2. Выделяя наиболее проявляющиеся дисфункции можно отметить размытость психологических границ. Чаще всего связанных с наличием коалиции в триаде, в которой присутствуют мать и ребенок. Внутри этой коалиции много тревоги и амбивалентных чувств, а также слиянных отношений. Описанные дисфункции характерны для подростков с заболеваниями как ЖКТ, так и с ВСД.

3. Нами обнаружены различия в функционировании семейных систем с подростками, страдающими психосоматическими заболеваниями различных нозологических групп. Однако эти различия не касаются структурных параметров, а проявляются лишь на коммуникативном уровне. Так, у подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы репрезентация характера коммуникации в семейной системе носит более выраженный, негативный характер. В представлении таких подростков эмоциональная коммуникация в их семье характеризуется высоким уровнем критики, избеганием открытых конфликтов, нарушением циркулирования информации в семье (наличием семейных секретов, сокрытием какой-либо информации), трудностями в выражении чувств. В то время как подростки с заболеваниями ЖКТ, воспринимают коммуникацию в своей семье как более дистанцированную и отчужденную, в которой все так же проявляется негативная окраска в восприятии членов семьи.

4. На основании перечисленных выводов, можно определить основные мишени психотерапевтической помощи подросткам, страдающими психосоматическими заболеваниями. Прежде всего, это структурные нарушения в семейной системе. Усиление вертикальных коалиций, работа по восстановлению проницаемых но суверенных психологических границ подростка.

#### **Литература:**

1. Алёшина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: Социальное здоровье России, 1994
2. Андреева Т. В. Семейная психология: Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2004. — 244 с.
3. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001.
4. Венгер А.В. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: Владос-Пресс, 2006. – 159 с.
5. Дружинин В.Н. Психология семейных отношений. – Екатеринбург, 2000, 265 с.
6. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М.: Медицина, 1982.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2003.

8. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. – СПб.: Питер, 1994.
9. Исаев Д.Н. Психология больного ребёнка. Лекции. – СПб.: Специальная литература, 1993.
10. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.
11. Ковалев С.В. Психология семейных отношений. - М.: Прогресс, 1987. 420 с.
12. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология. Развитие человека от рождения до поздней зрелости. Учебное пособие для студентов ВУЗов. – М., 2001.
13. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2007.
14. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2006.
15. Массен П., Конгнер Д., Коган Д. Развитие личности подростка. – М.; Прогресс, 1987.
16. Никифорова Г.С. Диагностика здоровья. Психологический практикум. - СПб.: Речь, 2007.- 950 с.
17. Обухова Л.Ф. Детская психология. Теории, факты, проблемы. – М. Тривола, 1995.
18. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. – М., 1994.
19. Садовский В.Н. Логико-методологический анализ «Общей теории систем» Л. фон Берталанфи // Проблемы методологии системного исследования. М., 1970.
20. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Речь, 2000. – 337 с.
21. Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. - М.: Когито-Центр, 2002. - 204 с.
22. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 450 с.
23. Уорден М. Основы семейной психотерапии. – СПб.: Прайм – Еврознак, 2005.
24. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики - М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 208 с.
25. Шнайдер Л.Б. Психология семейных отношений: Курс лекций. - М.:ЭКСМО, 2000. – 480 с.
26. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2007.
27. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В. Семейная психотерапия. Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.
28. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2000.

29. Диагностика здоровья. Психологический практикум. /Под ред. Г.Н. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.
30. Диагностика семьи. Методики и тесты. /Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрам-М, 2004. – 736 с.
31. Психология семейных отношений. /Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрам-М, 2004. – 704 с.
32. Родители и дети. /Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрам-М, 2004. – 448 с.
33. Бейкер К.Г. Теория семейных систем М. Боуэна. // Вопросы психологии. – 1991. - №6. – С. 25-41.
34. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах. //Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - №4. – С. 49-61.
35. Исаев Д.Н. Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей. //Обзор психиат. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1991. - №1. С.59-67.
36. Кондратьев М.Ю. Типологические особенности психосоциального развития подростков. //Вопросы психологии. – 1997. - №3. – С.69-78.
37. Поливанова К.Н. Психологическое содержание подросткового возраста. //Вопросы психологии. – 1996. - №1. – С.20-33.
38. Соловьёва А.Д., Шептулин А.А. Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями. //Клиническая медицина. – 1997. - №1. С.27-28.
39. Станкевич Ю.А., Ким Л.В., Тен В.П. Нарушенные взаимоотношения в семье и риск развития депрессии у подростков. //Журнал практического психолога. – 2000. - №7. С.69-70.
40. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дис.... док. психол. наук. – М., 2006. – 53 с.
41. Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики // Автореф. дис... док. психол. наук. М., 1996. – 60 с.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПАТОМОРФОЗА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ**

*Ситникова Л.В.*

**Пермская краевая клиническая психиатрическая больница», Пермь**

В последние десятилетия в России количество психических расстройств по данным Ю.А. Александровского [1]. увеличилось на 35-40%, а непсихотических форм более чем в 2 раза. Рост пограничной патологии среди детей и подростков, в частности и поведенческих и эмоциональных нарушений и психических расстройств, обусловленных внутриутробным



повреждением головного мозга сопровождается патоморфозом клинических вариантов и тенденция к хроническому течению [1,2]. Проведённые комплексные (1964-1999) обследования [3,4] разных контингентов подростков с криминальным поведением показали, что доля несовершеннолетних с психическими отклонениями среди правонарушителей достигает 50%. Одним из факторов криминального поведения, по мнению Е.В. Макушкина [5] является демонстрация сцен насилия и эпизодов агрессии средствами массовой информации.

Материал и методы исследования.

Для достижения цели исследования проведён сравнительный клинико-психопатологический и статистический анализ выписных эпикризов 500 психически больных детей, (387 мальчиков и 113 девочек), в возрасте 6 -15 лет, прошедших обследование и лечение в детском отделении Пермской краевой психиатрической больницы. Из них 234 пациентов были госпитализированы в детское отделение в 1978 году и 267 человек в 2008 году.

Клинико-психопатологический анализ показал, что в структуре психических расстройств преобладали дети с умственной отсталостью (34.5%), в 25.5% случаев с поведенческими и эмоциональными расстройствами, в 19.7% случаев с психическими расстройствами, обусловленными внутриутробным повреждением головного мозга, в 11.5% случаев с эпилепсией.

Отмечено, что каждый пятый от общего числа наблюдаемых детей имел повторные госпитализации.

Клинический анализ психических расстройств по выписным эпикризам показал, что почти у половины (46.7%) основным клиническим дезадаптирующим симптомом явилась агрессия, каждый третий (27.9%) совершал криминальные поступки, у каждого десятого (9.9%) в анамнезе отмечено употребление алкоголя и иные психоактивные вещества.

Результаты исследования их обсуждение.

Сравнительная характеристика психических расстройств 1978 - 2008год. Таблица № 1.

№	Нозологическая принадлежность.	1978 год		2008 год	
		Абс.	%	Абс.	%
1.	Лёгкая умственная отсталость.	95	39.1	78	29.2
2.	Поведенческие и эмоциональные расстройства.	16	5.8	90	33.5
3.	Психические расстройства, обусловленные в\у	38	15.8	61	21.6

	повреждением или дисфункцией головного мозга.				
4.	Расстройства личности в связи с эпилепсией	52	22.6	7	2.2
5.	Задержка речевого развития, сочетающаяся с интеллектуальной задержкой.	14	5.8	14	5.3
6.	Гиперкинетическое расстройство поведения.	8	3.3	14	5.3
7.	Острые преходящие психотические расстройства	6	8.4	-	2.9
	Неврозы	4	-	2	-
	Детская шизофрения	7	-	1	-
Итого:		234	100	267	100

Согласно данным таблицы № 1, в 2008 году в психиатрическое отделение чаще госпитализировались пациенты с поведенческими и эмоциональными расстройствами (F92, 91.2, F90). С 1978 года их прирост составил 86.6%. Так же отмечено некоторое (23.2%) увеличение количество пациентов с психическими расстройствами, обусловленными в\у повреждением головного мозга (F0.6). Отмечено, что среди контингента детского отделения за период с 1978-2008 год снизились количество больных с шизофренией и эпилепсией, на 50% с неврозами и полностью отсутствовали пациенты с острыми преходящими психотическими расстройствами. Последнее явилось следствием оптиматизации психиатрической помощи, использование в лечении этих психических расстройств антипсихотических и противосудорожных препаратов нового поколения, открытие эпилептологического центра и психоневрологического отделения на Краевой детской клинической больницы и в детских больницах города. В ходе исследования установлено, что за последние 30 лет претерпела резкие изменения клиническая картина течения психических расстройств у детей. Так в 1978 году значительная часть (88.2 %) пациентов впервые поступили в психиатрическое отделение, детей с церебрастенической и невротической симптоматикой: головная боль, головокружение, раздражительность, быстрая утомляемость, трудности в усвоении школьного материала, капризность в поведении, при этом у половины эти жалобы сочетались с речевыми нарушениями, энурезом. В 20 случаях (8.5%) основе госпитализации лежали психотические симптомы.

Отличительной особенностью пациентов 2008 года явилось то, что почти половина (43.7 %) из них госпитализировались в отделение повторно. Среди обследованных и пролеченных преобладали (87.2%) пациенты с проявлением в клинической картине поведенческих расстройств, включающего в себя трудности усвоения школьного материала, низкую мотивацию к учёбе, активные отказы от учёбы, смену настроения, импульсивность, неуживчивость, конфликтность, возбудимость, жестокость, болезненное реагирование на критику, обидчивость, мстительность, подозрительность, что нередко приводило к гетероагрессии. Наблюдались и другие поведенческие расстройства: сексуальная расторможенность, суицидальные тенденции, систематические побеги из дома, бродяжничество, у каждого четвёртого (25.7 %) устойчивое криминальное поведение и употребление алкоголя. В некоторых случаях преобладание агрессивности в поведении детей, явилось зеркальным отражением агрессивно-насильственной модели поведения, которая в последнее время активно навязывается несовершеннолетнему телезрителю со всех телеканалов, и которая отсутствовала в средствах массовой информации 1978 года.

Таким образом в настоящее время среди психических расстройств детей детского отделения Пермского края отмечено увеличение поведенческих и эмоциональных расстройств, а так же психических расстройств обусловленных внутриутробным повреждением головного мозга, с явной тенденцией к патохарактерологическому реагированию. Увеличение числа семей с асоциальным поведением и соответствующими формами девиантного воспитания, в частности, фактической безнадзорности.

Список литературы.

1.Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства \ Ю.А.Александровский.-М.,2000.-С.51-55.

2.Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я. Макушкин Е.Н., Морозова Н.Б. Клиническая и судебно-подростковая психиатрия. Под ред. Проф. в. А. Гурьевой. М; Генез, 2001;480.

3. Агрессия и психическое здоровье /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича.-С-ПБ., 2002.-464 с .

4. МКБ -10/ICD Психические расстройства и расстройства поведения (00-99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ). М. 1998.

5. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей им подросток с нарушением развития. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – 240 с..6 ил.

**ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ СООТНОШЕНИЯ  
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И СОВМЕСТНЫХ ФОРМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРОБЛЕМА  
РАЗВИТИЯ СИЛЬНОГО ИНТЕГРИРОВАННОГО «Я» РЕБЕНКА**

Актуальность данной проблемы заключается в том, что развития сильного интегрированного Я ребенка, является одним из условий его психического здоровья и личностного роста [1,2,4,13]. Одним из условий развития Я - концепции ребенка в младшем школьном возрасте является оптимальное соотношение совместных и индивидуальных форм деятельности, в которых принимает участие ребенок. На сегодняшний день этот баланс преимущественно нарушен в пользу индивидуальных форм деятельности.

Совместная деятельность, сопровождаемая общением выступает фактором перехода психических функций из натурального, природного, их характера в сознательный, т.е. высший, собственно человеческий [3]. Для формирования личности ребенка важным является как общение с взрослым, так и общение в коллективе сверстников, при этом личность не только развивается в таком общении, но и проявляется в ней [5]. Общение в коллективе сверстников опосредовано с одной стороны выполняемой деятельностью, ее целями и структурой, а с другой стороны индивидуально-личностными особенностями ребенка. В ситуации неопределенности, когда деятельность новая, цели ее не достаточно ясны для ребенка, очень высока роль индивидуально-личностных особенностей, которые будут определять, с одной стороны, эффективность выполнения деятельности, а с другой, специфику общения детей. Соотношение индивидуально-личностных особенностей и ситуации порождают специфику взаимодействия детей в процессе совместной деятельности. Характер ситуации, уровень ее неопределенности может выступать как фактор формирования взаимодействия в группе, которая может носить тот или иной характер, например (может быть конфликтным или кооперированным). Индивидуально-личностные особенности при этом могут способствовать либо непродуктивному взаимодействию, либо продуктивному [8,9,12].

На кафедре психологии и педагогики уже многие годы ведутся исследования, касающиеся этой проблемы. Основными методами исследования выступают наблюдение и моделирование. В качестве модели используется аппаратная модель «Арка» (модификация А.С.Чернышева, Т.И.Сурьяниновой) и совместное изготовление аппликации. Для изучения индивидуально личностных особенностей детей младшего школьного возраста (устойчивости/неустойчивости к неопределенности, характера самооценки и уровня тревожности) используются методики Т.И.Сурьяниновой «Диагностика стратегий устойчивости и неустойчивости к неопределенности», С.Г.Якобсона «Лесенка самооценки» (модификация А.С.Чернышева, Т.И.Сурьяниновой) и тест тревожности (Р.Темпл, М.Дорки, В.Амен).

По результатам этих исследований было выявлено, что дети младшего школьного возраста, обладающие адекватной самооценкой, достаточно высоким уровнем тревожности, и специфическим когнитивным стилем быстрее кооперируются при сборе «Арки», чем дети с инфантильной самооценкой, средним и низким уровнем тревожности и глобальным когнитивным стилем. Дети со специфическим когнитивным стилем, будучи менее устойчивыми к неопределенности преодолевают тревогу за счет сотрудничества, создавая тем самым условия, для проявления лидерского потенциала группы и чаще всего сами берут на себя функцию лидера – организатора. В аппликации повышается удельный вес лидеров с глобальным когнитивным стилем. В силу того что изготовление аппликации более неопределенный вид деятельности по сравнению с аркой, то именно глобальщики через инициативу, активность снимают неопределенность ситуации, а дети со специфическим когнитивным стилем присоединяются к ним. Следовательно, если в группе детей принимающих участие в организации совместной деятельности достаточно выражены адекватная самооценка и высокий уровень тревожности то такая группа более способна к кооперированному взаимодействию. Если же уровень выраженности адекватной самооценки не значителен и тревожность не достаточно высока, то группа реже прибегает к кооперированному взаимодействию и чаще вступает в конфликтное взаимодействие. Условием для поддержания оптимального уровня групповой тревожности является соотнесенность детей как со специфическим когнитивным стилем (не устойчивых к неопределенности) так и детей с глобальным когнитивным стилем (устойчивых к неопределенности). Характер оптимальной соотнесенности когнитивных стилей в группе связан с уровнем неопределенности деятельности в организацию которой они включены.

Данные выводы были сделаны на основании результатов получены с помощью исследования, в котором принимали участие 158 испытуемых, учащиеся младших классов школ города Курска в возрасте 7-8 лет. Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0.

Проводился факторный анализ с вращением Varimax normalized с методом извлечения Principal axis factoring. Решение о числе факторов принималось на основании критерия «каменной осыпи» Кеттела. Значимая нагрузка по переменной рассматривалась не менее 0,4. Было выделено два фактора.

Первый фактор является биполярным, и в него вошли переменные: самооценка с нагрузкой (-0,454), уровень тревожности с нагрузкой (0,604), и когнитивный стиль с нагрузкой (0,703). Данный фактор характеризует роль и специфику связи характера самооценки, уровня тревожности и когнитивного стиля и отражает влияние данных индивидуально-личностных характеристик на успешностью/не успешностью групп по критерию кооперированности.

Второй фактор является униполярным, и в него вошли переменные: уровень тревожности с нагрузкой (0,651) и стиль лидерства с нагрузкой

(0,808). Данный фактор отражает влияние связи уровня тревожности и стиля лидерства на успешность/не успешностью групп по критерию кооперированности.

Наличие данных факторов говорит нам о важности связи индивидуально-личностных характеристик детей младшего школьного возраста на успешность организации ими совместной деятельности.

Литература.

1. Варга А.Я. Семейная системная психотерапия. СПб.: 2001.
2. Винникотт. Д.А. Маленькие дети и их матери. М.: 1998.
3. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. СПб.: СОЮЗ, 1997. стр. 63-65.
4. Кляйн М. Зависть и благодарность. СПб.: 1977.
5. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении: Хрестоматия по возрастной психологии./Под ред. Фельдштейна Д.И..- М.: Международная педагогическая академия, 1994. стр. 228-236.
6. Сурьянинова Т.И. Ситуация неопределенности как условие влияния когнитивного стиля личности. Курск: КГМУ, 2005. стр. 185-190.
7. Сурьянинова Т.И. Социально-психологические аспекты совместной деятельности детей дошкольного и младшего школьного возраста: Курск 1990. стр. 29-54.
8. Сурьянинова Т.И. Стратегии поведения детей младшего школьного возраста в ситуации неопределенности. Материалы IV Всероссийского съезда Российского психологического общества. Ростов-на-Дону. Т. III. стр. 197-198.
9. Сурьянинова Т.И. Фетисова А.С. Исследование стратегий поведения детей младшего школьного возраста в ситуации как способ тестирования личностных компетенций. Материалы V Всероссийской научно-практической конференции М.: 2010. стр. 169
10. Чернышев А.С. Сурьянинова Т.И. Генезис группового субъекта деятельности. // Психологический журнал. 1990. Т. II. №2. стр 7-15.
11. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи.: СПб. 2000.
12. Якобсон С.Г. О взаимодействии между детьми при выборе ими общей задачи.// Вопросы психологии, 1970.№1. стр. 104-114.

## **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ**

*Смольнякова О.В., Филиппенко Н.Г., Корнеева С.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Несмотря на несомненно высокий уровень развития современной медицины, артериальная гипертензия остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ

имеет повышенный уровень артериального давления (АД)), так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска (ФР) основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ), главным образом определяющих высокую смертность в стране. По материалам обследования, проведенного в рамках целевой Федеральной программы "Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации", распространенность АГ среди населения за последние 10 лет практически не изменилась и составляет 39,5%. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла до 77,9%. Принимают антигипертензивные препараты (АГП) 59,4% больных АГ, из них эффективно лечится 21,5% пациентов [6].

Гипертоническая болезнь – термин, предложенный Г. Ф. Лангом в 1948 году, в других странах тождественен термину «эссенциальная гипертензия». В Российской Федерации под термином ГБ понимают хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми, причинами (симптоматические АГ).

Гипертоническая болезнь является мультифакторным заболеванием, в основе которого лежат генетические, биологические, физиологические и психологические факторы. Ещё отечественные исследователи Г. Ф. Ланг (1922, 1948, 1950 гг.) и А. М. Мясников (1954, 1965 гг.), разделявшие концепцию “токсических компонентов”, занимали дуалистическую позицию. Согласно их представлениям существенным условием для формирования и длительного сохранения отрицательных эмоций – патологического аффекта, в свою очередь отвечающего за развитие АГ, может быть наличие определенных личностных черт эмоциональной вязкости и склонности к фиксации: негативных эмоций (В. Н. Мясичев, 1959), тревожной мнительности (Н. К. Боголепов, 1961; Е. С. Авербух, 1965). Эти положения всё в большей и большей степени подтверждаются современными исследованиями.

Интерес к изучению психосоматических корреляций, отражающих возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертензии, в последние годы значительно возрос [1, 6, 7]: со второй половины XX века в обществе наблюдается значительное увеличение психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации» [3, 5, 7, 8]. Так, по данным различных авторов, частота психосоматических расстройств (ПСР) составляет от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети [1, 3, 4] и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52%. В самом обобщённом виде можно дать следующее определение ПСР. Психосоматические расстройства — это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Этим подчёркивается единство биологических и

социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств.

Так, А. Б. Смулевич [5] выделяет четыре группы психосоматических расстройств:

1) Психосоматические заболевания в традиционном их понимании. Это соматическая патология, манифестация или эскалация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов.

2) Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии). Органные неврозы — это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии.

3) Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний. Эти расстройства связаны с субъективно тяжёлыми проявлениями соматического страдания, представлениями больных об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми болезнью на бытовую и профессиональную деятельность.

4) Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы). Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания, СПИДа и др.) или являются осложнениями некоторых методов лечения.

Отражением полиморфизма психосоматических расстройств является тот факт, что в современной классификации психических заболеваний (МКБ-10) для этих расстройств не предусмотрено специального раздела. Так, во введении к МКБ-10 указано, что ПСР могут быть обнаружены в F45 («соматоформные расстройства»), F50 («расстройства приёма пищи»), F52 («сексуальная дисфункция») и F54 («психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, квалифицированными в других разделах»). Наименее изученной группой являются соматоформные расстройства.

На смену распространённому ранее термину «психосоматические заболевания» в американской диагностической системе DSM-III в 1980 г. впервые было введено в качестве самостоятельной диагностической категории понятие «соматоформные расстройства». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется «ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для



того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении».

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам (СФР) отнесены следующие подгруппы:

1. соматизированное расстройство;
2. недифференцированное соматоформное расстройство;
3. ипохондрическое расстройство;
4. соматоформная вегетативная дисфункция;
5. хроническое соматоформное болевое расстройство;
6. другие соматоформные расстройства;
7. соматоформное расстройство неуточнённое.

Подчёркивается, что патогенетические механизмы формирования СФР связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них.

В рамках настоящей работы выявлялись личностные и ситуативные психодинамические особенности больных с артериальной гипертонией, определялись присущие им индивидуально-типические соотношения и, в том числе, исследовались у таких пациентов – на психологическом уровне – свойства и структура свойств темперамента, проявления личностной тревоги, формы и показатели агрессии и уровень интеллектуальной работоспособности. На основании полученных данных в итоге данной работы выведен типичный психологический портрет пациента, страдающего артериальной гипертонией.

Материалы и методы.

В исследование включено 120 человек – из них 23 мужчины (20%) и 97 женщин (80%). Критериями включения в исследование являлось наличие у больных I или II степени АГ, возраст от 40 до 69 лет. Критерии исключения: перенесенный инфаркт миокарда или инсульт, стенокардия, нарушения сердечного ритма и проводимости, сердечная недостаточность, наличие других клинически ассоциированных заболеваний, тяжёлая сопутствующая патология, требующая постоянной медикаментозной терапии.

Для исследования использовались следующие методики психологического тестирования:

✓ Методика ТАСТ (3,4) (оценка по шкалам таких характеристик, как гипертимность, невротизм, социальная активность, агрессивность, робость, энергичность, эмоциональная инертность, эмоциональная лабильность, сенситивность, контроль).

✓ Тестирование по методике Ж. Тейлор, позволяющий определить уровень личностной тревожности, не зависящей от конкретной ситуации.

✓ Тестирования по методике А. Бассе и А. Дарки, дифференцирующей проявления агрессии и враждебности.

✓ Тест Д. Векслера, вариант WAJS (определение уровня интеллектуальной работоспособности).

## Результаты.

С целью выявления основных типов акцентуации свойств темперамента были проанализированы индивидуальные профили шкал ТАСТ. На основании полученных данных можно с уверенностью говорить о том, что для пациентов с гипертонической болезнью характерна ярко выраженная акцентуация шкалы «невротизм» (73,3%). Акцентуация шкал «эмоциональная инертность» и «эмоциональная лабильность» представлены приблизительно в равных пропорциях – 38,3 и 30,0% соответственно. Далее по убывающей: «агрессивность» 23,3%, «энергичность» 22,5%, «социальная активность» 20,8%, «сенситивность» 18,3%, «робость» 17,5% и, наконец, «гипертимность» 1,7%.

Иными словами, больным с артериальной гипертонией присуща постоянная «озабоченность» своим соматическим состоянием, характерная для астенических личностей. Психовегетативная неустойчивость, усиливающаяся при воздействии всевозможных истощающих провоцирующих факторов, проявлялась жалобами на общую слабость, отсутствие чувства отдыха после сна, трудностью концентрации внимания и т.д. У данных больных выявляется тенденция к дистимности – пессимистичность, серьезность, ограничение социальных контактов, пассивность, снижение активности, инициативы, двигательная замедленность.

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что у больных с артериальной гипертонией ярко выражены проявления психовегетативной неустойчивости, переживание физического неблагополучия, плохо контролируемые агрессивные реакции и неуверенность в себе, причём значения по шкале «невротизм» у женщин оказались достоверно выше, чем у мужчин. Можно предположить, что данные особенности темперамента являются предрасполагающими в развитии артериальной гипертонии.

Для оценки уровня личностной тревожности использовался тест Ж. Тейлор. Опросник Ж. Тейлор по своему содержанию гетерогенен. Он характеризует различные аспекты проявления тревоги: психические, соматические и вегетативные, проявления астенического синдрома. У пациентов с артериальной гипертонией преобладали психические проявления тревоги -  $17,7 \pm 4,05$ – $18,9 \pm 4,1$  баллов, против  $6,4 \pm 1,9$ – $7,1 \pm 1,6$  и  $4,7 \pm 2,8$ – $5,3 \pm 2,3$  баллов для проявлений астенического синдрома и соматических и вегетативных проявлений тревоги соответственно.

Исследование проявлений агрессии проводилось с помощью тестирования по методике А. Бассе и А. Дарки. На основании полученных в ходе исследования данных можно сделать вывод о том, что для пациентов с артериальной гипертонией характерно преобладание аутоагрессии (от 82,5 до 79,8 баллов) и минимальные значения физической агрессии (37,8 – 43,7 баллов) в структуре общей агрессии (обида 63,2 – 66,7, подозрительность 52,8 – 57,8, раздражение 43,8 – 46,3, негативизм 48,3 – 46,8, косвенная агрессия 56,3 – 57,4, вербальная агрессия 51,1 – 55,9 баллов). В дальнейшем

на основании полученных данных определялся индекс агрессивности (ИА) и враждебности (ИВ): физическая, косвенная и вербальная агрессия вместе образуют индекс агрессивности, а обида и подозрительность – индекс враждебности. ИА составил 48,4 – 51,5 баллов, ИВ – 59,2 – 64,4 балла. Обобщая, можно сказать, что для испытуемых характерна склонность к самобичеванию, потребность винить во всём себя, постоянное ощущение угрызений совести. Эти люди не считают для себя возможным применение физической силы против других лиц. Следует также отметить ярко выраженную враждебность, т.е. общую негативную реакцию по отношению к окружающим.

Уровень интеллектуальной работоспособности определялся с помощью теста Д. Векслера, вариант WAJS. У пациентов, включённых в исследование, по итогам проведённого тестирования, статистически достоверно снижен уровень интеллектуальной работоспособности: частота встречаемости весьма высокого уровня интеллекта 2,2%, высокого уровня 6,7%, хорошая норма интеллекта выявлена у 16,1% испытуемых, средний уровень у 50,0%, сниженная норма интеллекта была определена у 16,1%, пограничный уровень у 6,7 и умственный дефект у 2,2% исследованных пациентов. Отмечено снижение встречаемости среднего уровня. На этом фоне значительно повышена частота встречаемости сниженной нормы и пограничного с умственной недостаточностью уровня интеллектуальной работоспособности.

Обнаруженное снижение уровня интеллектуальной работоспособности у больных с артериальной гипертензией может являться следствием ряда причин: возрастом пациентов, течением самого заболевания (гипертонической болезни), изначально (генетически детерминированным) низким преморбидным уровнем интеллекта.

На основании полученных в ходе исследования данных можно сделать вывод о том, что у пациентов с ГБ выявлено снижение уровня интеллектуальной работоспособности (вербального и невербального интеллекта). Установлено так же, что снижение существенно не зависело от возраста пациентов. Выявлено, что снижение уровня интеллектуальной работоспособности у больных с АГ в значительной степени связано с самим заболеванием.

#### Заключение. Выводы

1. Методика ТАСТ выявила выраженную акцентуацию шкалы «невротизм», значительное усиление проявлений эмоциональной инертности и эмоциональной лабильности. Значения же по шкале «гипертимность» снижены. Следует отметить половой диморфизм личностных свойств у пациентов: при анализе типов акцентуации свойств темперамента выявлено доминирование у женщин типа эмоциональной нестабильности, а у мужчин – проявлений предметной и социальной активности.

2. Результаты тестирования по опроснику Ж. Тейлор показали высокий уровень личностной тревожности с явным преобладанием в её структуре

психических проявлений тревоги. Проявления тревожности у пациентов с артериальной гипертонией так же имеют половые различия – у женщин отмечено достоверное преобладание уровня личностной тревожности, в сравнении с мужчинами.

3. При исследовании различных форм агрессии по Бассу-Дарки выявлено явное преобладание аутоагрессии в сочетании с минимальной выраженностью шкалы физической агрессии.

4. В ходе исследования интеллектуальной работоспособности по методике Векслера установлено достоверное снижение данного показателя наряду с повышенной частотой встречаемости сниженной нормы и уровня, пограничного с умственной недостаточностью. Установлено также, что данный показатель в минимальной степени обусловлен возрастными изменениями, и в значительной – течением заболевания.

Подводя итог всему вышесказанному, можно охарактеризовать типичный психологический портрет больного с артериальной гипертонией. Чаще всего это женщина с вегетососудистой неустойчивостью: обилием астенических жалоб, утомляемостью, пассивностью, пессимистичностью, раздражительностью, неспособностью полностью успокоиться, неумением справляться со своей вербальной агрессией. С выделенными характеристиками свойств темперамента сочетается усиление психического компонента личностной тревожности, интрапунитивная направленность агрессивности, снижение умственной продуктивности.

Литература.

1) Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич и др. // Кардиология – 2004 - №1 – с. 48-51.

2) Мариллов В. В., Коркина М. В., Есаулов В. И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 21–27

3) Плотников, Д. В. Психофизиологические факторы риска ишемической болезни сердца / Д. В. Плотников – Курск, 2002 – 309 с.

4) Плотников, Д. В. Тест акцентуации свойств темперамента (ТАСТ) для психосоматических исследований: метод. рекомендации / Д. В. Плотников, Л. И. Бурмашова – Курск, 2001 – 80 с

5) Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000. — С. 78–105

6) Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. РКЖ 2006; 4: 45-50.

7) Markovitz, J. H. Psychological factors as precursors to hypertension/J. H. Markovitz, B. S. Jonas, K. Davidson // Curr. Hypertens. Rep. – 2001 – vol.3, N1 – p. 25-32 .

8) Pickering, T. G. Mental stress as a casual factor in the development of hypertension & cardiovascular disease / T. G. Pickering // Curr. Hypertens. Rep. – 2001 – N3 – p. 1347-1351 .

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СТУДЕНТА-ПЕРВОКУРСНИКА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ПЕРИОД КОГНИТИВНОГО КРИЗИСА**

*Снегирёва Л.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Основной частью проблемы адаптации студентов к условиям обучения в медицинском университете является преодоление "дидактического барьера", то есть перестройка школьного отношения к учебному процессу. Как показывает практика, жертвами "дидактического барьера" оказываются учащиеся с совершенно разным уровнем общих и специальных способностей. Успешность в обучении становится не только и не столько показателем общей одаренности или высокой трудоспособности, но и индикатором адаптированности.

В начале обучения в университете студенты переживают самые разнообразные страхи: проблемы в отношениях с преподавателями, страх не соответствовать ожиданиям родных и близких, страх ситуации проверки знаний, страх самовыражения, страх взаимодействия с только складывающимся студенческим коллективом. Очевидно, что в таком состоянии первокурснику сложно сосредоточить внимание на решении учебных проблем.

На кафедре физики, информатики и математики проводилось исследование с целью поиска адекватных моделей профессиональной подготовки будущего специалиста с учетом характерных черт когнитивного кризиса студента-первокурсника медицинского университета.

Общепризнанным симптомом дидактического кризиса является отрицательная динамика успеваемости. Согласно нашим наблюдениям, большая часть студентов-первокурсников подвержена дидактическому кризису, начало которого совпадает с календарными рамками учебного года. В беседах с преподавателями учащиеся младших курсов жалуются на низкую активность, плохое самочувствие, появляющееся чувство тревожности. Адаптант преследует ожидание неудачи и удручает собственная неспособность справиться с ситуацией, невозможность сконцентрировать внимание на учебной деятельности. Опыт показывает, что на этом этапе чрезвычайно важно словесное убеждение, предполагающее эмоциональную поддержку, веру в способности студентов, одобрение и позитивное оценивание, создание благоприятного психологического климата на занятиях. По нашему мнению, кроме всего прочего, на процесс адаптации влияет систематическое отслеживание и корректировка взаимоотношений в

студенческой группе, организация взаимопомощи и взаимоподдержки в условиях совместной творческой учебной деятельности.

Дифференцированный подход к студентам с различным уровнем подготовки, природной одаренности приносит свои ощутимые плоды. Когда преподаватель ставит перед студентами реальные задачи, то их выполнение помогает обретению чувства уверенности в собственных силах, способствует удовлетворению потребности адаптантов в успешности.

Наблюдение за другими студентами, сопоставление своих учебных достижений с их достижениями – еще один фактор, обуславливающий самоэффективность первокурсника. Учебные ситуации с элементами соревнования важны для развития его самоэффективности. Вместе с тем широко применять формы и методы обучения соревновательного характера в первые месяцы обучения студентов в вузе, на наш взгляд, нежелательно в связи с переживаемым когнитивным кризисом в дидактической адаптации. Компенсировано это может быть вовлечением первокурсников в совместную творческую учебную деятельность, укрепляющую, коллективную самоэффективность (обладание чувством коллективного результата, позволяющим мобилизовать усилия для преодоления внешних препятствий и достижения позитивных изменений). Так, на занятиях по физике сотрудники кафедры активно используют обучение в сотрудничестве: для выполнения лабораторной работы академическая группа разбивается на звенья по 2-3 человека. Студентов каждого звена объединяет общность цели и задач, индивидуальная ответственность за результат работы. Индивидуальная ответственность означает, что успех всей команды (звена) при выполнении задания зависит от вклада каждого участника, что предусматривает помощь членов команды друг другу. Коллектив кафедры сознательно уходит от преобладания фронтальных видов деятельности, где сильный студент всегда в выигрыше: он быстрее "схватывает" новый материал, быстрее его усваивает и преподаватель в большей мере опирается именно на него. А слабый раз от разу становится еще слабее, поскольку ему не хватает времени все четко понять, ему не хватает характера, чтобы задать преподавателю вопросы, соответственно он не может быстро и правильно отвечать и только "тормозит" ритмичное продвижение ко всеобщему успеху. При обучении «в сотрудничестве» рядом со студентом его товарищи, у которых можно спросить, если что-то не понял, можно обсудить решение очередной задачи. А ведь успешность первокурсника в решении учебно-профессиональных задач позитивно влияет на самоэффективность. И, наоборот, проявление некомпетентности, неудовлетворение познавательной потребности в процессе исследовательской активности могут привести к снижению или утрате веры студента в собственные интеллектуальные, физические и волевые возможности в плане решения предстоящих задач.

Преподаватели кафедры учитывают гендерную специфику когнитивного кризиса в адаптации. Из нашего опыта, число студенток, переживающих когнитивный кризис в начале первого года обучения,

значительно превышает число юношей, стремящихся преодолеть «дидактический барьер». Страх не соответствовать ожиданиям окружающих, страх проверки и оценки знаний провоцируют у девушек высокую тревожность в течение первых месяцев обучения в вузе, влияют в большой мере на их настроение и самочувствие. Напротив, несмотря на резкое снижение успеваемости в начале первого года обучения, юноши более оптимистичны, более уверены в достижении положительных результатов в учебно-профессиональной деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что смягчение когнитивного кризиса в дидактической адаптации студентов-первокурсников представляется возможным. Успешность психолого-педагогических воздействий определяется совокупностью факторов: анализом характерных черт когнитивного кризиса студента-первокурсника и разумным подбором реализуемых педагогических технологий.

Литература.

1. Годник С. М. Трудности первокурсников: что о них полезно знать педагогам высшей и средней школы / Воронеж. гос. ун-т; С. М. Годник, В. С. Листенгартен. – Воронеж, 1997. – 51 с.

2. Возмищева Т. Г., Лещева Л. А. Технологии обучения в развитии адаптации студента к изменению информационной среды // Технологии информационного общества: Интернет и современное общество: Шестая Всероссийская конференция.

3. Монахова Л.Ю. Адаптация студентов к процессу обучения в высшей школе // Современные адаптивные системы образования взрослых: [Сб.] / Ин-т образования взрослых. -- СПб., 2002. -- С. 126-130.

## **ТЕХНИКИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЖИЗНЕННЫХ ЗАТРУДНЕНИЙ**

*Степанов Н.С., Кривошапов Д.Н., Иобидзе Ю.Ш.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Саморегуляция является разновидностью самоуправления поведением. Самоуправленческие типы поведения выделяются по следующим основаниям: 1) поддержание физического здоровья, 2) рациональное распределение сил, 3) рациональное распределение времени, 4) преодоление трудностей. М.В. Удальцова считает, что в преодолении трудностей люди должны быть свободными, чтобы брать «свою жизнь в свои руки», самостоятельно организовывать и устраивать свое будущее, реализовывать право выбора, самим определять наиболее приемлемые и одобряемые обществом способы их преодоления (Удальцова М.В. Социология управления: Учебное пособие. - М.: ИНФРА-М, Новосибирск: НГАЭиУ, 1998. - С. 105 -106).

Субъектом регуляции жизненных затруднений является личность, поскольку, как считает В.Г. Ганжин, именно в ней выражается социально-активная преобразующая сущность человека. Личность рассматривается как центральная регулятивно-управленческая инстанция, которая формируется и развивается в условиях жизненных затруднений, поиска многообразных инновационных стратегий, тактик и техник их преодоления (Ганжин В.Г. Нравственная жизнь как процесс. Проблема познания и управления // Нравственная жизнь человека: искания, поступки / Ред. кол.: А.И. Титоренко (отв. ред.) и др. - М.: Мысль, 1982. – с.209).

На основе обобщения результатов субъект-субъектных отношений В.А. Лабунская выделяет возможные принципы саморегуляции затруднений: принцип равенства, принцип взаимной детерминации, принцип осознания себя и окружающих через свою представленность в других; принцип различности, представляющий признание права другого на непохожесть на меня, несоответствие моим интересам, на выбор общения (отношений) в соответствии со своей индивидуальностью, принцип неравенства взаимной детерминации в силу личного способа существования каждого из партнеров затрудненного общения; стремление к осмыслению себя в качестве причин и результатов общения (Лабунская В.А., Менджерицкая Ю.А., Бреус Е.Д. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2001. - С. 217-218).

На саморегуляцию жизненных затруднений влияют личностные образования, которые стимулируют различные жизненные техники бытия, способствуя тем самым конструктивному разрешению серьезных жизненных проблем.

Жизненные техники преодоления трудностей основаны на защитных психических механизмах личности. В их основе лежат сходные основополагающие Я - процессы. Один полюс соответствует конструктивному разрешению ситуации (преодоления трудностей), а противоположный - жесткому механизму защиты. Предполагается, что любой психически здоровый человек, не фрустрированный не поддающимися разрешению проблемами, сначала прибегает к известным формам преодоления трудностей, и лишь когда ситуация выходит за границы его возможностей, обращается к защитным механизмам.

Процесс преодоления трудностей начинается с восприятия затруднительной ситуации, что приводит в действие все доступные способы поведения, обеспечивая возможность, либо невозможность конструктивного решения. Если отсутствует соответствующая программа поведения, основанная на прежнем опыте и когнитивных стратегиях, индивиду остается лишь «защищаться», ожидать неприятных и непредсказуемых последствий (Рамшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности/ Перевод с нем.—М.: Мир, 1994. — С. 155).



При этом следует учитывать, что ситуация ожидания неприятного, непредсказуемого события переживается тяжелее, чем само уже свершившееся событие. Непредсказуемые и неуправляемые события, согласно Г. Селье, более опасны, чем предсказуемые, управляемые. Они вызывают высокий уровень личностной тревожности, а высокая тревожность, как характеристика социально-стрессовой реакции на жизненную ситуацию, может превратиться в устойчивую личностную черту (Василенко Т.Д. Психологические аспекты реабилитации в пожилом возрасте // Актуальные проблемы медицины и фармации. — Курск: КГМУ, 2001.—С. 50-51).

Жизненные затруднения стимулируют саморегуляцию и самоутверждение личности, предполагают необходимую компетентность, которая формируется на основе способностей, знаний и опыта, развитых и приобретенных в процессе жизни человека, участия в трудных жизненных взаимодействиях. Различные условия требуют преодоления трудностей на основе творческого отношения и конструктивной оценки по этапам:

- «первичная оценка» ситуации на основе когнитивного и эмоционального процессов;
- оценивание собственных возможностей с учетом поддержки со стороны окружающих, что часто стимулирует новые стратегии преодоления трудностей;
- неудачи, которые приводят человека к необходимости вновь оценить проблему, поставить новую задачу и новые альтернативы поведения.

Последовательность данных этапов не является жестко детерминированной. Они могут меняться местами или содержательно взаимодействовать. В благоприятных случаях может наступить позитивный и желанный исход (Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности./Пер. с нем. - М.: Мир, 1994.-С. 150). Неблагоприятные результаты вызывают напряжение в системе отношений «личность - трудная ситуация», затрагивая сложившийся индивидуальный стиль жизни личности.

Анализ исследований Боннского научного круга, представленный Л.И. Анцыферовой (Анцыферова Л.И. Психология повседневности, жизненный мир личности и «техники ее бытия» // Психологический журнал, Т. 14, 1993, №2), показывает жизненный мир личности и стиль жизни, основанный на техниках бытия в переломные периоды жизни. Согласно работам Х. Тома и У.Леер в трудных ситуациях обостряется, по крайней мере, три функции субъекта жизни. Первая из них, заключается в глобальной антиципации разных типов возможных жизненных тягот и потенциальном накоплении ответов на них, психологической подготовке к ним, что характерно для всего периода преодоления трудных ситуаций; вторая - в быстром анализе имеющихся альтернативных ответов на жизненные сложности и создание новых альтернатив; третья, пожалуй, самое трудное, заключается в создании

психологических условий для достижения гармонии между рассогласованными (особенно в геронтологических ситуациях) когнитивными и мотивационными процессами; высокие мотивы достижения, сильные желания и стремления должны быть перестроены, снижены до уровня изменившихся тем и когнитивных представлений о своем новом ограниченном мире. При этом, как показывают Томе и Леер, человек все же продолжает творить свой мир повседневности, искать ответы на требования жизни и формировать «системы приспособления». Под приспособлением понимается не только требуемое обстоятельствами изменение человеком себя и своих временных перспектив, но и преобразование ситуации в соответствии с новыми возможностями и целями (Lehv U., H. Tome/ *Altagspsychologie, Authaben, Methoden, Ergenbnisse, Wissenschaftliche Bushgeselluhaft. Darmstfdt, 1991, 252; Shostrom E.A. Time as intergriting factor // The Course of the Humanistic perspective. N.Y., 1968, P. 351-359).*

Активность субъектов в преобразовании трудных ситуаций связана не только с актуализацией индивидуального жизненного стиля или мобилизацией поиска путей решения проблемы, но и с изменением структуры преобладающих тем жизни и социальных контактов, а также с изменением доминирующих форм поведения и временной перспективы. Выделяют четыре обобщенных типа, которые в нестабильных ситуациях по-разному проявляют свой стиль жизни, реализуют свои возможности, планируют свое будущее.

Представители первого типа ориентируются на достижения, на изменение окружающего мира, на использование шансов и опробование собственных возможностей. Они заботятся о сохранении и расширении социальных контактов, у них доминирует тема борьбы за свое существование, стремление сохранить достигнутое. Себя воспринимают компетентными лицами, способными изменять собственное положение в будущем. Такие типы имеют обширные планы на будущее.

Второй тип акцентирует свое положение и ориентирован, в основном, на внутренние изменения своего «Я» и частично подавлен.

Третий тип характеризует покорность судьбе, поведенческая, деятельная сторона выражена весьма слабо. Будущее не представлено.

Наконец, стиль реакций четвертого типа определяется чувством горечи и разочарования. Такие люди выбирают «технику» приспособления, как сопротивления всему - не принимают советы, отвергают консультации. У них нет никакой заинтересованности в будущем. Такие личности более всего нуждаются в помощи и поддержке, в выработке более адекватных техник жизни (Анцыферова Л.И. Психология повседневности, жизненный мир личности и «техники» ее бытия // Психологический журнал. Т. 14,1993, №2).

Техники жизни - это многообразные индикаторы сложившегося стиля жизни, связывающие стратегию и тактику регуляции процессов преодоления трудностей. Их особенность в том, что они базируются на принципе взаимосвязи преодоления и развития. В их основе лежит «знание» или «вера»

в собственный поведенческий потенциал, что позволяет справляться с новыми трудностями и обстоятельствами, отказываться от традиционных и заученных типов поведения и вырабатывать новые на основе трех возможностей:

- закрепление оправдавших себя способов поведения, которые перед лицом новых требований стабилизируются;
- дальнейшее развитие, вызванное недостаточностью привычных программ поведения в новых ситуациях;
- размывание программ поведения, особенно в случаях непрерывных тягостных трудностей и требований, приводящих к полной ликвидации предшествующей программы, что требует формирования новой программы поведения, соответствующей ситуации (Lasarus R.S. Psychological Stress and Coping Progress. Me draw - Hill, New York, 1966).

К техникам существования относятся средства и методы, которые используются для достижения желаемого состояния в рамках индивидуального стиля жизни. Исследования показали, что большинство людей решают свои повседневные проблемы или задачи развития, используя одну или несколько техник существования из пяти возможных:

- Техники достижения применяются для решения конкретных реальных жизненных проблем и доступны наблюдению;
- Техники приспособления, характеризуют изменение собственных переживаний или поведения, обеспечивают соответствие их требованиям окружающего мира. На изменение собственного поведения тратится меньше усилий, чем при достижении, что способствует возвращению к старым формам поведения на основе модификации их в соответствии с требованиями новых условий;
- Защитные техники строятся на основе отрицания или отсрочки проблем, с которыми нельзя в данный момент справиться;
- Избегающие (эвазивные или экспрессивные) техники означают уход на долгое время от конфликта или напряженной обстановки без их разрешения;

Агрессивные техники направлены на нанесение вреда окружающим в разных формах: угнетение и подчинение, прямое нападение и т.п. (Thomae H. Uber Daseintechniken sozial auffalliger Jugendlischer Psychologische Forschung 24-1953, 1 1-33; Thomae H. Personlichkeit. Bouvier, Bonn, 1951; Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности./ Пер, с нем. -М.: Мир, 1994.- С.153).

Исследования показали, что поведение, направленное на преодоление трудностей, как в повседневных, так и экстремальных

ситуациях, тематически структурировано. Возникающие проблемы решаются при помощи указанных техник, что проявляется в типичных поведенческих реакциях (Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности./ Пер. с нем. -М.:Мир, 1994. - С.217-218). Они расширяют представления о неспособности решать жизненные противоречия посредством «ухода и возложения ответственности». При «уходе» человек хочет избежать трудности, так как не способен продуктивно разрешать противоречия или длительно их выдерживать. Возложение ответственности – это стремление переложить ответственность на других (Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни - М.: Мысль, 1991. - С.53-54). Это подтверждают и наши исследования.

На основе содержания техник, выделенных Томе, мы разработали анкету и опросили 684 человека. При анализе учитывался пол, возраст и степень занятости респондентов (Степашов Н.С. Феномен жизненных затруднений: Монография. - Курск, 2002. – 136 с.).

Выявлено, что поведение только половины опрошенных имеет направленность на преодоление трудностей и достижение своих целей. В большей мере респонденты ориентируются на возможные шансы, имеющиеся в их распоряжении, среди которых значительное место отводится поиску или поддержанию контактов с социально значимыми людьми, которые могут помочь.

Определились позиции, направленные на приспособление к трудностям в зависимости от ситуации, в состоянии затруднений перенимается опыт родителей, учителей, знакомых, либо наблюдается избегание и уклонение от трудностей или трудных ситуаций. При определенных условиях переживание трудностей способствует самоутверждению; человек становится увереннее в себе, отодвигает на задний план свои потребности и приступает к решению возникших проблем.

По показателям средних значений частоты распределения ответов люди трудности принимают спокойно как неизбежность, но в меньшей мере надеются на помощь социальных институтов и осуществляют противодействие трудностям самостоятельно, находят к ним в оппозиции. Для наших соотечественников свойственно больше обвинять себя в создавшихся трудностях, что приводит их к состоянию агрессивности, которое сводится в большей мере к критическому реагированию на окружающее. В меньшей мере, надеясь на себя, человек больше ищет защиты и помощи у других. Не найдя помощи, он впадает в состояние депрессии, либо приспосабливается к особенностям и потребностям окружающих, которые переживают аналогичные трудности («как все»). В трудных ситуациях начинают проявлять себя болезни, напрягается психика. В меньшей степени причина собственных трудностей переносится на окружающих. Незначительное количество людей поддается и смиряется с трудностями. И совсем мало тех, кто в состоянии затруднений думает о том, что при их решении надо ждать помощи от других.

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

*Сурьянинова Т.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В настоящее время расширяется сфера оказания психологической помощи различным группам населения, и встает проблема создания отдельной дисциплины – «психологическая деонтология» (Манеров В.Х., 1997; Гулина М.А., 2000; Веселова Е.К., 2002). Деонтологические аспекты психологической помощи практически не разработаны.

Психологическая деонтология, как наука о нравственном профессиональном поведении психолога опирается на медицинскую деонтологию, но имеет и должна иметь свою специфику. Психологическая деонтология должна включать изучение профессии психолога, так как медицинская деонтологическая модель взаимоотношений «врач – пациент» существенно (методологически) отличается от психологической деонтологической модели «помогающий специалист – субъект помощи». Современное состояние медицины имеет направление в сторону дистанционной технологической медицины, в которой непосредственное отношение «врач – пациент» скорее всего, будет сводиться к минимуму, такая медицина развивается с позиции биоэтики (Гулина М.А., 2000). Деятельность практического психолога можно объединить с деятельностью медицинских сестер, социальных работников, в ней присутствует оказание психологической помощи.

Имеются проблемы в деятельности помогающих специалистов:

1) проблема возможного вреда от влияния деятельности психологов-консультантов, психотерапевтов на будущее развитие российского общества в целом. Вред связан с внедрением убеждений, стереотипов поведения, образа жизни, несвойственных отечественным традициям и российскому менталитету. Об опасности навязывания чуждых стереотипов говорили отечественные и зарубежные психологи (Манеров В.Х., 1997; Гулина М.А., 2000; Мэй Р., 2001; Веселова Е.К., 2002);

2) трудности исполнения требований этического кодекса в конкретных ситуациях, что связано с несовершенством самого этического кодекса;

3) проблемы, касающиеся личности самого психолога, его уровня личностной нравственности, моральной надежности, а также проблема возможного эмоционального выгорания и профессиональной деформации.

Центральным вопросом психологической деонтологии являются этические проблемы взаимодействия «помогающий специалист – субъект помощи». Б.С. Братусь неоднократно подчеркивал, что этика, философия, богословие, обладая адекватным способом выражением сути природы человека, является ориентирующим началом в создании психологической деонтологии (Братусь Б.С., 1997; Братусь Б.С., 1998). Для того чтобы создать психологическую деонтологию необходимо понимать основы нравственного

функционирования личности и ее внутреннего ядра; изучать и сравнивать нравственные идеалы различных мировоззренческих систем, исследовать критерии зрелости целостной личности, понимать роль мировоззрения и нравственной регуляции личности. Психологи могут опираться на этику отношений «врач – пациент», т.к. эти отношения являются частным аспектом отношений «помогающий – принимающий», но методологически в отношениях «помогающий психолог – человек, принимающий помощь» еще в большей степени возрастает роль характера отношений «я – ты» и личности помогающего психолога. Эта проблема разрабатывается в рамках гуманистического и диалогического подходов.

Медицинская деонтология и клятва Гиппократов являются истоком психологической деонтологии. Медицинская деонтология фактически является истоком любой профессиональной деонтологии (Деонтология в медицине, 1988). Из опыта медицинской практики установлено, что правильное поведение врача положительно сказывается на результатах лечения больного. «Реакция пациента на лекарственную терапию может быть тонким индикатором эмоционального отношения с врачом. По словам М. Балента «врач – сам лекарство... и в своем поведении должен быть свободен от побочных эффектов». Прием больным лекарства – это не просто введение препарата в организм, а сложный акт взаимодействия больного с медицинским профессионалом» (Психолог в здравоохранении, 1999). Плацебо-эффект очень хорошо известен в медицине, тем более проблема доверительных отношений важна в деятельности практикующего психолога.

Целый ряд авторов указывает, что чем меньше выражен религиозный принцип в этических кодексах помогающих специалистов, тем более гражданским становится текст, и тем в большей степени имеет место вольное толкование нравственных запретов. К сожалению, современные этические кодексы не содержат религиозной основы и требований к личностной нравственности специалиста.

В настоящее время наиболее известны три варианта клятвы Гиппократов: основной вариант, иудаистский вариант (текст еврейского врача Асаафа VI век) и христианский вариант (текст средневекового врача Парацельса XV век). Ведущим принципом регулирования деонтологии является религиозный принцип, и он присутствует во всех этих трех текстах, несмотря на различные религиозные основания, он приводит к следующим следствиям:

- врач должен себя вести «свято, чисто» и в личной жизни и в профессиональной деятельности;
- запрещается любое посягательство на жизнь (аборт, эвтаназия);
- бескорыстие врача.

В ходе развития врачебной этики религиозный принцип был вытеснен экономико-правовым, постепенно утверждается приоритет корпоративного духа. В XX веке корпоративный принцип потускнел и выдвинулся гуманистический принцип и дух: «Вступая в ряды медицинского сообщества,

торжественно обещаю посвятить жизнь служению человечеству...», остальное близко Гиппократу, но пункта о сохранении нравственного образа жизни уже нет.

С.Л. Франк с присущей ему философской пронизательностью сформулировал основания гуманизма и проблему неоднозначности понимания его содержания следующим образом. В гуманизме есть два основных положения – вера в прогресс, т.е. в predetermined совершенствование человека, и вера в осуществимость на земле полноты правды и добра (утопизм). В основе же этих двух вер лежит вера в достоинство человека и его высокое назначение на земле (Веселова Е.К., 2002). С.Л. Франк показывает, что гуманизм – вера в человека, лишенная религиозного или метафизического основания и заменяющая веру в объективные, абсолютные ценности служением ценностям чисто субъективно человеческим, - с самого начала таит в себе нигилистический, разрушительный мотив.

Силуянова И.В. (1998 г.) выделяет четыре основные модели медицинской этики: модель Гиппократа, модель Парацельса, деонтологическая модель и модель на основе биоэтики. В этих моделях делается различный акцент. В модели Гиппократа акцентируется социальное доверие помогающему специалисту, и главным принципом является принцип – не навреди. В модели Парацельса подчеркивается нравственная установка самого специалиста, главный принцип – возлюби и делай добро. В деонтологической модели первостепенным становится соответствие поведения специалиста этическим нормам, ведущим принципом является принцип соблюдения долга. В биоэтике акцент делается на участии в принятии решения субъекта принятия помощи, основной принцип – принцип уважения прав и достоинств человека. Самой определенной и непротиворечивой из этих четырех моделей является модель Парацельса, основанная на этике любви. Остальные модели опираются на этику справедливости, и эта этика содержит в себе больше противоречий в отношениях помогающий – принимающий помощь.

Факт возникновения негативной реакции на людей в ответ на нарушение идеала справедливости стал предметом исследования философов и врачей-психиатров и получил название «ресентимент» (Ясперс К., 1994; Шелер М., 1999). Е.К. Веселова подчеркивает, что возникновение ресентимента как долговременной психологической установки, окрашенной негативными эмоциями и содержащей враждебный посыл, связано с нарушением этики справедливости. Идеалы этики справедливости заложены в гуманистических этических моделях (эволюционной этики, социобиологической этики). В этих моделях произошла секуляризация духовности человека. Любовь к человеку как образу и подобию Бога преобразовалась в любовь к человечеству и любовь к человеку как представителю биологического вида, имеющему право свободно развиваться.

Любовь к личности трансформировалась в любовь к индивиду (Веселова Е.К., 2002; Сурьянинова Т.И., 2004).

В этике справедливости моральное поведение людей регулируется по следующему принципу: «я знаю, что если другой что-то делает, то он делает это для того, чтобы с ним также поступали» (Веселова Е.К., 2002). Нарушение принципа «поступай с другими так, как ты хотел бы, чтобы поступали с тобой», приводит к чувству несправедливости, возмущения, гнева, обиды. И только христианская этика любви с ее заповедями «люби врагов твоих» и «если ударят по правой щеке, подставь левую», способны воспитать сильную позицию любви и прощения, устранить ресентимент и излечить общество от злобы и вражды.

Литература.

1. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. 1997. №5.
2. Братусь Б.С. Двойное бытие души и возможность христианской психологии // Вопросы психологии. 1998. №4.
3. Веселова Е.К. Психологическая деонтология: мировоззрение и нравственность личности. – СПб.: Изд-во С.-Петрб. Ун-та, 2002. – 316 с.
4. Гулина М.А. Основы индивидуального психологического консультирования. СПб., 2000.
5. Деонтология в медицине: В 2 т. Т. 2 / Под ред. В.В. Петровского. М., 1988.
6. Манеров В.Х. Самореализация личности: взгляд с позиций христианской психологии // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. СПб., 1997.
7. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М., 2001.
8. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Самара, 1999.
9. Сурьянинова Т.И. Деонтологические проблемы в работе помогающего специалиста // Духовно-нравственные основы медицины. Сборник материалов городской научно-практической конференции. Курск, 2004.
10. Шелер М. Ресентимент в структуре моралей. СПб., 1999.
11. Ясперс К. Ницше и христианство. М., 1994.

## **СТРАТЕГИИ СОТРУДНИЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

*Сурьянинова Т.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Сразу отметим, что имеется правовая основа для развития сотрудничества различных специалистов в рамках оказания медицинской и



психологической помощи. Это приказы МЗ, начиная с 1975 года и последние приказы от 16.09.2003 года «О психотерапевтической помощи» №438 и приказ от 18.10.2005 года «Об организации медицинской помощи» №633.

Проблема формулировки стратегий сотрудничества связана прежде всего с выявлением общих оснований для объединения психотерапевтов, клинических психологов, психиатров, социальных работников, врачей общей практики. Обратимся к имеющемуся зарубежному и отечественному опыту полипрофессионального сотрудничества. За рубежом известна модель такого сотрудничества - это терапия средой (ТС). На сегодняшний день имеются четыре основные версии ТС, которые обусловлены базисными концепциями тех терапевтических сообществ, которые разработали эти модели. Это модель ТС, разработанная социотерапевтическим сообществом, вторая - ТС, разработанная психоаналитическим психотерапевтическим сообществом, третья - ТС, в основе которой лежит теория научения, четвертая - интегративная модель ТС.

Эффективность ТС обеспечивается различными условиями: 1) демократическая выработка, решение и распределение ответственности; 2) ясность терапевтических программ, ролей и лидерства; 3) высокий уровень взаимодействия между персоналом и пациентом; 4) позитивные ожидания персонала по отношению к пациенту; 5) малый размер отделений; 6) высокий моральный уровень персонала; 7) практическая проблемная ориентация лечебного коллектива. Реализация этих условий прежде всего определяется базисной концепцией. Если пытаться адаптировать зарубежный опыт к нашим условиям, то возникают вопросы: какие базовые концепции могут лечь в основу наших моделей ТС с учетом особенностей подготовки наших специалистов (психотерапевтов, клинических психологов, психиатров, врачей общей практики), с учетом особенностей российского менталитета и наших экономических возможностей.

Имеется наш отечественный опыт бригадной формы работы. Это прежде всего организация и проведение психотерапии в условиях психотерапевтического кабинета первичной медицинской сети. Мы не будем сейчас заострять внимание на этой теме, а отошлем слушателя к опыту психотерапевтов Санкт-Петербурга, который отражен в работе «О психотерапии в условиях общей врачебной практики» Санкт-Петербург. 2007 год. В этой работе очень детально прописан и метод, и модель организации, и контингент, с которым работает данная служба, и принцип взаимодействия специалистов, и перечень характеристик и профессиональных обязанностей специалистов. Коллеги из Петербурга также ставят проблему выбора ведущей парадигмы проводимых мероприятий. Вопрос выбора концептуальной модели тесно связан с подготовкой специалистов (психотерапевтов, клинических психологов, психиатров, социальных работников, врачей общей практики). Б.Д. Карвосарский отмечает, что в целом у нас есть концепция развития психотерапевтической службы, но есть очень много проблем на пути сотрудничества различных специалистов в

рамках этой службы. Прежде всего это общие проблемы - проблемы соотношения дифференциации и интеграции в современной психологической науке.

Приведем несколько иллюстраций. Первая связана с противоречивостью самих парадигм, объясняющих человека. Описание человека с точки зрения критериев Хьюелла и Зиглера у различных психологических школ диаметрально противоположны. В частности в психоаналитическом подходе З. Фрейда человек описывается как иррациональный, детерминированный врожденными особенностями, стремящийся к поддержанию внутреннего равновесия. Противоречивый, проактивный, субъективный. В противоположность этому гуманистическая концепция рассматривает человеческую личность в терминах свободы, рационалистичности, целостности, изменяемости, субъективности, считает, что личность в определенной степени изменчива, стремится к самореализации и умеренно зависит от врожденных особенностей.

В условиях кризиса в психологии возрастает роль личности самого психотерапевта, психиатра, клинического психолога, насколько он продуктивно разрешит эти противоречия и что он выберет в качестве основной модели психотерапии.

Вторая иллюстрация связана с проблемой выделения психотерапии в самостоятельную область медицины прежде всего из психиатрии. Необходимо отметить, что дифференциация идет параллельно с интеграцией в лечебную практику различных психотерапевтических направлений. В настоящее время имеет место перевес дифференциации, и как отмечает Б.Д. Карвасарский и его коллеги, психотерапия не успев оформиться в самостоятельную область, уже распалась на множество субспециальностей. Они образуются на основе концепций и связанных с ними основных методов: динамическая психотерапия, гуманистическая, поведенческая, гештальт-терапия, позитивная и т.д. С учетом возрастного принципа - детская, подростковая, гериатрическая психотерапия. В связи с областями в социальной практики - спортивная, военная, медицинская психотерапия. Не удивительно, что подобные дифференциации не способствуют ясному представлению о содержательных аспектах психотерапии и деятельности врача-психотерапевта, клинического психолога.

В связи с вышесказанным, большие трудности возникают в усовершенствовании образовательного стандарта. Тот образовательный стандарт, который разработан для врача психотерапевта в большей мере выдерживается при подготовке клинических психологов. И здесь обостряется еще одна проблема - о возможности заниматься психологом психотерапевтической практикой (лечением). Или же он может быть только партнером в бригаде и работать под руководством лечащего врача, который несет полную юридическую ответственность за пациента. Например, положение в нашем городе таково, что клинические психологи, задействованы прежде всего как психодиагносты, но многие из них

ориентированы на психотерапию, и они не плохо подготовлены в этом плане. Среди же психиатров еще сильна установка на директивную, биоцентрированную клиническую психотерапию. Коллеги из Санкт-Петербурга предлагают предпринять усилия в образовании врачей психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики, акцентируя внимание на биопсихосоциальном подходе к личности человека, к его лечению и его болезни. Эта модель основана на психологии отношений В.Н. Мясищева, на его патогенитической концепции невроза и его составляющих 1) взаимодействие личности с его внешними условиями; 2) устойчивые особенности характера; 3) нейрофизиологические особенности) на типологии конфликта, который лежит в основе психологической проблемы. Необходимо отметить, что биопсихосоциальный подход несет большой интегрирующий потенциал и может стать основой для продуктивного разрешения многих названных проблем.

Несколько слов хочется сказать о собственном опыте сотрудничества с врачом психотерапевтом поликлиники, врачом психотерапевтом-психиатром дневного стационара, с врачом наркологом и священником в рамках консультационного кабинета, созданного при Курской епархии 7 лет назад. Одним из самых существенных результатов наших усилий является взаимопонимание, достигнутое на основе антропологического подхода, в рамках которого мы оказываем помощь населению. Первая консультация ведется одновременно всеми специалистами и нам удается неплохо дополнять друг друга в работе с клиентами и пациентами. На слайде вы можете увидеть сравнительную схему основных компонентов биопсихосоциального подхода и антропологического. Как видно из содержания схемы, эти два подхода не только не противоречат друг другу, но взаимодополняют и способствуют более целостному пониманию человека. И тот и другой подход опираются на концепцию личности и ее отношения. Основной вектор психотерапии в том и другом подходе -это восстановление нарушенных отношений личности человека с самим собой и с окружением. И у того и другого подхода единые корни, которые соответствуют российскому менталитету.

#### *Сравнительная схема*

<b>Биопсихосоциальный подход</b>	<b>Антропологический подход</b>
1. Теория личности В.Н. Мясищева, основанная на психологии отношений.	1. Православная теория личности, основанная на психологии отношений

<p>2. Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищего и ее составляющие: а) взаимоотношения личности с ее внешними условиями; б) устойчивые особенности характера; в) нейрофизиологические особенности.</p>	<p>2. Православная психология знает человека в 3-х состояниях: а) естественном (природные особенности человека); б) противоестественном (греховное. страстное состояние), грех понимается как нарушение отношений с Богом, с самим собой; в) сверхестественном (перспективы развития личности). С позиции 3-х уровней состава человека: духовного, душевного, телесного. С точки зрения 3-х аспектов: познавательного, волевого, эмоционального</p>
<p>3. Типология конфликтов, лежащих в основе психологической проблемы.</p>	<p>3. Православная теория образов.</p>
<p>4. Психотерапия отношений (личностно-реконструктивная психотерапия).</p>	<p>4. Психотерапия отношений (восстановление диалога с Богом, со своим духовным Я (совестью), с другими людьми).</p>

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Сухобрус Е.А., Попова С.И., Кувшинова Н.Ю.*

**Самарский государственный медицинский университет, Самара**

С позиции биопсихосоциального подхода позитивное самовосприятие человека складывается не только из факта отсутствия болезненной симптоматики, но и включает удовлетворенность всеми гранями своего бытия и жизнедеятельности (Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П., 1999; Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д., 2008). Низкий уровень качества жизни (КЖ), недостаточное социальное функционирование является доказанным фактором риска развития негативных психических состояний, включая непсихотические депрессии и невротические расстройства (Александровский, Ю.А., 2000; Полищук Ю.И., 2005).

Несмотря на активно развивающиеся в последнее время информационные технологии в медицине, в клинике внутренних болезней основное внимание все же уделяется преимущественно восстановлению соматического статуса пациента. Однако чтобы в достаточной мере понять сущность переживаемого человеком неблагополучия, необходимо проанализировать весь комплекс вызывающих его причин, более подробно изучив те стороны жизни больного, удовлетворенность которыми значительно снижена.

При хронической почечной недостаточности (ХПН) изменение качества жизни субъекта происходит на разных уровнях – это и утрата возможности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле, снижение работоспособности, привязанность к процедуре гемодиализа у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, развивающиеся вследствие заболевания социально-ролевые ограничения и психологические изменения.

Пациенты с ХПН, особенно находящиеся на гемодиализе, и те, кто перенес трансплантацию, становятся уязвимыми в психологическом и социальном плане. Основные психологические дисфункции у пациентов с ХПН проявляются в когнитивной (снижение концентрации и устойчивости внимания, нарушения памяти, снижение аналитических способностей) и эмоциональной сферах (симптомы депрессивного спектра – апатия, самообвинительные реакции, потеря смысла жизни и др.; психастения; повышенная тревожность с преобладанием в структуре преимущественно реакций социальных защит и тревожной оценки перспективы; повышенная раздражительность, агрессивность, негативизм). У многих отмечается ригидность психических процессов (Николаева В.В., 1988).

Период заболевания, который в большей степени в сознании пациента воспринимается как стрессовый (переход на гемодиализ, постановка в лист ожидания на операцию трансплантации почки, постоперационный период), как правило, сопровождается серьезными расстройствами адаптации (по МКБ-10 шифр F 43.2).

Операция пересадки почки, несмотря на то, что считается весьма травматичной для пациентов как физически, так и психологически, способствует повышению качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью, в течение многих лет прикованных к процедуре гемодиализа.

Сам факт оперативного вмешательства и дальнейшее пребывание в стационаре нередко выступают факторами, которые снижают тяжесть переживаний, так как дают больным надежду на будущее. С другой стороны появляются новые проблемы и сложности, требующие незамедлительного решения. Вынужденная длительная госпитализация ведет к развитию состояния угнетенности, подавленности вследствие ограничения социально-психологических контактов и функционирования больного (Конечный М., Боухал Р., 1983).

Обобщив данные, имеющиеся в литературе и полученные эмпирическим путем, мы выделили следующие основные психологические проблемы больных, перенесших операцию пересадки почки. Это опасения по поводу неблагоприятного исхода операции, сопровождаемые чувством эмоциональной напряженности; астеническое состояние, на фоне которого развиваются повышенная утомляемость, сниженная работоспособность и обучаемость; опасения по поводу возможного отторжения пересаженного органа, неверие в успех лечения; переживание боли; страх по поводу

развития реакции отторжения трансплантата, других осложнений на фоне проводимой иммуносупрессии; страх перед болью, страданием, инвалидностью; боязнь будущего – у всех обследованных нами пациентов в структуре тревоги доминировали реакции тревожной оценки перспективы; депрессивное состояние; переживание чувства одиночества, иногда отчаяния в связи со сложившейся ситуацией; ипохондрическая фиксация на своих ощущениях; морально-этические переживания; повышенное переживание чувства вины, собственной беспомощности, бессилия; чувство собственной неполноценности; психологические трудности в связи с изменением образа жизни и соблюдением предписанного врачами режима, диеты, физической активности; проблемы, связанные с дефицитом межличностного общения в первые месяцы после операции; проблемы в реструктуризации семейных отношений; проблема занятости; материальные проблемы и другие.

Сосредоточенность на соматических симптомах и собственных переживаниях провоцирует у пациентов сомнения в отношении эффективности лечебных мероприятий и затрудняет проведение терапии. Для тех пациентов, которые фиксируют свое внимание только на актуальном положении вещей, характерно низкое стремление к действиям, включая преодоление и изменение. Им сложно говорить о своих планах и перспективах, время сужается до восприятия настоящего момента. Они испытывают более интенсивные боли, бурно реагируют на симптомы, возникающие в послеоперационный период, преувеличивая их значение и придавая драматический оттенок нормальному положению вещей.

У большинства пациентов с ХПН и тех, кто перенес операцию трансплантации почки, преобладают поведенческие механизмы совладания, сопряженные с пассивностью и уходом от проблем – поиск социальной поддержки, избегание, самообвинительные реакции.

В формировании негативного психологического состояния пациентов, являющегося предпосылкой нонкомплаенса, весомую роль играют дисфункциональные процессы переработки информации и негативные ожидания больных, сопровождающиеся неверием в успех лечения и разочарованием в результатах (Кремлева О.В., 2007). Основные иррациональные установки и убеждения пациентов с ХПН, с которыми нам приходилось сталкиваться, следующие: «Я теперь никогда не стану полноценным человеком», «Я ничего не смогу добиться в жизни из-за болезни», «Ко мне все негативно относятся», «Я инвалид, следовательно я никому не нужен», «Из-за моих вздутых уродливых вен я не могу устроить свою личную жизнь», «Кому нужен человек с пересаженной почкой», «Если всю жизнь придерживаться каких-то ограничений, зачем тогда вообще жить», «Я – помеха для моих близких, моя болезнь мешает нормально жить моей семье», «Я виноват перед своими близкими, так как им приходится меня поддерживать и ухаживать за мной», «Кому я нужен без почки, а эта все равно не своя и долго работать не будет».

Некоторыми пациентами операция трансплантации, напротив, воспринимается как долгожданный выход из сложившейся ситуации, который позволяет вернуться к прежнему беззаботному образу жизни. Они недооценивают значимость и важность соблюдения режима, выполнения всех врачебных рекомендаций. Их установки следующие: «После пересадки почки я снова смогу делать все, что мне захочется, без ограничений», «Наконец-то я смогу поехать за границу и как следует отдохнуть».

В клинической практике в первую очередь учитывается медицинская информация о состоянии больного, однако психологический статус, категории жизненных смыслов и ценностей пациентов, анализ удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности при прогнозировании выживания больного играет важную роль.

При исследовании смысложизненных ориентаций больных ХПН с использованием методики предельных смыслов (Леонтьев Д.А., 1999; Котляков В.Ю., 2002) мы определили, что среди пациентов значимо больше ( $p < 0,01$ ), чем среди здоровых лиц представлены эгоцентрические тенденции, проблемы в отношениях, желание избегать ситуаций, связанных с принятием самостоятельных решений проблем, акцентированы темы здоровья и болезни и те сферы, на которые болезнь влияет. Система жизненных смыслов больных во многом связана с переживаниями состояний экзистенциальной тревоги, депрессии, бессмысленности собственного существования (преимущественно у пациентов с депрессивной симптоматикой). Была отмечена тенденция к гиперактуализации «Экзистенциальной» и «Семейной» категорий, акцентировано внимание на «Гедонистической» сфере и редуцировано значение «Статусной», «Альтруистической» категорий и «Самореализации».

Изучение качества жизни пациентов, перенесших трансплантацию почки (1-2 года после операции), проведенное с помощью опросника ВОЗ КЖ-100, показало следующую картину. Общий уровень КЖ достоверно снижен по сравнению со здоровыми лицами. У всех пациентов выявляется низкая удовлетворенность физическим функционированием преимущественно за счет субсферы «Жизненная активность, энергия» на фоне ее высокой личностной значимости. Уровень удовлетворенности психологическим функционированием (когнитивное, эмоциональное, самооценка, образ тела), как правило, средний или ниже среднего вследствие ярко выраженных негативистских тенденций, высокой тревожности, депрессивного состояния. Удовлетворенность уровнем независимости снижена за счет ограничения подвижности и способности выполнять повседневные дела, зависимости от лекарств, ограниченной возможности активно работать.

Удовлетворенность сферой личных отношений и практической социальной поддержкой со стороны близких у большинства, как правило, достаточная. Однако многие пациенты указывают на наличие чувства вины вследствие того, что для них в психологическом плане сложно постоянно

находится под заботой и опекой близких людей, которым они не могут отплатить тем же, полагая, что злоупотребляют их доверием. У некоторых возникают опасения, что по причине их болезни семья может распасться.

Анализ сферы «Окружающая среда» указывает на отсутствие ощущения физической безопасности у пациентов, перенесших пересадку почки, на фоне высокой личностной значимости данной сферы. Отмечается недостаточная удовлетворенность возможностями для отдыха, снижена удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи, духовным функционированием.

В зависимости от этапа течения ХПН и длительности пребывания на гемодиализе, психика пациентов имеет ряд особенностей, что должно учитываться при реализации программ психологического сопровождения.

Оптимизация психосоциальной сферы положительно влияет на соматический статус больного, способствует предупреждению прогрессирования заболевания. Стимулирующие, активизирующие влияния на субъекта способствует поддержанию психического функционирования на адекватном уровне.

На сегодняшний день мы сталкиваемся с необходимостью разработки такой программы психологического сопровождения, включающей и терапевтическое научение, для пациентов с ХПН, которая наряду с учетом особенностей клинического статуса, учитывала бы и эмоционально-личностные характеристики больных, удовлетворенность пациентов различными сферами своего жизненного функционирования; включала направления работы, способствующие лучшему усвоению и закреплению информации, полученной от медицинских работников; а также способствовала преодолению сопротивления в связи с необходимостью модификации образа жизни.

В настоящее время психологическое сопровождение больных ХПН, ожидающих операцию пересадки почки в Самарском межрегиональном центре трансплантации органов и тканей, включает следующие этапы.

1. *Предварительная психологическая подготовка* больных к трансплантации, которая осуществляется в тот период, когда пациент стоит в листе ожидания. На данном этапе проводится адекватное информирование пациента о предстоящем оперативном вмешательстве, образе жизни после операции, выясняется отношение больного к операции, его установки, ожидания, сомнения, опасения. Дело в том, что пациент должен быть готов к трансплантации не только по медицинским параметрам, но и психологически. Индивидуальный подход к больному с учетом личностной реакции на предстоящее хирургическое вмешательство является необходимым условием психопрофилактической работы.

2. *Непосредственно предоперационная подготовка* предполагает купирование состояний страха, тревоги, создание позитивного настроения на благоприятный исход операции. В случае отказа от операции выясняются причины.



3. *Психокоррекция в ближайшем послеоперационном периоде* направлена на формирование в сознании больного лечебной перспективы. На этом же этапе осуществляется ситуативная коррекция эмоционального фона – апатии, тревоги, раздражительности, агрессивности, негативизма, психастенического состояния.

4. *Психологическая работа на этапе реабилитации* ориентирована на коррекцию иррациональных поведенческих установок больного и эмоционального дисбаланса, препятствующих адекватной организации лечебно-реабилитационного процесса; на обучение больного методикам сознательной релаксации с целью коррекции соматовегетативных нарушений; на профилактику ипохондризации, активизацию психических ресурсов в борьбе с недугом, формирование новых когнитивных и поведенческих навыков, что способствует повышению адаптационного потенциала.

5. *Психологическая работа в отдаленный послеоперационный период* направлена на коррекцию системы отношений личности, проработку конфликтов, оптимизацию социальных взаимоотношений пациента, поощрение самостоятельности, подбор адекватных видов занятости с целью предотвращения пассивности и тотальной бездеятельности.

На этапе нахождения в листе ожидания, на этапе реабилитации, в отдаленный постоперационный период актуальны групповые психокоррекционные занятия с больными ХПН, целью которых является привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. В группе пациенты охотно вовлекаются в обсуждение проблем, связанных с необходимостью их собственного участия в процессе лечения. В ходе групповой работы нивелируются переживания состояния одиночества за счет обогащения социальных контактов, групповая работа позволяет компенсировать дефицит общения, участие в групповых дискуссиях стимулирует когнитивные функции. Участие в групповой работе членов семьи имеет большое значения для адаптации пациентов после выписки из стационара и делает более стабильными достигнутые результаты психотерапевтической работы (Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г., 2008).

Проработку смысложизненных ориентаций рекомендуется проводить в русле экзистенциально-гуманистического направления. Известно, что долго и счастливо живут те люди, чья жизнь наполнена смыслом. В.Франкл рекомендует использовать технику сократического диалога в работе с пациентами, чтобы подтолкнуть их к открытию индивидуального и адекватного для себя смысла. Это могут быть семья, работа, творчество, любимое увлечение, духовное развитие, личные отношения и многое другое. Главное, чтобы пациенты понимали, что жизнь не проходит напрасно, и всегда имеются возможности для личностного роста, развития и самореализации.

Неадекватные иррациональные установки и убеждения требуют коррекции в рамках когнитивно-поведенческого подхода (Бек А. и соавт., 2005). В ходе реализации когнитивно-поведенческой психотерапии пациенты приобретают навыки конструктивного совладания с жизненными трудностями, стрессовыми ситуациями. Для регуляции эмоционального состояния применимы техники медитации, релаксации, визуализации позитивных образов.

Обосновано применение в работе с больными ХПН техник нейролингвистического программирования, таких как диссоциация, линия времени, построении картины желаемого будущего, постановка конструктивных целей в сфере «Здоровье» и составление плана их достижения, моделирование здорового поведения и здорового образа жизни с тщательной проработкой всех логических уровней личности (по Р.Дилтсу) – окружения, поведения, способностей, установок и ценностей, уровня личностной идентичности, духовности. Составление четкого плана действий пациентами способствует развитию самоорганизации, ответственности за результат, обеспечивает развитие должного уровня комплайентности.

Оценка психологического статуса и структуры КЖ больных с ХПН, в том числе и перенесших операцию трансплантации почки, позволяет решать задачи содержательно-психологического наполнения понятия КЖ и тем самым уточнять «мишени» для психокоррекционной терапии в комплексе восстановительного лечения.

Естественно при проведении психотерапии в одних случаях возможно ограничиться суггестивными техниками, в других же коррекция психических состояний требует более сложных и дифференцированных форм, направленных как на самого больного, так и на его ближайшее окружение.

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что ориентация на психосоциальную составляющую КЖ больных при реализации психокоррекционных программ позволяет добиться значительной оптимизации показателей психического здоровья, которыми, по мнению А.Маслоу, являются «полнота, богатство развития личности, ее потенциал и стремление к гуманистическим ценностям – наличие и развитие таких качеств как принятие других, автономность, спонтанность, интенциональность, альтруизм, креативность...».

## **ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Татаренко А.М., Сурьянинова Т.И.*

**Областной психоневрологический диспансер, Курск  
Курский государственный медицинский университет, Курск**

Полипрофессиональный подход в лечении больных, когда одновременно принимают участие разные специалисты, широко применяется в пси-

хоневрологическом диспансере. Это областное учреждение имеет два стационара, где работают разные специалисты – психиатры, психотерапевты, психологи, социологи, терапевт и невролог. Этот метод лечения по инициативе администрации диспансера стал применяться в стационарах.

Имеется опыт полипрофессионального консультирования, включая участие психолога и священнослужителя, на базе 1-й городской больницы и 1-й поликлиники, который применяется с 2008 года. Применяется он в основном в кардиологическом отделении, в поликлинике и в Центре восстановительного лечения, где работают высококвалифицированные врачи – физиотерапевты, неврологи, рефлексолог и психотерапевты. Терапевты и вышеперечисленные специалисты направляют к психотерапевтам на консультацию больных. Методы психотерапевтического лечения традиционные, известные всем специалистам – физиотерапевтическое, медикаментозное лечение, индивидуальная и групповая психотерапия. Особенностью подхода, который у нас имеет духовно-ориентированное направление, является опора на веру пациента. При консультировании больных принимает участие священник, который ставит духовные задачи.

Медицина, вера и религия – разные грани целебного воздействия. Какой бы деятельностью не занимался человек, он всегда основывается на определённом мировоззрении, даже если человек об этом не задумывается. Так и вера – это неотъемлемое качество каждого человека. Без веры, как и без любви, не может быть человека как человека. Вера может быть ложной, иметь разные качества. Необходимо отличать веру от фанатизма и духовной слепоты. Искажение веры часто приводит к тем или иным психопатологическим состояниям. Вера должна быть просвещающей и вести человека к духовному и душевному здоровью. Просвещенные люди, учёные, более чем кто-либо показывают пример полной веры, воплощённой в их жизнь. Так, например, Альберт Эйнштейн, глубоко верующий человек мечтал, чтобы Церкви посещало как можно больше учёных. Виктор Франкл смысл жизни человека и решение многих психологических проблем связывал с верой. Но, говоря о вере, мы должны всегда помнить, что в своей деятельности мы не должны переходить сугубо профессиональных границ. Мы не имеем права навязывать веру и давать духовные советы.

Беседуя с пациентом, каждый из нас придерживается профессиональной линии: психолог говорит об особенностях личности человека, о том, каких именно качеств и навыков требует проблема, которую нужно решить. Психотерапевт помогает, если нужно, медикаментозно снять психосимптоматику – тревогу, неприятные ощущения и работает в направлении, заданном священником и психологом.

В своей практике мы стараемся не делать акцент на душевных расстройствах и симптомах, избегаем навешивания ярлыков. Мы обсуждаем способы, с помощью которых можно преодолеть болезненные симптомы и изменить ситуацию к лучшему. Необходимо помочь человеку осознать свои проблемы, активизировать мотивацию к изменению, развитию, самоусовер-

шенствованию. После выписки из отделения мы не оставляем пациента, а в дальнейшем с ним продолжает работать (по желанию самого человека) или психолог, или психотерапевт, иногда и тот, и другой специалист. Кроме того, если у человека есть желание или остаются какие-то нерешенные проблемы духовно-душевного характера, он приходит в Храм. На территории Храма священник, психолог и психотерапевт продолжают консультирование пациента. В этом консультационном центре принимает участие и врач-нарколог, так как нередко негативное соматическое состояние бывает связано с приёмом алкоголя пациентом или кем-нибудь из его родственников. Психоневрологический диспансер и 1-я городская больница окормляются священником. В стационарах диспансера имеются молитвенные комнаты, а в стационаре 1-ой городской больницы создан Святой угол. Больные могут познакомиться со Свято-Отеческой литературой, житиями Святых Отцов. В ящик, который там стоит, можно опустить записку с любыми вопросами, на которые отвечает священник во время своего посещения отделения.

Благодаря применению духовно-ориентированного полипрофессионального подхода удаётся снизить дозировку медикаментозных средств или вообще отказаться от них. Меняется также и мотивация наших пациентов, они становятся более заинтересованы в своём духовном росте и самоусовершенствовании.

## **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ**

*Терещенко И.В.*

**Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера,  
Пермь**

Субклинический гипотиреоз – это минимальная тиреоидная недостаточность, при которой возникает изолированное умеренное повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови при нормальном содержании свободного тироксина (св. Т4). Считается, что клиническая симптоматика при этом отсутствует или проявляются неспецифические симптомы [2,7,8]. Субклинический гипотиреоз впервые описан ещё в 1973 г., но до сих пор нет единого мнения, надо ли лечить таких больных. Не изучены психологические особенности пациентов с субклиническим гипотиреозом и не разработано психологическое сопровождение пациентов. Субклинический гипотиреоз встречается в популяции значительно чаще манифестного, особенно у пожилых женщин и выявляется только лабораторно. Однако, можно не сомневаться, что ЦНС чувствительна даже к скрытому дефициту тиреоидных гормонов, поэтому у больных неизбежно формирование гипотиреоидной энцефалопатии [2,5,9]. В 1973 г. А.И.

Белкиным [3] было установлено, что при гипотиреозе нарушаются все функции мозга: и интеллектуальная, и мнестическая деятельность, и эмоциональная сфера. Главное, на что обратил внимание А.И. Белкин, при успешном лечении гипотиреоза эти нарушения не удаётся устранить полностью; интеллектуальные расстройства при гипотиреозе необратимы. Цель настоящего исследования – проанализировать интеллектуальные и эмоциональные нарушения у больных с субклиническим гипотиреозом и представить психологическое сопровождение лечебного процесса таких больных.

#### Материалы и методы исследования

Субклинический гипотиреоз выявлен у 67 женщин в возрасте от 18 до 63 лет. Помимо общеклинического обследования проведено изучение психического статуса. Для изучения психического статуса были использованы следующие методики [1] (таблица 1):

Таблица 1

#### Методики изучения психического статуса

Методика	Оценка результата
Опросник ЕРІ (Методика Айзенка)	Индивидуально-психологические черты личности человека: нейротизм, экстраверсия, интроверсия; опросник включает 9 вопросов, предназначенных для оценки искренности испытуемого («шкала лжи»)
Шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера	Уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность – РТ); Уровень тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность – ЛТ)
Методика «Таблицы Шульте»	Определение устойчивости внимания и динамики работоспособности: вычисление эффективности работы – ЭР, степени вработываемости – ВР, психической устойчивости –ПУ
Счёт по Крепелину	Исследование устойчивости, истощаемости внимания, оперативной памяти
Рисуночный тест (метод пиктограммы)	Оценка интеллекта, краткосрочной памяти
Методики «Исключение лишнего», «Простые аналогии»	Изучение способности к обобщению и абстрагированию, умению выделять существенные признаки
Тесты на толкование пословиц, метафор, крылатых слов, синонимов, омонимов, операции анализа и синтеза	Исследование интеллекта и уровня мышления, способности к интегрированию и абстрагированию
Скрининг-тест В.Н.	Выявление субклинического варианта

Краснова	депрессивных, расстройств	тревожно-депрессивных
Шкала Гамильтона	Оценка депрессии	

Больным назначали заместительную терапию левотироксином (L-T4) или комбинированную терапию трийодтиронином (L-T3) в сочетании с L-T4 в адекватных дозах, т.е. добивались нормального уровня ТТГ в крови (оптимальные показатели ТТГ 1,0 – 2,0 мМЕ/мл). Оценивали влияние лечения на психический статус больных, проверяли комплаенс пациенток. Проводили анкетирование с целью выяснения их удовлетворённости лечением.

#### Результаты и их обсуждение

Особый интерес представляло изучение наличия депрессии, поскольку общепризнанно, что при дефиците тиреоидных гормонов в организме чаще всего страдает эмоциональная сфера [4,7,11] и, как правило, развивается тревожно-депрессивное состояние [10,13,14]. Тревога и депрессия тесно связаны друг с другом; точно определить ведущий синдром бывает сложно. В таблице 2 представлены результаты скрининг-теста В.Н. Краснова у наблюдаемых больных:

Таблица 2

Критерии депрессии по скрининг-тесту Краснова при субклиническом гипотиреозе

Критерий депрессии	Частота %%
Снижение настроения	75,7
Отсутствие интереса к привычной деятельности, которая обычно давала положительные эмоции	81,4
Повышенная утомляемость	48,6
Дополнительные диагностические критерии депрессивного эпизода: - Чувство беспокойства, напряжённости - Сниженная способность к сосредоточению - Сниженная способность к вниманию - Снижение самооценки - Неуверенность в себе	87,5

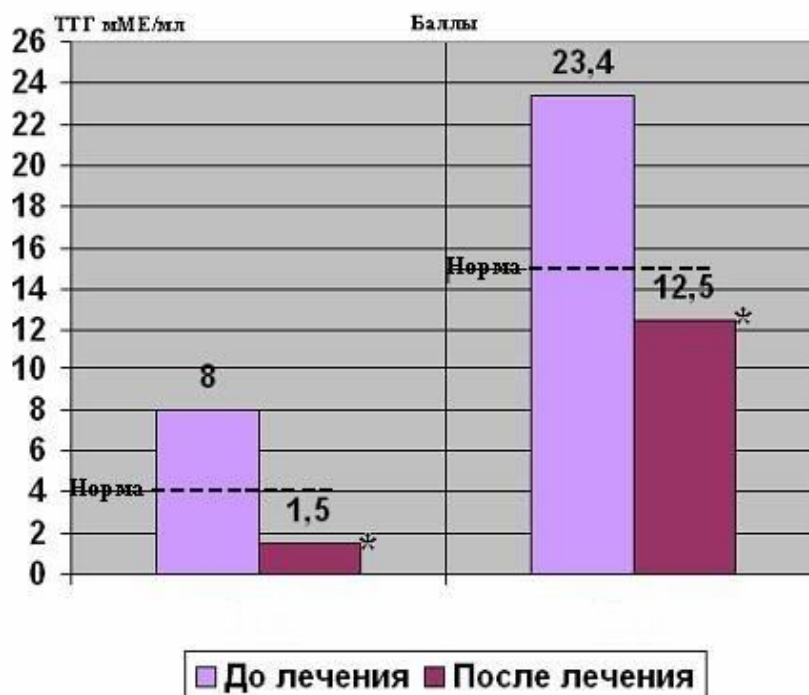
По вопроснику В.Н. Краснова у 87,5% больных субклиническим гипотиреозом получены утвердительные ответы на 4 и 5 вопросы одновременно (снижение интереса к привычным занятиям и отсутствие удовольствия от ранее приятного) или на 6 вопрос изолированно (чувство подавленности, угнетённости) и 7 (чувство беспокойства, напряжённости). Скрининг В.Н. Краснова позволил заподозрить наличие депрессии у 87,5% больных субклиническим гипотиреозом.

Тестом Гамильтона депрессия не подтверждена только у 17,3% больных субклиническим гипотиреозом, в 70,2% случаев баллы значительно

превышали норму и в среднем составили  $23,4 \pm 4,0$  при норме до 15 баллов. Это означает, что депрессия при субклиническом гипотиреозе средней тяжести, так как основные её проявления выражены умеренно. Возможно преобладание страха и тревоги, вялости и заторможенности, адинамии с апатией. Главное – наблюдалось снижение качества жизни у таких больных. В ряде случаев отмечено снижение социального и профессионального функционирования. При субклиническом гипотиреозе у отдельных больных наблюдали скрытые депрессии, которые проявлялись сомато-вегетативными расстройствами (цефалгиями, астенией, сенестопатиями, и.т.д.), нередко ипохондрические состояния. Ни в одном случае не зарегистрировано появление психотических проявлений и суицидальных мыслей. Депрессия у больных гипотиреозом не являлась ситуационно обусловленной, а имела органическую природу. Даже у социально благополучных пациенток нередко высказывания: «У меня в жизни всё благополучно, но ничего не радует». Не установлено зависимости депрессии от возраста больных ( $p + 0,1$ ), образовательного уровня, профессии. При проведении заместительной терапии L-T4 или комбинированной терапии L-T3 + LT4 при компенсации гипотиреоза достоверно снижалось и в среднем достигало нормы количество баллов депрессии по шкале Гамильтона (рис. 1).

Следует учитывать, что депрессия может усугублять имеющиеся когнитивные расстройства (или сама по себе быть их причиной), а коррекция эмоциональных расстройств оказывает благоприятное влияние на когнитивные способности. Тем не менее, заместительная терапия L-T4 полностью устраняла тревожно-депрессивные состояния только в 2/3 случаев, в то время как комбинированная терапия LT3+LT4 – у всех больных.

Диссомнический синдром наблюдался у подавляющего большинства наблюдаемых больных. Особенно часто они отмечали трудность пробуждения, отсутствие чувства бодрости после нормального по времени ночного сна, т.е. постсомнические нарушения. «Усилием воли заставляю себя подняться. Аппетит появляется лишь к обеду» - типичная жалоба таких больных. Эти расстройства сна не зависели от возраста больных. Пресомнические нарушения (трудности засыпания), как правило, отсутствовали у больных с субклиническим гипотиреозом. Поэтому, как выяснено из расспроса больных, они не прибегали к снотворным; абюзусной инсомнии, т.е. нарушения сна, вызванные постоянным применением снотворных препаратов (шифр по МКБ 10 – F13.2) не наблюдали ни в одном случае. Следует подчеркнуть, что на фоне заместительной терапии тиреоидными гормонами и при достижении эутиреоза у всех больных без исключения диссомнический синдром полностью устранялся (при условии, что не было социальных стрессовых ситуаций). Известно, что диссомния вызывает депрессию, а депрессия нарушает сон [6].



**n=67**

Рис. 1. Показатели депрессии (в баллах) до и после компенсации гипотиреоза у больных с субклиническим гипотиреозом.

В таблице 3 представлены результаты опроса по методике Айзенка до и на фоне заместительной терапии субклинического гипотиреоза:

Таблица 3

Распределение баллов и типов темперамента по тесту Айзенка у обследованных больных на фоне заместительного лечения

Показатель	Больные субклиническим Гипотиреозом (n=67)	
	До лечения	На фоне лечения
1. Шкалы (баллы):		
Экстраинтроверсии	10,31 ± 0,48	11,95 ± 0,44
Нейротизма	15,14 ± 0,43	14,40 ± 0,66
Лжи	2,72 ± 0,18	2,20 ± 0,18*
2. Типы темперамента (% %):		
Сангвиник	14,08 ± 4,13	27,50 ± 7,06
Холерик	30,99 ± 5,49	37,50 ± 7,65
Меланхолик	32,39 ± 5,55	25,00 ± 6,84
Флегматик	22,54 ± 4,96	10,00 ± 4,74

Примечание: \* p<0,05



На фоне лечения у больных стала превалировать склонность к экстраверсии ( $p < 0,01$ ). Выраженность нейротизма, т.е. эмоциональная нестабильность, плохая адаптация, склонность к быстрой смене настроения, рассеянность внимания, на фоне заместительной терапии тиреоидными гормонами осталась без изменений. Преобладание меланхоликов и холериков свидетельствовало о сохранении и при достижении эутиреоза эмоциональной нестабильности, нейротизма. Нейротизм выражался в чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности), чувстве виновности и беспокойства, озабоченности, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях. Достоверно меньше баллов по шкале лжи, больные отвечали на вопросы искренне, что свидетельствует о более серьезном отношении их к обследованию после компенсации гипотиреоза. Типы темперамента оказались без существенной динамики, хотя сангвиников среди больных с субклиническим гипотиреозом стало значительно больше.

Результаты обследования больных субклиническим гипотиреозом по методике «Таблицы Шульце» представлены в таблицах 4 и 5:

Таблица 4

Время, затраченное обследованными больными на работу с каждой таблицей до и на фоне лечения (в норме требуется  $\leq 30$  сек.):

№ таблицы	Больные субклиническим гипотиреозом, время (сек.)	
	До лечения (сек.)	Эутиреоз (сек.)
1	38,9 ± 1,19	40,37 ± 1,74
2	40,1 ± 1,06	40,95 ± 2,40
3	40,5 ± 1,14	43,42 ± 2,18
4	41,7 ± 1,06	44,70 ± 2,03
5	41,0 ± 1,04	40,57 ± 2,48

Таблица 5

Эффективность работы (ЭР), степень вработываемости (ВР), психическая устойчивость (ПУ) у больных субклиническим гипотиреозом до и при лечении тиреоидными гормонами

Показатель	Больные субклиническим гипотиреозом (n=67)	
	До лечения	Эутиреоз
ЭР (баллы)	2,4 ± 1,11	3,08 ± 0,14
ВР	0,94 ± 0,02	0,95 ± 0,02
ПУ	1,04 ± 0,02	1,04 ± 0,04

Для 80% больных до компенсации и для 60% больных на фоне компенсации гипотиреоза характерна неустойчивость и истощаемость внимания. Для больных до и после компенсации гипотиреоза требовалось

больше времени для работы с таблицами, чем это требуется в норме. Ошибки были у 10% больных до лечения и у 9% - на фоне лечения. У больных гипотиреозом при достижении эутиреоза ЭР повышалась недостоверно, работоспособность оставалась низкой ( $\approx 3$  балла). ВР имела значение  $<1$  до и при компенсации гипотиреоза, что указывает на быстрое включение больных гипотиреозом в работу. Однако в процессе работы больные быстро истощались, так как ПУ (выносливость) у них  $>1$  до и на фоне лечения.

По тесту Спилбергера уровень РТ оказался при субклиническом гипотиреозе  $46,7 \pm 1,0$  балла, ЛТ  $50,2 \pm 1,01$ . Известно, 20-30 баллов – степень тревожности низкая, 31-45 баллов – умеренная, 46-80 баллов – высокая. При достижении ятрогенного эутиреоза РТ достоверно снижалась ( $40,78 \pm 1,03$ ), а уровень ЛТ остался высоким ( $49,25 \pm 0,96$ ). Низкий уровень и РТ, и ЛТ был у единичных больных. В 48,6% случаев РТ и ЛТ оказались высокими и сохранялись таковыми на фоне лечения.

Методика «Счёт по Крепелину» позволяет проверить устойчивость, истощаемость внимания, оперативную память. Всем больным гипотиреозом предлагалась одна счётная операция: 100 – 13 и т.д. Счёт больные должны были производить в уме, а вслух говорить только результат. При оценке результатов учитывалось время, затраченное на всю операцию, и количество и качество (десятки или единицы) ошибок. Ошибки, допущенные в десятках, считаются более грубыми, чем в единицах. В целом больные с субклиническим гипотиреозом тратили много времени на счёт:  $34,31 \pm 2,93$  сек. при декомпенсации заболевания и  $30,7 \pm 2,22$  сек. при эутиреозе ( $p > 0,05$ )., при этом сосчитали с ошибками 72,3% больных до лечения и 72,8% - при компенсации гипотиреоза. До лечения много было допущено ошибок в десятках, на фоне лечения таких ошибок стало встречаться достоверно меньше, соответственно  $38,5 \pm 6,03\%$ ,  $17,1 \pm 4,5\%$  ( $p < 0,01$ ). Количество ошибок в единицах осталось прежним:  $20,0 \pm 4,96\%$  до и  $18,6\% \pm 4,65\%$  после лечения тиреоидными гормонами. Следовательно, у больных гипотиреозом на фоне заместительной терапии сохранялись неустойчивость, истощаемость и рассеянность внимания.

В таблице 6 отражены результаты проверки интеллекта наблюдаемых больных методом пиктограммы:

Таблица 6

Типы мышления у больных с субклиническим гипотиреозом до и на фоне заместительной терапии

Типы мышления	Больные субклиническим гипотиреозом (% больных; n=67)	
	До лечения	Эутиреоз
Конкретный	$79,1 \pm 4,96$	$30,0 \pm 7,24^{***}$
Сюжетный	$5,97 \pm 2,89$	$40,0 \pm 7,74^{***}$
Знаковый	$10,45 \pm 3,73$	$5,0 \pm 3,44$
Абстрактный	$2,99 \pm 2,08$	$20,0 \pm 6,32^{**}$
Метафорический	$1,49 \pm 1,48$	$5,0 \pm 3,44$

Примечание: \*\*  $p < 0,02$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  до и после лечения.

Таким образом, оценка интеллектуальной деятельности больных гипотиреозом методом пиктограмм в динамике показала явное улучшение мыслительного процесса после достижения эутиреоза: достоверно реже встретился конкретный, т.е. примитивный (оперирование непосредственно воспринимаемыми объектами и связями) тип мышления; существенно чаще - сюжетный. После компенсации гипотиреоза достоверно больше больных стали мыслить абстрактно. Ошибки в выполнении задания встретились у больных субклиническим гипотиреозом в  $94,0 \pm 2,90$  % случаев, на фоне лечения в той же частоте –  $97,1 \pm 2,0\%$ , и заключались в замене предложенных слов другими, в добавлении лишних слов, затруднении в их изображении или в воспроизведении. Смысл дополнительных слов, которые больные гипотиреозом называли вместо правильных, в основном был тот же самый, но слова, далёкие по смыслу от предложенных, называли более 25% больных как до, так и на фоне лечения. Большое количество лишних слов трактуется как расторможенность. Использование в ответах цифр или букв свидетельствовало о невнимательности или непонимании ими инструкции (8 случаев). Затруднение в изображении и воспроизведении последних слов из 10 (7, 8, 9, 10) указывало на ослабление внимания, на утомлённость к концу работы, на снижение памяти. При декомпенсации гипотиреоза у  $67,2 \pm 5,73\%$  отмечалась чрезмерная детализация пиктограмм, т.е. использование множества мелких деталей при рисовании. После достижения эутиреоза её достоверное снижение до  $38,5 \pm 5,81\%$  случаев ( $p < 0,01$ ) свидетельствовало об уменьшении у больных «вязкости», обстоятельности, инертности мышления, трудности переключения с одной задачи на другую. Эмоциональное отношение больных гипотиреозом к проведению тестирования, которое было выражено как в рисунке, так и в вербальных комментариях к нему, было положительным до лечения только у 19,5% больных, а после лечения – у 61,3%; отстранённо-нейтральным - соответственно у 77,5% и 37,1% соответственно; в единичных случаях – отношение отрицательное.

Аналогичные результаты показало обследование с помощью методики «Исключение лишнего» и «Простые аналогии», которые выявляют характер логических связей и отношений между понятиями. В норме при правильных ответах число баллов равно 30. Лишь двое больных гипотиреозом до лечения и трое – на фоне лечения выполнили задание правильно и набрали по 30 баллов. В среднем до компенсации гипотиреоза пациентки набрали  $16,76 \pm 0,7$  баллов, после лечения  $16,76 \pm 0,48$  баллов. Ошибки допущены в 96,7% случаев до лечения и в 95,7% случаев при эутиреозе. Например, больные правильно давали общее название, но не исключили лишний предмет; или давали близкое по смыслу правильному другое название всем остальным предметам; или заменяли нужное название другим, далёким по смыслу понятием и т.д. Если и верно больные гипотиреозом решали задание, многие из них не могли объяснить своё решение, подобрать название группе предметов, что

свидетельствовало об интеллектуальной недостаточности. Показателем конкретного мышления, неумения строить обобщения по существенным признакам являлось объяснение больными гипотиреозом причины объединения предметов в одну группу не по их родовым или категориальным признакам, а по ситуационным критериям, т.е. придумывали ситуацию, в которой участвуют все предметы. Важно подчеркнуть, что у наблюдаемых больных страдали самые тонкие функции мозга - способность к интегрированию и абстрагированию. В 96,7% случаев они не справились с тестами на толкование пословиц, метафор, крылатых слов, синонимов, омонимов, с операциями анализа и синтеза. На фоне лечения существенного улучшения не отмечено: ошибки были у 92,8% больных. Фразы истолковывали буквально, не находили переносный смысл или объяснили при помощи репродукции примеров из собственного опыта. Это свидетельствовало о преобладании у них конкретного, а не абстрактно-логического мышления. Заместительная терапия незначительно улучшала выполнение указанных заданий. С операцией синтеза также больные допускали ошибки или не смогли выполнить задание полностью, что указывало на затруднение у них словесно-логического обобщения, в том числе при достижении эутиреоза.

Таким образом, при субклиническом гипотиреозе возникают когнитивные расстройства, которые не вызывают дезадаптацию. Результаты наших исследований не подтвердили мнение других авторов [9, 12] о полной обратимости когнитивных нарушений при субклиническом гипотиреозе на фоне заместительной терапии тиреоидными гормонами и нормализации уровня ТТГ в крови. Действительно, на фоне лечения L-T4 и/или LT3 при достижении эутиреоза исчезают многие жалобы больных. Как ярко выразилась одна наша пациентка: «Как будто стягивающий платок с головы сняли, когда я стала лечиться от гипотиреоза». Исчезают головные боли, диссомнический синдром. Приходит к норме РТ, вработываемость (быстрое включение в работу), улучшается, но не нормализуется ЭР. У многих больных становится менее примитивным тип мышления. Уменьшается выраженность тревожно-депрессивного синдрома. Остальные нарушения стойкие: высокая ЛТ, истощаемость внимания, низкая интеллектуальная работоспособность. Но самое главное – при субклиническом гипотиреозе необратимо страдают самые сложные функции мозга - способность к обобщению и абстрагированию. Генез когнитивных нарушений – нейродистрофический процесс в ЦНС. В литературе в последние годы [15] тоже появились сообщения о том, что, несмотря на проведение адекватной терапии препаратами тиреоидных гормонов, у пациентов с компенсированным гипотиреозом определяется снижение уровня общего самочувствия и когнитивной функции. Нет сомнений, заместительная терапия при субклиническом гипотиреозе не только необходима, но должна начинаться как можно раньше. Это предотвратит необратимые изменения функций мозга. Не следует дожидаться его перехода в манифестную форму.

Психологическое сопровождение лечебного процесса больных с субклиническим гипотиреозом имеет следующие трудности:

1. У большинства больных снижена мотивация к лечению;
2. Во многих случаях подорвано доверие к врачам: как правило, неудачное лечение антидепрессантами подрывает веру в лечение;
3. Пациента пугает, что рекомендуемые ему препараты являются гормонами;
4. Улучшение от проводимого лечения больные ощущают не сразу, а только через несколько недель;
5. Психологически им сложно соглашаться, что заместительную терапию тиреоидными гормонами им придётся проводить пожизненно;
6. Нередко больные самовольно прекращают заместительную терапию, проверяют «что будет?»;
7. Им не понятна угроза невозвратной утраты без лечения гипотиреоза какой-то части интеллектуальных способностей;
8. Пациентов сложно убедить в необходимости систематического лабораторного контроля лечения (проверка уровня ТТГ).

На основании нашего опыта комплаентность тем хуже у больных гипотиреозом, чем выраженнее у них когнитивные расстройства и депрессия. Требуется полное взаимопонимание, доверительность врача и больного и информированность больного о заболевании и правильном лечении.

#### Литература.

1. Альманах психологических тестов.- М.: КСП, 1996.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Учеб. Пособие.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007.
3. Белкин А.И. Нервно-психические нарушения при заболеваниях щитовидной железы.- М., 1973.- С.101 – 117.
4. Голдырева Т.П., Терещенко И.В. Депрессивные расстройства и их динамика в процессе лечения эндемического зоба //Материалы Всерос. Науч.-практ. Конф. памяти профессора А.И. Белкина.- М.- 2004.- С. 132-134.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология: Учебник. – М.: Медицина, 2009.
6. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы (под ред. Проф. Левина Я.И.).-М.: ИД Медпрактика-М, 2005.- 116 с.
7. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз: Руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.- М.: РКИ Северо пресс, 2004.- 288 с.
8. Aronson R., Offman H.J., Joffe R.T., Naylor C.D. Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression //Arch. Gen. Psychiatry.- 1996.-Vol.53.- P.842-848.
9. Baldini I. M., Vita A., Mauri M.C., et al. Psychopathological and cognitive features in subclinical hypothyroidism //Probl. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.-1997.- Vol.21, № 6.- P.925-935.

10. Haggerty J., Stern R.A., Mason G.A., et al. Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? //Am. J. Psychiatry.-1993.-Vol.150, №3.-P.508-510.
11. Howland R.H. Thyroid dysfunction in refractory depression: implications for pathophysiology and treatment // J. Clin. Psychiatry.- 1993.-Vol.54, №2.-P.47-54.
12. Jenovsky J., Ruzicka E., Spackova N., et al. Changes of event related potential and cognitive processes in patients with subclinical hypothyroidism after thyroxine treatment //Endocr. Regul.-2002.- Vol.36.-P.115-122.
13. Joffe R. T., Levitt A.J. Major depression and subclinical (grade 2) hypothyroidism //Psychoneuroendocrinology .-1992.-Vol,17, №2-3.-P.215-221.
14. Kraus R.P., Phoenix E., Edmonds M.W. Exaggerated TSH responses to TRH in depressed patients with “normal” baseline TSH //J. Clin. Psychiatry.-1997.-Vol,58, № 6.- P. 266-270.
15. Wekking E.M., Appelhof B.C., Fliers E., et al. Cognitive functioning and well-being in euthyroid patients on thyroxine replacement therapy for primary hypothyroidism //Eur.J. Endocrinol. – 2005.-Vol.153.- P.747-753.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ВАЛЬГУСНЫМ ОТКЛОНЕНИЕМ ПЕРВЫХ ПАЛЬЦЕВ СТОП**

*Томилова О.В.*

**Самарский государственный медицинский университет, Самара**

Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения и ведущих специалистов в области ортопедии, одним из самых распространенных ортопедических заболеваний является вальгусное отклонение первых пальцев стоп (ВОППС). Наиболее часто данная патология встречается у женщин, пациенты мужского пола страдают реже.

Несмотря на стремительно возрастающую в последние годы интеграцию психологической науки и клинической практики, внимания изучению личностных особенностей пациентов с ВОППС и оказанию им квалифицированной психологической помощи уделяется не достаточно.

Вальгусное отклонение первых пальцев стоп существенно влияет на качество жизни человека. Постоянно присутствующие болевые ощущения, трудности, возникающие при подборе обуви, косметический дефект, приводят к негативным переживаниям, повышают общий уровень внутренней напряженности и неудовлетворенности собой. Сложившаяся ситуация предполагает развитие дисгармоничного душевного состояния, справиться с которым без квалифицированной помощи способны далеко не все пациенты.

На сегодняшний день остаются открытыми многие вопросы, касающиеся личностных особенностей пациентов ортопедического профиля, а сведения относительно способов коррекции социально-психологической

дезадаптации данного контингента пациентов немногочисленны и носят разрозненный характер.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение психологических характеристик пациентов с ВОППС и особенностей их социального взаимодействия.

Для реализации поставленной цели нами было проведено исследование психологического статуса 30 человек в возрасте от 23 до 57 лет, которым на базе Клиники травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии СамГМУ была проведена операция частичной резекции головки первой плюсневой кости.

Обследование проводилось с помощью специально подобранного психодиагностического комплекса: опросник ТООБЛ (личный опросник НИИ им.В.М.Бехтерева), 16-ти факторный личный опросник Р.Кеттелла, копинг-опросник Е.Найм.

При анализе полученных данных нами были выделены две группы больных по доминирующим личностным особенностям.

Пациентам первой группы свойственны такие личностные черты как спокойствие, уверенность в себе, высокий интеллект, эмоциональная зрелость, постоянство в своих планах и привязанностях, поиск симпатии и помощи со стороны окружающих, и вместе с тем высокая способность к эмпатии. Наличие данных личностных характеристик объясняет выбор стратегии «поиск социальной поддержки» как способ совладания со стрессом. Одобрение со стороны окружающих поступков и действий пациентов достигается за счет их организованности, высокий контроль поведения и ориентация на групповые нормы обеспечивают хорошую приспособляемость. Включение в межличностные взаимодействия и эмоциональная вовлеченность в ситуацию способствуют созданию благоприятного микроклимата в палате и позитивно влияют как на психологическое, так и на соматическое состояние. Такие личностные черты как смелость, решительность, напористость, агрессивность, провоцирующие порой конфликтные ситуации при отстаивании собственной точки зрения, враждебность и непреклонность обуславливают выбор преобладающей копинг-стратегии «решение проблемы». Подобный способ борьбы с различными неурядицами приводит к появлению и росту напряженности в межличностных взаимоотношениях, общему увеличению конфликтности и ухудшению самочувствия. Пациенты данной группы проявляют чрезмерное беспокойство в отношении возможного неблагоприятного впечатления, которое они, по их мнению, производят на окружающих вследствие своей болезни. Мнимая утрата эстетической привлекательности приводит к раздражительности, эмоциональной несдержанности.

Пациентов второй группы можно охарактеризовать как молчаливых, печальных, часто погруженных в мрачные раздумья, чрезмерно беспокоящихся о состоянии своего здоровья и постоянно ожидающих неудач. Они не уверены в себе, нередко говорят о собственной

неполноценности, внутреннем ощущении беспомощности и неспособности справиться с жизненными трудностями, в которых обвиняют себя. Этим объясняется тот факт, что для выхода из стрессовой ситуации они используют стратегию «самообвинение», и в некоторых случаях «позитивное избегание с помощью мышления». Пациентам данной группы свойственно перекладывать на окружающих ответственность за свои поступки. Они сосредоточены на своих субъективных ощущениях, выискивают несуществующие заболевания, стремятся рассказать соседям по палате о своих недомоганиях. Доминирующий эмоциональный фон – тревожно-депрессивный. Чрезмерное беспокойство о своем здоровье, многочисленные жалобы вызывают повышение уровня тревожности, что негативно сказывается на процессе лечения, удлиняет сроки пребывания в стационаре. В данном случае сомнение в правильности применяемых процедур и манипуляций, неуверенность в профессионализме лечащего коллектива сочетается с настойчивым желанием продолжать лечение.

Выявленные особенности психологического статуса пациентов с ВОППС следует учитывать при разработке и реализации дифференцированных программ психокоррекционной работы, которая должна быть направлена на формирование адаптивных копинг – стратегий, а также на коррекцию типа отношения к болезни, обучение способам вербального выражения эмоций для снижения уровня тревожности и повышение удовлетворенности своим внешним видом.

## **ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИИ НА ПСИХИЧЕСКУЮ ЖИЗНЬ ВРАЧА: ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ**

*Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Профессиональное становление врача принято рассматривать как многоступенчатый и многокомпонентный процесс, включающий формирование совокупности знаний, умений и навыков - с одной стороны, и профессионально значимых личностных психологических качеств - с другой. Первой из названных составляющих традиционно уделяется существенное внимание. Однако проблема психологического сопровождения личности врача на этапах его профессионального развития не является столь же разработанной.

Большинство упоминаний о личности врача встречается в медицинской литературе. Традиционный деонтологический подход признан хронологически первым и не утратившим значения до настоящего времени. Его можно обозначить как нормативно-регулирующий, поскольку он содержит основные требования к личности врача, выработанные обществом и сформулированные еще в известных заповедях Гиппократов. Однако ни в одном из предписаний к личности не содержится требования: "Будь здоров



сам!", хотя ни у кого не вызывает сомнения, что только при условии субъективного физического и психического благополучия врач способен эффективно решать задачи профессиональной деятельности, которая своим содержанием способствует формированию состояний дезадаптации, профессионального "выгорания". Поэтому в качестве эпиграфа выбрано высказывание Б.А. Ясько, занимающейся изучением личности врача в процессе профессионализации и психографической ее характеристикой, «Светя другим, прекрасен сам!» [8,9].

Наверное, перед каждым врачом когда либо возникали вопросы: «Влияет ли его профессия на внутреннюю жизнь? Возможны ли изменения личности под влиянием профессии? Каким образом личностные особенности человека влияют на характер осуществляемой им деятельности?». Поскольку большинство приходит к выводу, что влияние профессии неизбежно, необходимо знать его особенности.

Важно отметить, что данная проблема была обозначена ещё в начале XX века социологом П. Сорокиным и впоследствии изучалась многими авторами. Большое внимание вопросам изменения личности в процессе трудовой деятельности уделяли профессора Р. Конечный и М. Боухал. Они считали, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, «представители которых обладают трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью». Врач обладает таковой над больными [5].

Существует множество определений профессиональной деформации. Профессиональная деформация - это неосознанная привычка человека измерять явления окружающего мира в соответствии с профессиональными стандартами; заострение качеств профессионала и перенесение стереотипов поведения, общения, осложняющих взаимодействия человека с другими людьми и препятствующих его дальнейшему росту, во внепрофессиональную область. Это измененный, отклоняющийся от общепризнанных нравственных и профессиональных норм личностный путь развития (Р.М. Грановская, С.П. Безносков) [2,3].

По Р. Конечному и М. Боухалу, профессиональная деформация постепенно развивается из профессиональной адаптации, определенная степень которой характерна для любого врача и формируется уже в процессе его обучения. Так, сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, притупляется и развивается определенная степень эмоциональной сопротивляемости, при которой врач должен сохранять качества не только хорошего профессионала, но и человека, способного к эмпатии, уважению, соблюдению норм профессиональной этики [5].

Как утверждает А.К. Маркова (1996), профессиональная деформация начинается с негативных изменений в профессиональной деятельности и в поведении. Примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к носителю определенных симптомов, синдромов, не

подразумевающий целостного отношения к личности больного. Как правило, действие в узких границах нормы с целью постановки диагноза достаточно четко указывает на профессиональную деформацию. Кроме того, можно выделить следующие ее признаки: определенный профессиональный жаргон, выражающий отношения к пациенту как к носителю болезни, тождественному ей (примером может служить следующая фраза «Сейчас на отделении три почки, два желудка и один желчный пузырь»); раздражительность, грубость, демонстрация собственной значимости и занятости; «награждение» пациентов обидными прозвищами ("эти тупые призывники", "этот слабоумный старик"), формальное выполнение должностных обязанностей, навязчивая диагностика себя и окружающих ("навешивание ярлыков"), консультирование окружающих и перенос большей доли специфических профессиональных действий, стереотипов и установок на поведение вне работы [1,3,6].

Таким образом, проявлениями деформации могут служить стереотипы поведения (Р.М. Грановская, 1988), профессиональные привычки, стили общения (Л.Н. Корнеева, 1991), ярко выраженные акцентуации личности (В.Л. Васильев, 1976; А.В. Буданов, 1992), которые затрудняют успешное осуществление профессиональной деятельности. Профессиональная деформация вызывает нежелательное преобразование и собственно психических характеристик индивида (Д.П. Котов, Г.Г. Шиханцов, 1976). Необходимо отметить, что, речь идет о психических процессах, состояниях, свойствах, качествах, и структуре личности, включая ее сознательные и подсознательные компоненты (В.И. Белослудцев, И.И. Соколов, 1995; В.С. Медведев, 1996).

Факторами, способствующими профессиональной деформации, признаны особенности профессиональной деятельности и общения, длительный стресс, стаж работы, социально-экономические условия жизни, трудности в семье, вызванные профессиональной деятельностью (длительная подготовка к работе, дополнительные занятия во вне рабочее время); аддикция к работе (трудоголики); индивидуально-психологические особенности человека (например, невозможность расслабления, боязнь ошибок и неудач), возраст и др.

Профессиональную деформацию можно представить в виде модели, которая включает в себя как социально обусловленные причины ее развития, так и вызванные изменениями индивидуального сознания.

Как известно, работу врача регламентируют формы готового знания или инструкции - методы диагностики, классификации, лечения заболеваний и др. Если инструкция принимается как единственно верный способ осуществления профессиональной деятельности, врач приобретает функциональный подход к человеку, воспринимая пациента как совокупность отдельных симптомов, синдромов или объект манипуляций. При этом закономерно происходит изменение сознания врача, оказывающее влияние на его психическую жизнь, - возникает иллюзия простоты, когда

всегда знаешь, "как надо", "что должно быть" и "что с этим делать" [5]. Если в подобной ситуации сохраняется способность к эмоциональным переживаниям, пересмотру сложившихся стереотипов, рефлексивному взгляду на содержание своей психической реальности, можно говорить о возможности осознания факта профессиональной деформации. Если рефлексия отсутствует, врач отказывается от переживаний, поскольку они требуют усилий – профессиональная деформация не осознается.

Проблема профессиональной деформации шире понятия эмоционального выгорания, являющегося ее частным случаем, поскольку охватывает все вопросы изменения личности как в процессе обучения, получения профессии, так и дальнейшей профессиональной деятельности; рассматривает факторы, причины, последствия профессиональной деформации, как для врача, так и для пациента.

Так последствиями профессиональной деформации могут быть нарушение целостности личности, снижение ее адаптивности и устойчивости, снижение продуктивности работы, ятрогенное поражение пациентов. С другой стороны, изменения индивидуальной деятельности как результат освоения средств и собственно объекта труда связаны с формированием профессиональной компетентности и качеств, обуславливающих успешность деятельности, т. е. с профессиональным развитием. Таким образом, мы рассматриваем единый процесс развития личности [2].

Существует большое количество концепций профессионального развития, выделяющих стадии процесса становления профессионала, анализирующих специфику отдельных его этапов (например, выбор профессии), изучающих специфические особенности формирования различных компонентов психологической структуры деятельности [6,4]. Однако, несмотря на все многообразие концепций, большинство из них рассматривают профессиональное развитие как процесс прохождения человеком в профессии определенных этапов, на каждом из которых происходит становление некоторых психических новообразований, обеспечивающих успешное выполнение трудовых функций и подготавливающих субъекта к переходу на более «высокую» стадию развития [6].

Таким образом, проблема профессиональной деформации – это лишь часть проблемы изучения психологической специфики профессиональной деятельности и формирования концепции последовательного, психологического сопровождения развития личности врача. Проблему профессионального развития можно рассматривать как одну из центральных и наиболее актуальных проблем современной психологии труда.

Необходимо понять, что профессиональная деформация не наступает внезапно, поэтому профилактика ее может заключаться в понимании особенностей профессии, которую выбираешь (ее влияния на физическое и психологическое состояние), в знании своих сильных и слабых сторон,

индивидуально-психологических качеств, в умении распределять нагрузки, отдыхать и переключаться с одного вида деятельности на другой; во внимательном отношении к моментам включения «профессионала», возникновению стереотипов мышления, устойчивых моделей поведения, речевых штампов и т.д. Особенно надо насторожиться, когда «специалист» начинает работать бессознательно и врач переносит наработанные профессиональные приемы практически на все жизненные ситуации, считая такую реакцию вполне нормальной.

В качестве коррекции профессиональной деформации предложены следующие мероприятия: разработка коррекционных и тренинговых программ, деловых игр с возможностью последующего использования полученных навыков в реальной ситуации; обучение эффективным стилям коммуникаций, способам самооценки, саморегуляции и разрешения конфликтных ситуаций; развитие эмоциональной устойчивости, стрессоустойчивости; мотивация саморазвития, личностного и профессионального роста, «горизонтальная карьера» и др.

Так, первые тренинговые семинары для врачей общего профиля были организованы в 50-х годах в Лондоне на базе знаменитой Тавистокской клиники Михаэлем Балинтом, ближайшим соратником Фрейда. В своей знаменитой, ставшей классической, работе «Доктор, его пациент и болезнь», Балинт изложил основы проведения подобного рода семинаров. Программа групповых занятий для практикующих врачей была нацелена на улучшение их профессиональных качеств путем привлечения внимания к психологическим аспектам работы с больным, к отношениям в диаде «врач-больной». Представляемый кем-либо из участников семинара «случай, вызвавший затруднения», служил объектом всестороннего, не ограниченного только лишь соматической стороной, рассмотрения. Занятия в «балинговской группе» позволяли обеспечить определенный сдвиг в самосознании врача, достичь «ограниченных, хотя и значительных изменений не только в профессиональной жизни», творчески использовать заложенный в отношениях «врач-больной» терапевтический потенциал в каждодневной клинической практике. Начавшись с семинаров для врачей общего профиля, «балинговские группы» вскоре распространились и на другие категории медицинских работников, охватив медицинских сестер, студентов-медиков, врачей-специалистов [7].

Таким образом, профессиональная деятельность, выступая как фактор деформации, предъявляет объективные требования к личности врача. Существование проблемы профессиональной деформации, различие профессиональных задач и психологических требований к врачам различных специальностей, по нашему мнению, определяет необходимость их учета в процессе профессиональной ориентации, осмысленного выбора специализации во время учебы и на этапе последипломного образования, психологическом сопровождении врача в процессе лечебной деятельности.

Выше сказанное отвечает задаче повышения качества профессиональной подготовки специалиста и медицинских услуг наравне с сохранением собственного психического и физического здоровья врача, достижения им профессионального и личностного успеха.

Литература.

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.. «Психология в медицине», «Кафедра-М», 1998.
2. Безносов С.П., Профессиональная деформация личности, СПб., «Речь», 2004 г., с. 206-210.
3. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. – СПб. - 1997.
4. Зеер Э.Ф. Психология профессионального образования. М.-Воронеж, 2003.
5. Конечный Р., Боухал М. « Психология в медицине», 1983 г.
6. Подвойский В.П. Сборник научных трудов "Профессиональная деформация и проблемы профессионализма», 2001, №2.
7. Семенова Н.Д. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами /Н.Д.Семёнова //Интернет: <http://www.doctor.ru/onkos/together/conf>
8. Ясько Б.А. Врач: психология личности Краснодар, КГУ, 2000 г.
9. Ясько Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации.- М, 2004.

## **УЧЁТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОМ АППАРАТЕ**

*Файтельсон А.В., Тихоненков С.Н., Файтельсон В.А.*

**Курский государственный медицинский институт, Курск**

Травматология-ортопедия – возможно старейшая область медицины. Во всяком случае, свидетельства о способах лечения патологии опорно-двигательного аппарата подтверждаются археологическими раскопками, трудами великого учёного античности Гиппократ «о переломах», «о суставах» и другими трактатами врачей древности. От так называемых «костоправов и цирюльников», занимавшихся различными деформациями человеческого скелета травматической и врожденной этиологии, травматология-ортопедия сегодня подошла к конструкциям современных биопротезов, функционально полностью заменяющими утраченные органы.

Начало XXI века характеризуется расставанием со многими установками прошлого, казавшимися незыблемыми, и, в первую очередь, с меняющейся концепцией здравоохранения. Основная парадигма: врач – больной, потребовала обязательного учёта социокультурных проблем общества, новых подходов к gender differences (гендерным различиям),

которые внесли существенные коррективы в практику взаимоотношений врача и больного.

Исследования последних десятилетий, проведенные учёными и практиками на стыке медицины и психологии, социологии, отчётливо показали необходимость учёта моделей поведения гендерных стереотипов при возникающих жизненных ситуациях. Экзистенциальный конфликт, инициированный внешними обстоятельствами, что наиболее характерно для необходимости оперативного вмешательства на опорно-двигательном аппарате человека, не может быть благополучно разрешён без квалифицированной и компетентной психологической помощи с учётом гендерной проблематики.

Так как данное направление является сравнительно новым, а его понятийный, категориальный аппарат не сложился в общепризнанную систему, методические аспекты применения гендерных знаний в медицинской практике требуют дальнейшего развития.

Остановимся на некоторых сугубо прагматических моментах подготовки больных к операциям на опорно-двигательном аппарате. Оставляя в стороне многочисленную вариативность собственно процедуры оперативного процесса, отметим, что психологические взаимоотношения с больными, которые, как правило, редко не имеют серьёзной патологии, во многом определяют успешность объективно непростых межличностных отношений между медицинским персоналом и больными. Эти тонкие, иногда более или менее прочные нити либо обеспечивают атмосферу психологического комфорта и помогают налаживанию необходимых взаимоотношений, либо, увы, разрушают их при неумелом подходе со стороны врача.

Гендерные характеристики каждого индивида чаще всего отражаются как представителя конкретного пола. Вместе с тем, многочисленные исследования (Р.Мэй, М.Хорнер, Г.В.Турецкая, И.С.Клецина и другие) показали, что врачу-практику необходимо принимать во внимание как возрастные периоды, в которых они детерминируются гендерно-схематизированной переработкой информации, так и осуществлять учёт сформированной маскулинности или феминности в моделях поведения конкретного индивида. Врач стационара обязательно должен учитывать своеобразие психологии больного на всех этапах лечения.

Новая обстановка, неизбежная ломка динамического стереотипа, картины чужих переживаний – всё это накладывает определённый отпечаток на психику большинства больных. Умение лечащего врача правильно оценить и учесть в равной степени и возраст, и свойства личности, и уровень интеллектуального развития человека, и тяжесть страданий больного, определяет успешный переход к так называемому «охранительному режиму». Необходимо учитывать важнейшие факторы, каковыми для больного являются психопрофилактические и психотерапевтические аспекты личных контактов, особенно при обязательных обходах.

Гендерные различия индивидуумов должны отражаться как на манере обращения врача с больным, тактике беседы, обычно серьезной и деловой, так и на степени внимания к особенностям психопатичности личности. Например, при массивной ипохондрической симптоматике и др. целесообразно обдумывать и добиваться индивидуализации деталей знания переживаний больного, демонстрации элементов чуткости и внимания, благотворно воздействующих на психологию человека. Не следует жалеть времени на психотерапевтическую профилактику: и послеоперационное течение будет более благоприятным, и вероятность осложнений со стороны психики сведётся к минимуму.

Оговоримся, что диапазон гендерных исследований весьма разнообразен и, применительно к операциям на опорно-двигательном аппарате, пока является мало разработанным направлением и требует дальнейшего изучения. Практика показывает, что здесь имеет место сложное переплетение проблем, связанных как с биологическими и физиологическими различиями полов, так и с методологией выбора и применения положений гендерной проблематики. Основные концептуальные вопросы требуют дальнейшей проработки, а практическое использование – накопления статистических материалов и их анализ.

На основании отмеченного выше, можно обозначить следующие аспекты, требующие пристального внимания учёных и практикующих специалистов.

1. Гендерный подход в здравоохранении вообще, а в его практикоориентированных направлениях, в частности, – непереносимое условие совершенствования решений всего многообразия проблем здоровья нации.

2. Необходима чёткая разработка гендерных стандартов, которые следовало бы учитывать при принятии решений на разных уровнях.

3. Следует организовать систематическое накопление, осмысление и обмен опытом, приобретённого по использованию гендерной теории при анализе проблем здоровья.

Литература.

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. - М., 2000.

2. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. – «Медицина» М., 1967.

3. Григорьева И.С., Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении. - М., 2001.

4. Клецина И.С. Гендерные знания и их роль в работе будущих практических психологов. - Спб., 2000.

5. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. - М., 1994.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются актуальной проблемой детской гастроэнтерологии. В настоящее время распространенность хронических гастритов (ХГ) и гастродуоденитов (ХГД) колеблется в пределах 300-400 случаев на 1000 детей. Этой патологии подвержены все возрастные группы, однако наиболее часто ею страдают дети в возрасте 10-15 лет. Язвенная болезнь (ЯБ) в России диагностируется у 8-12% детей с гастродуоденальной патологией. Большинство специалистов сходятся во мнении, что ЯБ двенадцатиперстной кишки диагностируется у 81% детей, ЯБ желудка — у 13% детей, а смешанная локализация — у 6% детей. Высокая заболеваемость ЯБ двенадцатиперстной кишки, нередко тяжелое ее течение с развитием различных осложнений, а также довольно часто встречающиеся неудовлетворительные результаты лечения заставляют вновь и вновь возвращаться к изучению данной патологии.

Функциональные расстройства пищеварительного тракта (ФРП) представляют все больший интерес. Это связано с ежегодным ростом обращений к врачам поликлиники и значительным снижением качества жизни таких пациентов. В России функциональная диспепсия встречается у 30-40% всего населения. Синдром раздраженного кишечника — одно из очень частых заболеваний в гастроэнтерологической практике: 40-70% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, имеют СРК.

В начале 70-х годов научные исследования и клиническая практика резко повысили интерес к психосоматической медицине. На смену преобладающей биомедицинской модели, в рамках которой не было места социальному и психологическому, приходит биопсихосоциальная модель. В мае 1974 года 27-я Всемирная ассамблея здоровья одобрила холистический и экологический подход к медицинским исследованиям, практике и обучению. Участники ассамблеи призвали поддержать исследования роли психосоциальных факторов в норме и патологии, так как они крайне важны для профилактики и лечения всех заболеваний.

О возможности возникновения заболеваний ЖКТ под влиянием психологических факторов говорили многие авторы (Ф. Александер, Ф. Данбар, Б. Любан-Плоцца, К.М. Быков, И.Т. Курцин, В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад и другие). Но до настоящего времени в этиологии и патогенезе заболеваний ЖКТ роль социально-психологического фактора остается недостаточно изученной, довольно часто встречаются неудовлетворительные результаты лечения, растет частота обострений.

Традиционно в г. Курске проводятся межкафедральные исследования в сотрудничестве психологов образования, клинических психологов, врачей-педиатров по проблеме влияния характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребенка на возникновение и течение различных заболеваний у детей (Чернышев А.С., Сурьянинова Т.И.,



1990; Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С., 2009; Фетисова А.С., 2009; Фетисова А.С., Третьякова Е.Н., 2009). Нами проводились исследования в нескольких направлениях. Всего было обследовано 206 детей.

В ходе первого исследования нами было обследовано сто детей младшего школьного возраста. С помощью методики С.Г. Якобсон «лесенка» самооценки и методики исследования самооценки Дембо-Рубенштейн (члены семьи оценивали себя и друг друга) были выявлены семьи со структурированной системой семейных оценочных отношений и неструктурированной системой семейных оценочных отношений. В результате анализа полученных данных была выявлена положительная корреляция (по критерию Спирмена) между наличием четкой иерархии в семейных оценочных отношениях и адекватностью самооценки ребенка статистически высоко значимая ( $p \leq 0,01$ ). Была установлена и отрицательная корреляция (по критерию Спирмена) между отсутствием четкой иерархии в семейных оценочных отношениях и адекватностью самооценки ребенка статистически высоко значимая ( $p \leq 0,01$ ) (Фетисова А.С., Хмелевская И.Г., Сурьянинова Т.И., Чернышев А.С., 2010).

Самооценка является одной из интегративных характеристик отношения человека к самому себе. Для ребенка младшего школьного возраста самооценка становится одним из оснований формирования системы саморегуляции. Характер самооценки, в частности ее адекватность – важное условие для развития внутренней стабильности и устойчивости инстанции Я ребенка. Для данного возраста именно характер самооценки может стать отправным пунктом для формирования тревожности, агрессивности, депрессивности и других индивидуально-личностных особенностей ребенка.

Также нами были выделены две группы детей 8-12 лет: больные хроническими гастритами и гастродуоденитами (33 ребенка) и здоровые (33 ребенка). С помощью теста, определяющего степень надежности привязанности ребенка к матери по шкале К. Кернс и теста, направленного на диагностику личностной тревожности у детей (СМАС) были выявлены подгруппы детей в группах здоровых и больных с высокой, средней и низкой тревожностью, а также с высокой, средней и низкой степенью надежности привязанности ребенка к матери. В результате анализа полученных данных оказалось, что в группе больных детей дети с высокой тревожностью встречаются чаще, а дети с низкой тревожностью встречаются реже, чем в группе здоровых детей. Различия достигают уровня статистической значимости по критерию  $\chi^2$ -square (высокой ( $p=0,0002$ ), низкой ( $p=0,0000$ )). Также оказалось, что в группе больных детей число детей со средней и низкой степенью надежной привязанности ребенка к матери преобладает среди детей с высокой тревожностью. Различия достигают уровня статистической значимости по критерию Mann-Whitney U Test ( $p \leq 0,05$ ).

Были выделены две группы детей: дети 8-12 лет, больные функциональной диспепсией (20 детей) и здоровые дети 8-12 лет (20 детей). По опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 для

детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше (критерий Mann-Whitney U Test ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе здоровых детей. По шкале явной тревожности для детей (CMAS) получены статистически значимые различия в этих группах по уровню личностной тревожности (критерий Mann-Whitney U Test ( $p \leq 0,05$ ): в первой группе больше детей с несколько повышенным и явно повышенным уровнями тревожности, чем во второй. По шкале Цунга у всех детей двух групп наблюдалось нормальное состояние, но в группе здоровых детей средние показатели депрессии ниже, чем в группе детей, больных функциональной диспепсией (критерий Mann-Whitney U Test ( $p \leq 0,05$ ).

Эти результаты позволяют сделать следующие выводы:

- Такие параметры, как характер семейных отношений, в частности их иерархичность, структурированность, а также степень надежности привязанности ребенка к матери, адекватность самооценки ребенка младшего школьного возраста и уровень его тревожности имеют взаимное влияние друг на друга.

- Высокий уровень тревожности и недостаточная степень надежности привязанности ребенка к матери являются факторами, провоцирующими заболевание хроническими гастритами и гастродуоденитами у детей 8-12 лет.

- Для детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше, чем в группе здоровых детей 8-12 лет, что может свидетельствовать о зависимости между характером семейных отношений и функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

- В группе здоровых школьников 8-12 лет средний уровень депрессии ниже, чем в группе детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, однако в обоих случаях он не превышал норму. Разница уровней депрессии в этих группах является статистически достоверной, что может свидетельствовать о зависимости между депрессией и функциональной диспепсией.

- В группе детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, больше респондентов имели повышенный уровень тревожности, чем в группе здоровых детей, что свидетельствует о том, что уровень тревожности влияет на возникновение функциональной диспепсии.

Т.о., эмпирические результаты, полученные в ходе исследования показывают, что необходимо грамотное психологическое сопровождение, которое в данном случае позволяет эффективно снимать многие психопатологические симптомы. Психологическое сопровождение ребенка необходимо для того, чтобы он легче адаптировался к условиям стационара. Адаптация является одной из важных психолого-педагогических проблем, поскольку ребенок при госпитализации попадает в новые, психологически

более трудные для него условия, чем дома. Он лишается привычного стиля общения. Подчас ситуация так обостряется, что ребенок начинает негативно относиться к больнице в целом, у него складывается устойчивое недоверчивое отношение к медицинскому персоналу. Помочь ребенку в общении с другими, научить его адекватно воспринимать новую окружающую обстановку должны, прежде всего, клинические психологи, педагогические психологи в сотрудничестве с врачом и средним медицинским персоналом. Оказание целенаправленной квалифицированной помощи детям по снятию тревожности, внутренней агрессивности, коррекции я-концепции ребенка и характера его нарушенных отношений в семье, со сверстниками и взрослыми, мы и включаем в понятие психологического сопровождения.

Программа психологического сопровождения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта представляет собой комплекс специальных психологических занятий и упражнений, направленных на коррекцию уровней тревожности, агрессивности, семейных отношений, повышение познавательного интереса, формирование произвольных форм поведения, развитие психологических основ учебной деятельности. Важное место в лечении детей отводится индивидуальной рациональной и семейной психотерапии, направленной на формирование у пациента здорового образа жизни, коррекцию семейных отношений. Важно, чтобы ребенок и его родители доверяли врачу. И эта сторона отношений врач – пациент, ребенок в системе семейных и учебных отношений требует психологической поддержки со стороны профессионального психолога. Усилия психолога, врача, среднего медицинского персонала, находящихся в контакте с больным ребенком необходимо строить на отношениях сотрудничества и единой концепции оказания медико-психологической помощи ребенку. Поддерживающая деятельность психолога и медицинские вмешательства со стороны врача должны быть согласованы с индивидуально-личностными особенностями ребенка и течением болезни.

На сегодняшний день с целью коррекции состояния нервной системы и психической сферы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей педиатрами и детскими гастроэнтерологами предпочтение отдается немедикаментозным методам:

- Терапию следует начинать с нормализации режима дня, упорядочив при этом физические и умственные нагрузки ребенка.
- Надо устранить гиподинамию, необходимо чтобы ребенок гулял на свежем воздухе не менее 2-3 ч в день.
- Очень важно, чтобы ночной сон был не менее 8-10 ч.
- Необходимо ограничить просмотр телевизионных передач до 1ч в день.
- Занятия компьютером должны быть дозированы с учетом состояния и возраста ребенка.

- Физические упражнения при ЯБ. ЛФК назначают только в период клинической ремиссии, когда нет выраженной боли, постоянной тошноты, рвоты, кровотечения. Лечебная гимнастика показана по стихании острых болей спустя 2-5 дней после их прекращения. В этот период в положении лежа применяют простые упражнения для рук и ног в чередовании с дыхательными статическими и динамическими. При наличии ниши и скрытой крови в кале лечебную гимнастику назначать можно, но не применять упражнений для брюшного пресса и повышающих внутрибрюшное давление. По мере полного исчезновения болей постепенно, осторожно увеличивают нагрузку. ИП - лежа, сидя и затем стоя, продолжительность процедуры - 15-20 мин. В санаториях при хроническом течении заболевания применяют упражнения с большей нагрузкой, специальные для брюшного пресса, смешанные висы и ходьбу - простую и сложную. Продолжительность процедуры - до 30 мин. В период полной клинической ремиссии показаны также волейбол, баскетбол, футбол, гребля, лыжи, коньки, плавание, настольный теннис, бадминтон, борьба.

- Физические упражнения при хроническом гастрите. В период обострения выражены боли, тошнота, рвота. После стихания этих явлений можно назначать лечебную гимнастику, но исключить упражнения для брюшного пресса. Применять упражнения общеукрепляющие для рук, ног в сочетании с дыхательными. В период ремиссии особенности ЛФК зависят от характера секреции. При пониженной секреции нагрузка должна быть умеренной. Применяют общеукрепляющие и специальные упражнения для мышц брюшного пресса и брюшное дыхание в ИП стоя, сидя, лежа; назначают усложненную ходьбу. Продолжительность процедур - 20-30 мин. У больных с нормальной и повышенной секрецией общая физическая нагрузка должна быть большей и даже субмаксимальной, однако следует ограничить и уменьшить упражнения для брюшного пресса. Лечебную физкультуру проводят после приема минеральной воды, до приема пищи. В санаториях рекомендуют прогулки, терренкур, плавание, греблю, коньки, лыжи, подвижные и спортивные игры.

- При ваготонии, особенно сочетающейся со снижением АД, назначается общий массаж, а также массаж икроножных мышц, кистей рук и шейно-воротниковой зоны.

- При преобладании симпатического тонуса – массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области.

- При ХГ показан массаж живота, используют все приемы; при спастическом состоянии кишечника исключают приемы разминания.

- Возможно использование гальванизации по рефлекторно-сегментарной методике, парафин, озокерит на шейно-затылочную область.

- Медикаментозное лечение желательно начинать с фитотерапии. Детям с повышенной возбудимостью, тревожностью рекомендуется назначать фитосборы, обладающие седативным действием: шалфей, боярышник, валериана, пустырник, зверобой. Курсы лечения обычно

проводятся длительно, в течение 3-12 месяцев. ЛС необходимо чередовать каждые 2-4 недели (с 2-х недельным перерывом между курсами).

- Только при недостаточном эффекте фитотерапии под наблюдением невролога, психотерапевта к лечению можно добавить медикаментозную терапию (транквилизаторы, нейролептики, нейрометаболические стимуляторы и т.д.).

На фоне этих мероприятий в соответствии с результатами наших исследований особое внимание следует уделять семейной психотерапии, направленной на коррекцию нарушенных семейных отношений, имаготерапию, направленную на коррекцию тревожных состояний, рациональную терапию, направленную на коррекцию я-концепции ребенка и его ближайшего окружения. Эту часть работы в сотрудничестве с лечащим врачом выполняют клинические психологи.

Из нашего опыта лечения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта дают хорошие результаты в плане нормализации симптоматики и жалоб выполнение даже таких простых рекомендаций, данных врачом родителям как:

- Старайтесь избегать семейных ссор и конфликтов в присутствии ребенка.

- Старайтесь проводить с детьми совместные мероприятия.

- Учитывайте возможности детей, не требуйте от них того, что они не могут выполнить. Если ребенку с трудом дается какой-либо учебный предмет, лучше лишний раз помогите ему и окажите поддержку, а при достижении даже малейших успехов не забудьте похвалить.

- Доверяйте ребенку, будьте с ним честными и принимайте таким, какой он есть.

- Если по каким-либо объективным причинам ребенку трудно учиться, выберите для него кружок по душе, чтобы занятия в нем приносили ему радость и он не чувствовал себя ущемленным.

Профилактическая работа с родителями в сотрудничестве клинического психолога, педагогического психолога и врача может способствовать скорейшему выздоровлению ребенка, сокращению количества обострений заболеваний желудочно-кишечного тракта, увеличению продолжительности ремиссии.

Литература.

1. Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. Взаимообусловленность здоровья, уровня тревожности, характера семейных отношений и самооценки детей младшего школьного возраста. Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ, сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН и отделения РАЕН. В 3-х томах. Том III. Раздел: Клинико-психологические и социальные аспекты здоровья. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 392 с., С. 200.

2. Фетисова А.С. Тревожность как один из факторов, влияющих на возникновение и течение хронических гастритов и гастродуоденитов у детей 8-12 лет. Университетская наука: Теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ, сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН и отделения РАЕН. В 3-х томах. Том II. Раздел: Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 360 с., С. 197.

3. Фетисова А.С., Третьякова Е.Н. Личностная тревожность и детско-родительские отношения как факторы, влияющие на возникновение и течение хронических гастритов и гастродуоденитов у детей 8-12 лет. Материалы 74-й межвузовской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых: молодежная наука и современность, посвященная Году молодежи в России. 21-22 апреля 2009 года. В 3-х частях. Часть II. Раздел: Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ, 2009. - 284 с., С. 35.

4. Фетисова А.С., Хмелевская И.Г., Сурьянинова Т.И., Чернышев А.С. Влияние характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребенка на возникновение различных заболеваний у детей. Психология образования: психологическое обеспечение «Новой школы». Материалы V всероссийской научно-практической конференции. – М.: Общероссийская общественная организация «федерация психологов образования России», 2010. – 478 с. - С. 422-423.

5. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: уроки психологии в начальной школе(1-4). –М.: Генезис, 2004.- 303 с.

6. Чернышев А.С., Сурьянинова Т.И. Генезис группового субъекта деятельности. 2. стр.7 – 15.// Психологический журнал. 1990. Т.11.№2. стр.7 – 15.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК ФАКТОР, СДЕРЖИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Филатова Т.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Психоактивное вещество (ПАВ) – это химическое вещество, вызывающее при однократном приеме эйфорию либо другие желательные с точки зрения потребителя психотропные эффекты (стимулирующий, седативный или галлюциногенный), систематическое употребление которого ведет к формированию психической и физической зависимости, наносит вред здоровью и имеет социальные последствия.

Группа риска формирования зависимости от ПАВ – группа несовершеннолетних, выделенная на основании определенного набора

медико-социальных, психологических, соматических и психических признаков, обнаруживающая склонность к употреблению ПАВ.

Выделение групп риска осуществляется с учетом действующих в той или иной мере «факторов риска».

Факторы риска – это обстоятельства, увеличивающие шансы индивида стать потребителем ПАВ.

На основе проведенного нами комплексного клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и катamnестического исследования 120 больных алкоголизмом и 90 учащихся общеобразовательных учреждений были выделены три группы факторов риска, способствующие приобщению к ПАВ, наиболее распространенные в современной подростковой среде. К ним отнесены:

- клинико-биологические факторы риска (наследственная отягощенность зависимостью от ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, перенесенные черепно-мозговые травмы, соматическая и психическая патология);

- социально-психологические факторы риска (дефекты семейного воспитания – гипо- и гиперопека; нарушение состава родительской семьи – неполные и «деформированные» семьи; влияние асоциальной микросреды – наличие в ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАВ, склонных к делинквентному и криминальному поведению);

- индивидуально-психологические факторы риска (склонность к девиантному – аддиктивному и делинквентному – поведению, акцентуации характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов, повышенная личностная тревожность, пониженные стрессоустойчивость и способность к социальной адаптации).

На основании выделенных групп факторов риска нами была разработана дифференцированная психокоррекционная программа, направленная на профилактику зависимости от психоактивных веществ.

В структуре факторов риска у подростков большой удельный вес занимают клинико-биологические факторы. Это обстоятельство обуславливает необходимость их коррекции в первоочередном порядке. Наличие в анамнезе у подростков перинатальной патологии и черепно-мозговых травм достаточно часто приводит к развитию церебральной резидуально-органической недостаточности. Последняя является наиболее распространенной патологией среди непсихотических психических расстройств у подростков. Она играет важную роль в механизме формирования зависимости от ПАВ. Таким подросткам рекомендуются курсы противоорганической терапии. Их длительность определяется скоростью наступления терапевтического эффекта и его стойкостью (продолжительность до 2-х месяцев, частота 2–3 раза в год). Основой противоорганической терапии являются ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы), стимулирующие интегративную деятельность головного мозга, активирующие мнестические

и мыслительные процессы, повышающие устойчивость ЦНС к психическим нагрузкам. При применении ноотропных препаратов необходимо ориентироваться на особенности клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности. В результате обследования учащихся общеобразовательных учреждений подросткового возраста нами выделены следующие клинические разновидности данной патологии:

1. Когнитивные нарушения – снижение памяти (процессов запоминания и сохранения информации), сложности концентрации внимания, расстройства скорости и продуктивности мыслительных операций;

2. Гипердинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гипердинамический синдром) – снижение психической работоспособности, повышенная утомляемость, гиперестезии, вегетативная симптоматика, сочетающаяся с расторможенностью, недостаточностью активного внимания, повышенной аффективной возбудимостью, неустойчивостью поведения и настроения;

3. Гиподинамический синдром на фоне церебрастенических проявлений (астено-гиподинамический синдром) – стойкие астенические симптомы в виде вялости, низкой активности, повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со склонностью к сниженному настроению вплоть до дисфорических эпизодов.

Обозначенные варианты клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности наблюдались у учащихся общеобразовательных учреждений либо в изолированном виде, либо в сочетании когнитивных нарушений в одних случаях с гиподинамическим, в других – с гипердинамическим типом церебрастенического синдрома.

В зависимости от особенностей клинических проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности рекомендуется дифференцированное применение медикаментозных препаратов. При наличии когнитивных нарушений целесообразно назначения курсов лечения следующими препаратами: церебролизин, кортексин, пирацетам (луцетам, ноотропил, мемотропил), пиридолом (пиритином, энебол, энцефабол), пикамилоном, семаксом, когитумом, мемоплантом (танаканом). Преобладание в структуре клинических нарушений астено-гиподинамического синдрома обуславливает назначение пирацетама, пиридолола, когитума. Преобладание астено-гипердинамического синдрома – фенибута, пантогама (пантокальцина), глицина.

При выявлении индивидуально-психологических факторов риска в виде акцентуации характера и склонности к девиантному поведению назначение медикаментозного лечения осуществляют только в случаях декомпенсации у подростка психического состояния, сопровождающейся выраженными поведенческими нарушениями. Для коррекции нарушений поведения, проявляющихся агрессивностью, повышенной импульсивностью, асоциальными поступками (не поддающихся психотерапевтическому



воздействию), целесообразно назначение нейролептиков: сонапакса, неуплептила, хлопротиксена (труксала). Начинать курс лечения нейролептиками необходимо с низкой дозы препаратов, постепенно увеличивая её в дальнейшем до получения оптимального терапевтического эффекта. При отмене нейролептиков проводят постепенное снижение дозы.

При наличии расстройств адаптации с тревожными симптомами (в случаях неэффективности психотерапевтического воздействия) рекомендуется применение сонапакса, обладающего противотревожным эффектом, хлопротиксена (труксала), фенибута. Наличие расстройств адаптации с депрессивными проявлениями обуславливает необходимость назначения азафена или коаксила. Отмена препарата производится после исчезновения симптоматики с постепенным уменьшением его дозировки.

Разработанная нами дифференцированная психотерапевтическая коррекция должна быть направлена на социально-психологические и индивидуально-психологические факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ. Наиболее распространенными факторами риска среди подростков является наследственная отягощенность алкогольной зависимостью. В этих случаях развитие заболевания во многом обусловлено сопутствующими социально-психологическими и индивидуально-психологическими факторами риска. При наличии неблагоприятных социально-психологических факторов (дефекты семейного воспитания, нарушение состава родительской семьи, влияние асоциальной микросреды) оптимальным методом коррекции является *системная семейная психотерапия (СП)*.

К задачам СП в рамках профилактической работы с подростками относят:

- информирование родителей о роли семьи в развитии зависимости у подростка, о возможных семейных причинах употребления ПАВ;
- ознакомление родителей с признаками приема подростком ПАВ;
- оптимизацию системы внутрисемейного воспитания;
- нормализацию детско-родительских отношений и снижение уровня конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростком на семейную ситуацию;
- усиление ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

СП включает в себя 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В.В., 1989): 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидации семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Длительность СП определяется выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Вначале СП проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем – 1 раз в 2 недели, далее – 1 раз в 3 недели.

Наиболее эффективными и апробированными техниками диагностического этапа являются: социометрические методики, построенные на том, что все члены семьи выбирают (или отвергают) партнеров для совместной работы, совместного проведения свободного времени и т.п.; метод циркулярного опроса, заключающийся в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними; невербальные методы, основанные на анализе взаиморасположения членов семьи в пространстве (как спонтанного, так и заданного специальными упражнениями: «Построение семейной скульптуры», «Организация семейного пространства»); наблюдение за совместной деятельностью членов семьи.

На последующих этапах – ликвидации конфликтов и реконструкции отношений – целесообразно использование метода групповой дискуссии, совместного анализа и интерпретации взаимоотношений, анализа аудио- и видеозаписей сеансов, разыгрывания семейных ролей (особенно с их попеременной сменой между членами семьи), создания «живых скульптур». Реконструкция отношений должна сопровождаться обучением правилам конструктивного спора, навыкам эмпатического общения. Также целесообразно предоставление заданий по модификации поведения. Они могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий.

На поддерживающем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения нового ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, наблюдается динамика внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Семейная психотерапия является наиболее эффективным, но, в то же время – наиболее трудоемким методом психокоррекционного воздействия на неблагоприятные микросоциальные факторы. Если ее проведение невозможно в силу технических причин (несовпадение свободного времени у членов семьи и т.п.) или подросток отказывается от участия в ней, то более доступным, но не менее эффективным методом в данном случае может служить тренинг родительской компетенции. Родители способны влиять на приобретение подростком социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении проблем. Изменения в их поведении и образе жизни оказывают значительное влияние на опыт и поведение ребенка. Следует заранее (за две-три недели) пригласить родителей для участия в тренинге, доступно изложить его цель, план и методику, выяснить наличие препятствий для совместной работы. Подбирая группу, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходиться оба партнера, что помогает следить за особенностями семейной динамики.

Оптимальным вариантом проведения тренинга являются занятия в группе численностью от 6 до 8 человек с частотой 1 раз в неделю продолжительностью 2 часа (6 занятий). Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение, спланирует родителей. В начале проводится анализ стереотипов поведенческих взаимодействий, определяется круг проблем во взаимоотношениях с подростком. Продумываются и совместно прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные подходы. Можно использовать такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры и видеонаблюдение. Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации. На занятиях необходимо производить обучение родителей навыку выявления своей позиции и позиции подростка методом трансактного анализа, способам передачи подростку ответственности за свои поступки и разрешения конфликтов. Информационный компонент включает знакомство с внешними признаками употребления различных ПАВ, проявлениями зависимости от них. Важной является правовая информация об ответственности родителей за воспитание детей и их правонарушения.

В результате проведения тренингов родители должны научиться формировать равноправные взаимоотношения с подростком, адекватную самооценку в роли родителя.

При наличии индивидуально-психологических факторов риска развития зависимости от ПАВ (склонности к девиантному поведению, акцентуаций характера неустойчивого, эпилептоидного и истероидного типов, повышенной тревожности и др.) психотерапевтические мероприятия должны включать тренинговую работу с подростками с целью развития способности к сознательной психологической саморегуляции, формирования позитивных жизненных целей, мотивации к сохранению здоровья, функциональных стратегий поведения, препятствующих употреблению ПАВ. Оптимальным вариантом проведения данного тренинга являются занятия в группе численностью от 10 до 15 человек с частотой 1 раз в неделю и продолжительностью занятий 45 минут (15-20 занятий). Информационный компонент работы, реализуемый в процессе тренинга, включает, наряду с традиционной информацией о вреде ПАВ для здоровья, обсуждение причин и последствий их употребления, заболеваний, ассоциированных с ними, анализ этических и духовных аспектов проблемы, связь употребления ПАВ с другими формами саморазрушающего поведения, с особенностями личности, стрессом и др.. Информация о ПАВ не дается в лекционной форме, а включается в дискуссию на этапе, когда реализованы три важнейших направления работы: 1 – осознание собственных ресурсов, способствующих развитию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения; 2 – совершенствование этих ресурсов; 3 – формирование стратегий и навыков

поведения, ведущих к здоровому образу жизни и препятствующих употреблению ПАВ.

Для подростков, испытывающих сложности социальной адаптации, целесообразно проведение тренинга коммуникативных навыков (5 занятий по 40 минут в группе численностью 12-15 человек с частотой 1 раз в неделю), со сниженной способностью справляться со стрессовыми ситуациями – тренинга стрессоустойчивости (10 занятий 1 раз в неделю по 80 минут в группе из 6-12 человек с использованием релаксационных, медитационных упражнений, ролевых и психологических игр).

Обучение умению отказаться от предложения принять ПАВ, формирование навыков регулирования эмоций, разрешения конфликтов, эффективного общения, принятия решений также возможно осуществлять в процессе групповой психотерапии. Занятия проводятся в группе численностью от 7 до 15 человек с частотой 1 раз в неделю. Их продолжительность 45 минут (рекомендуется 15-20 занятий).

В случае возможности индивидуальной работы с подростком наиболее оптимальным методом психокоррекционного воздействия является когнитивная поведенческая психотерапия. Она основана на положении, что чувства и поведение человека определяются не ситуацией, в которой он оказался, а восприятием этой ситуации. Целью когнитивной поведенческой психотерапии является формирование более адаптивных паттернов поведения через изменение привычных стереотипов мышления, освоение новых способов видения сложившейся ситуации. Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосрочный курс, состоящий из 10-20 сеансов с частотой 1-2 раза в неделю.

При наличии повышенного уровня личностной тревожности показана комбинация индивидуальной поведенческой и семейной психотерапии.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*Фишер И.И., Свешникова Н.А.*

**Самарский государственный медицинский университет, Самара**

Проблема изучения психологического статуса пациентов, поступивших в стационар с травмой челюстно-лицевой области, крайне актуальна в настоящее время не только по причине роста травматизма, но и в связи с высокой субъективной значимостью ухудшения внешнего вида лица, снижением эстетической привлекательности человека; а также с функциональными нарушениями актов жевания, глотания, дыхания, затруднениями речи [3,7].

Подходы к изучению травм на сегодняшний день претерпевают пересмотр. До недавнего времени такие патологические процессы,

возникающие при механических повреждениях, как переломы, раны, шок, кровопотеря, большинством исследователей рассматривались изолированно. Было предложено огромное количество эффективных способов и методов диагностики и лечения самих переломов. Но оказалось, что этого для полного восстановления здоровья пострадавшего недостаточно. Необходимо учитывать ещё и реакции всех систем организма на травму. Таким образом было введено понятие травматическая болезнь. Впервые данный термин появился в трудах Н.Н. Бурденко, И.В. Давыденко и Р.Кларка, на современном этапе концепция травматической болезни активно разрабатывается Самарской школой травматологов во главе с академиком Г.П.Котельниковым [5].

С позиции холистического подхода важное значение должно придаваться анализу социально-психологических изменений, возникающих в результате получения травмы [6]. Все большую актуальность в этой связи приобретает концепция изучения качества жизни больных с травмами [8].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психологического состояния больных с травмой челюстно-лицевой области и определение их качества жизни.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. проанализировать теоретические источники по проблеме травматической болезни;
2. исследовать особенности психологического состояния и качества жизни больных, получивших травмы челюстно-лицевой области;
3. определить взаимосвязь различных параметров качества жизни больных с их психологическими характеристиками и типом отношения к болезни;
4. обозначить практические рекомендации относительно необходимой психокоррекционной работы.

Больные с переломами костей лица составляют от 3 до 8% больных с переломами скелета и около 30% всех пациентов, находящихся на лечении в стационарах челюстно-лицевой хирургии [1].

Исследование лиц, перенёвших травму, проводилось на базе Клиник Самарского государственного медицинского университета в отделении челюстно-лицевой хирургии. Промежуток времени, в течение которого проводилось обследование, составил 4 месяца – с ноября 2009 по февраль 2010 года. Это время, когда уровень травматизма наиболее высок в связи со снежными заносами, гололёдом и ранним наступлением темноты.

Наша выборка была представлена 20 пациентами в возрасте от 18 до 36 лет, большинство из них лица мужского пола - 84,6 % от общего числа. Данный факт обусловлен более высоким показателем уровня травматизма у мужчин по сравнению с женщинами. По данным статистических исследований наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин — 30-59 лет, причём во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин.

Исследование проводилось на момент поступления пациентов в стационар. Для исследования внутренней картины болезни, особенностей актуального психологического состояния и качества жизни больных, получивших травму челюстно-лицевой области, мы применяли следующие методики: 1. Тип отношения к болезни (ТОБ); 2. Интегративный тест тревожности (ИТТ); 3. Копинг-опросник; 4. Методика самооценки психических состояний Г. Айзенка; 5. Опросник изучения качества жизни ВОЗ КЖ-100.

В результате проведённого исследования были получены следующие данные.

С помощью методики «Тип отношения к болезни» мы выявили общую картину, характеризующую реакцию пациентов на заболевание. В большинстве случаев был диагностирован смешанный тип отношения к болезни. В основном, это сочетание эргопатического и анозогнозического типов (у 23% выборки). У таких пациентов происходит активное вытеснение мысли о болезни и её возможных последствиях, преобладает стремление уйти от болезни в работу. На втором месте по встречаемости находится триада сенситивного – тревожного – эргопатического типов (у 15,4% пациентов). В данном случае больные чрезмерно озабочены возможностью неблагоприятного впечатления, которое может произвести их внешний вид, испытывают тревогу относительно дальнейшего течения болезни, а также возможности продолжения активной трудовой деятельности. Менее распространёнными (у 7,7% выборки в каждом случае) являются сочетания эргопатического и сенситивного; анозогнозического и сенситивного, а также тревожного и неврастеничного типов отношения к болезни, для которых характерно преобладание в поведении больных раздражительности, нетерпеливости, непереносимости болевых ощущений. «Чистые» типы отношения к болезни - эргопатический и анозогнозический - были характерны для 15,4% пациентов в обоих случаях.

В результате анализа результатов, полученных по методике ИТТ, у пациентов с травматическим повреждением челюстно-лицевой области выявлено наличие высокого уровня ситуативной тревожности (средний показатель по выборке равен  $7,3 \pm 1,2$ ). В структуре тревожности наибольший вес имеет проекция страхов в отношении перспективы (26,4%), что свидетельствует об общей озабоченности пациентов своим будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Также выражен показатель эмоционального дискомфорта (у 22,6%), что проявляется в снижении эмоционального фона, появлении чувства неудовлетворённости жизненной ситуацией. Фобический компонент (ощущение непонятной угрозы) доминировал у 20,9% пациентов в общей структуре ситуативной тревожности.

По данным копинг-опросника, наиболее часто используемая стратегия совладания со стрессом, характерная для пациентов с травмами челюстно-лицевой области, - это «решение проблем» (32,9%); на втором месте по

частоте встречаемости - стратегия «Избегание», характерная для 26,4% пациентов исследуемой группы. Нами было обнаружено различие в выборе стратегий совладания со стрессом у женщин и мужчин: женщины предпочитают избегать решения проблем, чаще прибегают к поиску социальной поддержке (18,2%), а мужчины, преимущественно (55,6%), выбирают путь решения проблемы. Важным показателем является низкий процент по стратегии самообвинения (13,1%), что является положительной предпосылкой к дальнейшей психокоррекционной работе.

Результаты, полученные по опроснику оценки качества жизни ВОЗ КЖ-100, свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности пациентами физической сферой (63,6%) и уровнем независимости (90,9% больных), что можно объяснить отсутствием влияния повреждений челюстно-лицевой области на подвижность, способность выполнять повседневные дела. Диагностирована низкая удовлетворенность психологической сферой и социальными взаимоотношениями, что свидетельствует о повышенной проблемности данных сфер жизнедеятельности. Среднее значение баллов по ним составляет  $13,16 \pm 1,1$  и  $10,54 \pm 1,1$  соответственно, в то время как по шкале «Уровень независимости» оно составляет  $17,15 \pm 1,1$ . Ухудшение психологического состояния обуславливается неудовлетворённостью пациентов своим внешним видом, в связи с этим – снижением количества положительных эмоций и формированием общего недовольства собой.

Согласно данным, полученным с помощью методики исследования самооценки психических состояний Г.Айзенка, у 25% пациентов снижена способность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации, особенно это проявляется в эмоциональной сфере. Повышение ригидности обуславливается резкой сменой статуса человека (был здоровым, стал больным), неподготовленностью к изменению образа жизни (временное прекращение трудовой деятельности, госпитализация), фиксированностью на травматическом повреждении челюстно-лицевой области. Несмотря на то, что сам факт получения травмы послужил причиной резкой смены жизнедеятельности, уровень фрустрированности был повышен только у 15,4% больных.

Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (пакет прикладных программ SPSS-11,5). Максимальное количество корреляционных взаимосвязей было определено между параметрами методики оценки качества жизни и шкалами теста Г.Айзенка. Так, удовлетворенность физическим функционированием у пациентов с травмами челюстно-лицевой области достоверно снижается при повышении значений по шкалам тревожности ( $R_s = -0,819$ ;  $p < 0,01$ ), фрустрации ( $R_s = -0,664$ ;  $p < 0,05$ ) и ригидности ( $R_s = -0,631$ ;  $p < 0,05$ ); показатели психологической сферы также отрицательно взаимосвязаны с уровнем тревожности ( $R_s = -0,792$ ;  $p < 0,01$ ) и фрустрации ( $R_s = -0,844$ ;  $p < 0,01$ ). При возрастании уровня тревожности достоверно снижается и общая удовлетворенность качеством жизни ( $R_s = -0,765$ ;  $p < 0,01$ ). При низком

значении параметра «Личные отношения» показатели тревожности ( $R_s = -0,925$ ;  $p < 0,01$ ), фрустрации ( $R_s = -0,826$ ;  $p < 0,01$ ) и агрессивности ( $R_s = -0,826$ ;  $p < 0,01$ ) возрастают. Наличие обратной взаимосвязи наблюдается также между субшкалой «Отрицательные эмоции» и уровнями тревожности ( $R_s = -0,787$ ;  $p < 0,01$ ) и ригидности ( $R_s = -0,623$ ;  $p < 0,05$ ) по тесту Г.Айзенка, а также сенситивным типом отношения к болезни ( $R_s = -0,633$ ;  $p < 0,05$ ).

При высоких показателях по шкале «тревожность» ( $R_s = -0,669$ ;  $p < 0,05$ ) и сенситивному типу отношения к болезни ( $R_s = -0,793$ ;  $p < 0,01$ ), диагностируются низкие значения по субшкале «Удовлетворенность качеством медицинской и социальной помощи». Прямая взаимосвязь наблюдается между наличием эргопатического типа отношения к болезни и высокой оценкой возможности получения новой информации ( $R_s = -0,709$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в целях оптимизации качества жизни больных, получивших травму челюстно-лицевой области, психокоррекционная работа с ними в первую очередь должна быть направлена на стабилизацию эмоционального фона. Обязательными составляющими данной работы должны явиться коррекция тревожности и ригидности, снижение уровня фрустрации, проработка сферы интерперсональных взаимоотношений [7]. В рамках повышения психологической составляющей качества жизни и коррекции сенситивного типа отношения к болезни важным аспектом психокоррекции является формирование в сознании больного лечебной перспективы, работа по принятию пациентами своего образа тела, собственной внешности, что в дальнейшем предположительно будет способствовать улучшению и социальных взаимоотношений [2]. Для гармонизации эмоционального фона рекомендуется использовать тренинг релаксации с использованием техники позитивной визуализации, дыхательные упражнения. Коррекции болевого синдрома поможет использование техник нейро-лингвистического программирования (работа с субмодальностями), направленных на модификацию болевых ощущений. С целью проработки межличностных отношений рекомендуется проведение тренинга общения и тренинга конструктивного разрешения конфликтов, использование в групповой работе техник интерперсональной психотерапии [4].

Реабилитация пациентов с травмами челюстно-лицевой области напрямую зависит от качества оказания медицинской помощи, в том числе и психологической (психокоррекционной) работы с ними.

Литература.

1. Байриков, И.М. Травматическая болезнь в челюстно-лицевой области / И.М.Байриков, И.И.Фишер. – Самара, 2009.
2. Квасенко, А.В. Психология больного / А.В.Квасенко, Ю.Г.Зубарев. – Л., Медицина, 1980. – 184 с.
3. Конечный, Р. Психология в медицине / Р.Конечный, М.Боухал. – Прага: Авиценум, 1983.



4. Кондрашенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской // Учебное пособие. – 2-е изд., доп. и перераб. – Минск, 1997. – 464 с.
5. Котельников, Г.П. Травматическая болезнь / Г.П.Котельников, И.Г.Труханова. – Самара, 2009.
6. Лакосина, Н.Д. Клиническая психология / Н.Д.Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф. Панкова // Учебн. для студ. мед. вузов. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
7. Сидоров, П.И. Клиническая психология / П.И.Сидоров, А.В.Парняков // Учебник. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 880 с.
8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Руководство для врачей и научных работников: под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440с.

## **ДЕФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С СОСТОЯНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

*Чернышева А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современном российском обществе проблема женского алкоголизма становится все более актуальной. Показатель заболеваемости алкоголизмом у женщин в последние годы значительно возрастает, 40% всех взрослых, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, составляют женщины. Данная проблема длительное время исследовалась в большей степени с медико-биологической точки зрения, как узко медицинская, поэтому психологических исследований в настоящее время недостаточно. Алкоголизм принято рассматривать как сложное заболевание, характеризующееся медико-биологическими, психологическими и социальными составляющими. Термин «алкоголизм» имеет два основных смысла: это и болезнь индивида, связанная с его личными особенностями, и социальная патология, связанная с развитием общества в целом [12]. Рассматривая алкоголизм в качестве заболевания, а не вредной привычки, многие авторы отмечают наследственную предрасположенность, наличие не одной, а множества вызывающих заболевание причин. Так, С.В. Дворяк считал, что «алкоголизм – это не только сам алкоголь, но и реакция на него данного организма, которая всегда индивидуальна. Алкоголик..., даже если он воздерживается достаточно долгое время, остается алкоголиком, что выражается в его синдроме алкогольной зависимости и приведет к немедленному срыву, как только он расслабится снова»[20]. Семейная отягощенность алкоголизмом у больных женщин вдвое превышает соответствующие показатели у мужчин, а отягощенность другими психическими заболеваниями — почти в 3 раза [Короленко Ц. П. и др., 1988].

В формировании пристрастия к алкоголю большую роль играют социальное окружение, микроклимат в семье, воспитание, традиции, наличие психотравмирующих ситуаций, стрессов и способности к ним адаптироваться [22].

У женщин нередко заболевание имеет скрытое течение, оно развивается постепенно, незаметно нарастают отдельные признаки и симптомы, которые некоторое время не привлекают внимание окружающих, да и сами женщины не показывают их. Возникает отчетливая психологическая (психическая) зависимость от алкоголя. Однако наступает момент, когда скрытая симптоматика становится явной, заметной для окружающих. Как правило, этому предшествуют серьезные события в жизни женщины, такие как смерть мужа и близких, одиночество, развод, материальные и моральные потери, после которых алкоголизация заметно интенсифицируется, отчетливее проявляются ее последствия, быстрее происходит дезадаптация.

Алкоголизм, нередко называют болезнью отрицания. Алкогольную анозогнозию можно считать одним из основных психопатологических феноменов при хроническом алкоголизме, который и определяет его оценку как психического заболевания. Неадекватная самооценка и как итог отсутствие критики к своему состоянию связаны с феноменом психологических защитных механизмов при алкоголизме. Выделяют два механизма психологической защиты. Первый из них отрицание - неприятие себя и собственной реальной жизни, т.е. больные игнорируют негативные стороны и проблемы собственной жизни, связанные со злоупотреблением алкоголем. Отрицание играет существенную роль в формировании анозогнозии, которая выражается в полном или частичном отрицании больными алкоголизмом самого факта наличия у них этой болезни и связанных с ней нарушений здоровья, психологической деятельности и социального статуса. Второй психологический механизм защиты - проекция, при которой существующие психологические проблемы и жизненные трудности проецируются на представителей ближайшего окружения.

На основе выделения ведущих мотивов и способов удовлетворения потребностей, которые определяют содержательную сторону влечения к алкоголю, обращение к алкоголю может быть дифференцировано следующим образом:

1) Алкоголь-средство редукации напряжения. Это наиболее элементарная форма использования алкоголя с целью релаксации.

2) Алкоголь-средство изменения эмоционального состояния, т. к. этанол действует как психофармакологическое средство, через систему биохимических процессов, в первую очередь на эмоциональную сферу человека.

3) Алкоголь-средство получения удовольствия. Здесь основу составляет выраженная гедонистическая мотивация, а так же поиск острых и необычных ощущений, что свойственно для формирования алкоголизма в

раннем возрасте. Эту группу можно описать как состоящую, в основном, из представителей гипертимного и неустойчивого типа акцентуации характера.

4) Алкоголь-средство повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения. Основные черты психологического портрета больных этой группы: робость, неуверенность, зависимость, чувствительность, склонность к формированию чувства вины, сочетающееся с гиперкомпенсаторной тенденцией самоутвердиться за счет высокомерия и бравады в поведении.

5) Алкоголь-средство компенсации. При этом подразумевается использование этанола для замещения каких-то, недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей, и коррекции дисгармонической структуры характера, личности в целом.

6) Алкоголь-средство общения и коммуникации. В основе этого типа мотивации лежат неудовлетворенные потребности в общении, в выходе из одиночества. Эти больные обычно чрезвычайно замкнутые, тревожные, конформные, зависимые, чувствующие себя в обществе неуверенно.

7) Алкоголь-результат научения или подражания, средство поддержания приятного ритуала. Психологическую основу этого типа мотивации составляют неуравновешенность личности, высокая внушаемость, некритичность.

8) Алкоголь-манипуляция, средство межличностной защиты. Основной мотив манипулятивного поведения – сохранить присущий больному алкогольный стиль поведения и добиться односторонних преимуществ в межличностных отношениях [20].

Основными характеристиками больных алкоголизмом являются: слабый уровень развития внутреннего самоконтроля, чувствительность к любой внутренней и внешней стимуляции, низкие адаптационные способности, перемены настроения в течение дня без видимых причин, неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, неумение перестроить свою деятельность в соответствии с изменившимися обстоятельствами, согласовать притязания с возможностями [12].

При женском алкоголизме чаще выявляется феномен «стигматизации» - наложение «клейма», «стигмы» на лиц, злоупотребляющих алкоголем, существенно влияющего на клинику заболевания [18]. Свойством процесса стигматизации является экстраполяция стереотипов социально неприемлемого поведения на каждого, принадлежащего к стигматизируемой группе людей, без оценки личностной индивидуальности. С давних времен в народе сохранилось мнение: если женщина пьет - это позор. Из-за негативного общественного мнения в отношении пьющих женщин у последних появляются чувства вины и стыда, низкая самооценка, скрытое употребление алкоголя, склонность к одиночному пьянству и как следствие поздняя обращаемость за помощью в лечебные наркологические учреждения.

В формировании «алкогольной личности» основное значение имеют следующие факторы: а) преморбидные изменения; б) неспособность человека

адаптироваться к требованиям общества и неумение использовать приемлемые формы и способы снятия напряжения; в) отрицательные факторы социальной среды [12]. Адаптация рассматривается в качестве основной функции социальной идентичности.

С помощью идентичности индивид способен найти собственную социальную нишу, осознать себя частью целого, сохранить самоуважение и самопринятие, обрести стабильность в нестабильном мире, так как существовать без ценностного фундамента человеку крайне сложно [6]. Наличие идентичности предполагает устойчивость, стабильность самовосприятия индивида и его уверенность в том, что другие воспринимают его таким, какой он есть [1]. Социальная идентичность определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям и вытекает из восприятия себя как члена определенных социальных групп [2].

Социальная идентичность как целостное образование выполняет ряд жизненно важных функций [4]:

1. Когнитивная связана с конкретным знанием о себе как члене общностей, а также осознанием особенностей этих общностей и отличий «своих от чужих», «нас от них»; в этой функции идентичность представляется ключевым моментом в психологии социального познания.

2. Смысловая (ценностная) заключается в различных ценностных представлениях о себе и своей группе, разрешениях и запретах, атрибутах должного, нормах и требованиях.

3. Эмоциональная (аффективная) проявляется в оценке значимости своего членства, определенных установках по отношению к своим и чужим. Можно выделить две группы установок:

- а) позитивные, которые включают в себя различные виды удовлетворенности и принятия своей группы, например, желание быть в группе, чувство защищенности, удовлетворенности, гордость;

- б) негативные, которые проявляются в чувстве неудовлетворенности от принадлежности группе, переживании дискомфорта, стыда, унижения;

4. Регулирующая (регулятивная) связана с опосредованием институциональных норм, влиянием на поведение, общение;

5. Организующая (защитная) связана с упорядочиванием социального и сенсорного опыта как реакцией на нестабильную окружающую среду, удовлетворением потребности в психологической стабильности и устойчивости.

По мнению Микляевой А.В., социальная идентичность личности претерпевает изменения на протяжении ее жизненного пути, причем эти изменения связаны не с набором тех социальных ролей, с которыми идентифицирует себя человек, а со степенью их иерархизированности в структуре социальной идентичности отдельной личности [10].

Структура социальной идентичности представляет собой совокупность устойчивых связей между компонентами идентичности, которые обеспечивают ее целостность и тождественность самому себе [5]. Функция

структуры социальной идентичности заключается в обеспечении приспособления к новым социальным условиям и сохранении определенности.

Э.Эриксон задает определение идентичности как сложного личностного образования, имеющего многоуровневую структуру и анализирует идентичность на трех основных уровнях: индивидуальном, личностном и социальном [21].

На первом, индивидуальном, уровне анализа идентичность рассматривается Э.Эриксоном как результат осознания человеком собственной временной протяженности. Это есть представление о себе как о некоторой относительно неизменной данности, человеке того или иного физического облика, темперамента, задатков, имеющего принадлежащее ему прошлое и устремленность в будущее.

Со второй, личностной, точки зрения идентичность определяется как ощущение человеком собственной неповторимости, уникальности своего жизненного опыта, задающее некоторую тождественность самому себе.

На третьем, социальном уровне идентичность рассматривается Э.Эриксоном как тот личностный конструкт, который отражает внутреннюю солидарность человека с социальными, групповыми идеалами и стандартами и тем самым помогает процессу Я-категоризации: это те характеристики, благодаря которым, человек делит мир на похожих и непохожих на себя. Последней структуре Э.Эриксон дал название социальная идентичность.

Дж. Тернер выдвинул гипотезу о существовании трех уровней самокатегоризации - уровней идентичности [13]:

- суперординатный (высший) уровень - определение себя как человеческого существа;
- промежуточный (средний) уровень — определение себя в терминах группового членства, например, профессиональных;
- субординатный, (подчиненный) уровень - определение себя как уникального индивида.

Структура социальной идентичности, по мнению Ш. Струкера, включает

в себя набор ролей, в которых концентрируются внутренние представления о себе в отношении к другим. На основе этих ролей образуется внутренняя схема "социального Я", позволяющая производить поведенческий и жизненный выбор [13].

В работах Т.Г. Стефаненко на примере исследования этнической идентичности выделяются следующие основные компоненты [5]:

- а) когнитивный (самоидентификация; выделение оснований этнической идентичности; содержание авто- и гетеростереотипов; представления о "дистанции" между своей группой и релевантными ей этническими группами);

б) аффективный (чувство принадлежности к этнической общности; выраженность внутригруппового фаворитизма, проявляющаяся в этнических аттитюдах и направленности этнических стереотипов).

По мнению Ивановой Н.Л., социальная идентичность представляет собой единство когнитивных, мотивационных и ценностных компонентов, объединение которых создает определенные функциональные блоки:

- "базисный" — узко локализованная самоидентификация; обеспечивает истолкование социальной реальности на уровне этнической, региональной, семейной общности и подобных общностей; мотивация самозащиты; ценности личной жизни, здоровья, безопасности и защищенности.

- "индивидуально-личностный" - проявляется в самоидентификации по отношению к требованиям культуры различных сообществ; обеспечивает истолкование сложившихся нравственных критериев оценки социальных общностей; связан с мотивацией самоуважения, ценностями общения, культуры.

- "профессионально-деловой" - обеспечивает истолкование и субъективную причастность к профессиональным, деловым, гражданским и подобным общностям; проявляется в мотивации самореализации, ценностях профессиональной и деловой жизни [4].

По мнению Дж. Г. Мида, идентичность возникает только при условии включенности индивида в социальную группу, в общении с членами этой группы и развивается посредством «принятия на себя роли другого» или «принятия отношения других к себе самому». Если социальная группа, к которой принадлежит индивид, оценивается обществом положительно, он имеет позитивную социальную идентичность; если же она оценивается обществом отрицательно – индивид будет иметь негативную социальную идентичность и будет пытаться либо покинуть эту группу, либо сделать ее оцениваемой более позитивно [3]. В этом плане способность человека быть активным деятелем своей жизни определяет его субъектность. Под субъектностью мы понимаем отношение человека к себе как к деятелю [11]. Субъектность – это способность изменять окружающую действительность и себя в отношении к ней, активно адаптироваться к среде и к самому себе. Это оказывается существенной характеристикой при изучении социальной идентичности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, так как болезнь составляет основу всей их жизни. В субъектности содержится источник активности человека - доверие к себе [16]. Скрипкина Т.П. предполагает, что доверие к себе есть экзистенциальный феномен субъектности, который реально существует в субъективном мире человеческой личности. Именно доверие позволяет человеку не только не бояться вступать во взаимодействие с миром, но и самостоятельно выбирать цели собственной деятельности и реализовывать их, соотносясь с собой, своими интересами и потребностями, т.е. с собственными переживаниями, одним словом, со своей субъектностью как ценностью [16]. Доверие как

относительно самостоятельный психологический феномен присутствует во всех сферах жизни человека. Доверие к себе и к миру позволяет гармонизировать отношения человека с миром и с самим собой. Недоверие к миру, выступающее в качестве кризиса идентичности, с одной стороны, может подтолкнуть к поиску косвенных путей удовлетворения потребности в общении и безопасности посредством ухода в алкогольную зависимость, а с другой - провоцирует выбор в качестве единственного способа самоутверждения индивида и масс людей настойчивое стремление «стать ничем», самоубийственную логику «чем хуже - тем лучше». В связи с этим доверие может быть рассмотрено как базовая установка личности. По Э. Эриксону, доверие как первая базовая установка личности формируется на первом году жизни младенца и связана с формированием личностной идентичности [21]. Таким образом, изначально неудовлетворенная потребность в доверии затем сказывается, как на психическом здоровье человека, так и на развитии личностной идентичности.

Базовое доверие – "стержневой элемент социального и психологического благополучия индивида и общества ...", его можно определить как уверенность (индивида, группы, сообщества, нации) в том, что окружающий мир и его обитатели не намерены причинить вред" (Праворотова, Говир, 1994).

Рассматривая психологический феномен доверия, необходимо отметить существование гармоничной равновесной системы, включающей как доверие к себе, так и доверие к миру. Когда человек доверяет себе и окружающим, он способен открыто общаться с окружающими, строить свои отношения с миром, ценить и уважать себя и других, принимать решения с учетом мнения окружающих. При неудовлетворении потребности доверия к миру система перестраивается посредством увеличения доверия к себе, выражающимся в отгороженности, уходом в собственный мир. Отношения окружающих воспринимаются как негативные, враждебные, агрессивные, возникает подозрительность и связанная с ней интолерантность, то есть нетерпимое отношение и неуважение к мнениям, вызывающим эмоциональную неприемлемость. Можно предположить, что базовое доверие к миру является фундаментальным условием позиции толерантности. Быть толерантным без доверия к миру как базовой фундаментальной установки личности невозможно.

Согласно положениям экзистенциально-гуманистического подхода, истоки толерантности лежат в доверии к позитивной человеческой природе и чувстве единства со всем человеческим родом (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Э. Фромм).

Толерантность в широком смысле трактуется как обобщенная характеристика диспозиционной системы личности, проявляющаяся в способности личности терпимо и без противодействия воспринимать отличающиеся от ее собственных мнения, образ жизни, поведение и какие-

либо иные особенности других людей, если это непосредственно или в видимой перспективе не угрожает ее здоровью и/или жизни.

Толерантные личности представлены двумя типами – «адаптивным» и «конструктивным», для которых характерны определенные сочетания социально-перцептивного стиля, ценностных ориентаций и представлений о природе человека. Основу «адаптивной» толерантности составляет стремление личности сохранять позитивные отношения с окружающими, уважать традиции и избегать конфликта. «Конструктивная» толерантность основана на принятии различий и уважении прав и свобод личности, как своей собственной, так и другого человека [17].

Интолерантность связана с феноменом отрицания. Большой алкоголизмом, несмотря на доводы окружающих, длительное время не принимает как саму болезнь, так и свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя, несмотря на отрицательные жизненные последствия, вызванные употреблением, наличие патологического влечения к алкоголю и часто в случае физической зависимости, начинающейся с абстинентного синдрома.

Показателями кризиса социальной идентичности являются изменения в структуре идентичности, такие как увеличение веса "индивидуально - личностных" и "базисных" блоков идентичностей; изменение характера групп, имеющих значимость для человека; повышение роли мотивации самозащиты. [4]

Кризис идентичности сопровождается массовой неудовлетворенностью людей, сопровождаемой чувством тревоги, страха, изоляции, опустошенности, утратой способности к эмоциональному общению с другими людьми [21].

Посредством рефлексии общественного мнения создаются предпосылки формирования негативной социальной идентичности, выражающейся в потере целостности Я-образа, обособлении, нетерпимости к другим, сопротивлении общественным требованиям, страхом негативной оценки и одновременном негативном ожидании от других, непринятии себя, негативной оценке самого себя, неспособности к поступкам, приносящим личности самоуважение, переживании бессмысленности себя и своей жизни.

Таким образом, под влиянием алкогольной зависимости происходит деформация социальной идентичности на всех ее структурных уровнях, проявляющаяся в:

1. Дезинтегрированности, разбалансированности системы. Обнаруживаются неустойчивость, потеря целостности, снижение уровней самоуважения и принятия себя, неопределенность и неупорядоченность собственного Я, выражающиеся в появлении чувства вины и стыда, потери ценностных смыслов, постоянном стремлении к самообвинению.

2. Дезадаптации. Появляются трудности социальных контактов, чувство тревоги, страха, изоляции, опустошенности, неспособность приспособиться к окружающим условиям, постоянное ожидание



отрицательного исхода любой деятельности, пессимистическая оценка своих возможностей, привычная пассивно-выжидательная позиция.

3. Снижении уровня доверия к окружающим, что проявляется в подозрительном и враждебном отношении к другим, неспособности строить открытые отношения с окружающими.

4. Интолерантности по отношению к мнениям окружающих, нетерпимости к чужим взглядам, несогласующимися с его собственными, непризнанию права на существование иного. Обнаруживается взаимная связь толерантности и доверия. При отсутствии доверия к окружающим человек не может быть толерантным к мнениям другим и в тоже время толерантность создает условие развития доверия к миру и к самому себе.

5. Повышении уровня диссоциации, показывающего наличие психической симптоматики и выражающегося в разладе с самим собой и социальным окружением, психологическом дискомфорте, разорванности переживаний, ощущений и чувств.

#### Литература.

1. Александрова Н.Х. Особенности субъектности человека на поздних этапах онтогенеза // Дисс. На соиск. уч. ст. докт. психол. наук. Москва – София, 2000.

2. Антонова Н.В. Идентичность педагога и особенности его общения, дисс.канд.психол.наук. М., 1996.

3. Волкова Е.Н. Субъектность педагога: теория и практика// Автореферат на соиск. уч. ст. докт. психол. наук. М., 1998.

4. Иванова Н.Л. Психологическая структура социальной идентичности// Автореферат на соиск. уч. ст. докт. психол. наук. Ярославль, 2003.

5. Иванова Н.Л., Конева Е.В. Социальная идентичность и профессиональный опыт личности: Монография. Ярославль, 2003.

6. Идентичность как способность смотреть на себя со стороны // Абельс Х. Интеракция, идентичность, презентация. Введение в интерпретативную социологию/ Пер. с нем. яз. Под общ. Ред. Н.А. Головина, В.В. Козловского. СПб., 1999.

7. Курячий С.И. Влияние установок личности на восприятие другого человека// Вопросы психологии №6, 1983.

8. Лескова И.В. Социальная идентичность в условиях трансформации российского общества, дисс. канд. психол. наук. М., 1996.

9. Макаревская Ю.Э. Влияние продолжительного неуспеха на личностную идентичность// Автореферат дисс. канд. психол. наук. Краснодар, 2006.

10. Микляева А.В., Румянцева П.В. Структура социальной идентичности личности: возрастная динамика// Вестник ТГПУ, выпуск 5 (83), 2009.

11. Мясищев В.Н. Психология отношений //Избр. психол. труды. Воронеж, 1995.

12. Немчин Т. А., Цицарев С. В. Личность и алкоголизм.-Л. Издательство Ленинградского университета: 1989.-192с.
13. Павленко В. И. Представления о социальной и личностной идентичности в современной западной психологии// Вопросы психологии, 2000, № 1, - с. 135-142.
14. Петраш Е.А. Социально-психологическая адаптация личности в структуре профессиональной идентичности на разных этапах профессионализации// Автореферат на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. Курск, 2009.
15. Петровский В.А. Феномен субъектности в психологии личности// Автореферат дис. докт. психол. наук. М., 1993.
16. Скрипкина Т. П. Доверие как социально-психологическое явление// Автореф. на соиск. уч. степ. докт. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 1998.
17. Сухих Е.С. Социально-перцептивный стиль и диспозиции личности как факторы толерантности// Автореферат на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. Краснодар, 2006.
18. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. Казань: изд. дом «Мир без границ», 2006.
19. Шефер Б., Шредер Б. Социальная идентичность и групповое сознание// Психологический журнал, 1993, № 1.
20. Шорина Н. М. Психологический портрет больных хроническим алкоголизмом/ Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии наркологии и психотерапии. - Владивосток: 1997.
21. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
22. Ядов В.А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования социальной идентичности личности// Мир России, 1995, №3-4, - с.158-179.

## **СТЕПЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА**

**Шаповалов Р.Г., Силина Л.В., Василенко Т.Д., Бобынцев И.И.,  
Письменная Е.В.**

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Психологический или биологический стресс вызывает нормальный/физиологический ответ организма человека, который, в свою очередь, проявляется тревожными симптомами различной выраженности и вегетативной дисфункцией. Как правило, эти симптомы преходящи, кратковременны и достаточно хорошо нивелируются самоконтролем человека и некоторыми его волевыми усилиями. Считается, что такое состояние подготавливает пациента со встречей с последующей стрессорной ситуацией.

Тревожные симптомы учитываются врачом и приобретают диагностическую и клиническую ценность, если:

- 1) нарушаются физические, социальная деятельности индивидуума, его профессиональная активность претерпевает трансформацию;
- 2) удлиняется время действия симптомов и их интенсивность;
- 3) выраженность уже имеющихся симптомов достигает тяжелой степени.

В настоящее время в практической деятельности выделяют психические и соматические симптомы тревоги. Физические, или соматические симптомы тревоги в большинстве случаев связаны с активацией вегетативной нервной системы.

К числу заболеваний, относящихся к психосоматическим, по праву относится и псориаз [1, 2]. Псориаз, или чешуйчатый лишай – хроническое воспалительное заболевание кожи, расцениваемое как системное, известное со времен античности. Это мультифакториальное заболевание [5, 8, 9]. Среди этиологических факторов которого одним из лидирующих является психострессорное воздействие различной степени выраженности, приводящее к дебюту болезни или его обострениям [1, 3, 4]. Течение болезни невозможно предсказать, но псориаз – болезнь – «спутник» человека на всю его жизнь [6]. Понятно, что наличие обширного патологического процесса на коже, захватывающего ее открытые участки, волосистую часть головы, ногти, сопровождающееся кожным зудом различной интенсивности, жжением кожи, ощущением неизбежного появления псориазных высыпаний вновь и вновь – все это способствует разбалансировке психоэмоционального статуса пациентов, появлению тревожных мыслей, ощущений, невротических и депрессивных симптомов. Именно поэтому рациональная психофармакотерапия является важной составной частью комплексной терапии псориаза [7, 11].

Несмотря на то, что в большинстве случаев псориаз не угрожает жизни, тем не менее он является причиной серьезных психологических проблем и социальной дезадаптации. При обострении дерматоза у пациента, как правило, возникает тяжелый эмоциональный стресс, неудовлетворенность жизнью, значительное изменение уровня социально-психологического комфорта, ощущение собственной неполноценности. До 5% больных псориазом имеют выраженные депрессивные расстройства, особенно страдают молодые люди в возрасте до 20-25 лет.

Цель работы – определение степени выраженности симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения процесса и не получавших лечения.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Нами было обследовано 99 больных инфильтративной формой псориаза. В группе было 50 мужчин и 49 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, с длительностью болезни от 5 до 15 лет. Все пациенты находились на амбулаторном лечении в лечебно-диагностическом центре города

Алексеевки, Белгородской области. Обострение псориатического процесса у всех больных было в осенне-зимний период года. В исследование также была включена группа клинически здоровых людей (доноры, призывники) в количестве 35 человек того же возраста.

Распределение пациентов по длительности заболевания представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов, страдающих инфильтративной формой псориаза, по длительности течения болезни

Длительность болезни, годы Пациенты, возраст	От года до 5 лет I группа	От 6 до 10 лет II группа	От 11 до 15 лет III группа
18 – 20 лет	13	2	1
21 – 25 лет	10	4	2
26 – 30 лет	8	12	9
31 – 35 лет	5	13	22
<b>Σ</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

Из представленной таблицы видно, что наибольшее число пациентов, включенных в исследование, находилось в возрасте от 26 до 35 лет и страдали псориазом значительный временной период из жизни (от 10 до 15 лет), неоднократно получая лечение в амбулаторных и стационарных условиях.

Все больные проходили полное клинико-физикальное обследование, которое включало жалобы, анамнезы жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте. Исследование проводилось в течение 2007 – 2009 гг. У всех пациентов было исследовано психо-эмоциональное состояние, также респонденты проконсультированы невропатологом, психотерапевтом и, при необходимости, психиатром. Все обследуемые были опрошены нами на наличие физических и соматических симптомов тревоги, а также степень их выраженности. Полученные данные представлены в табл. 2

Таблица 2

Степень выраженности психических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения заболевания

№	Психические симптомы тревоги	Частота встречаемости симптомов в целом по группе (n=99)	
		абс	%
1	Раздражительность (P)	70	70

2	Нарушение сна (НС)	65	65
3	Внутреннее напряжение (ВН)	50	50
4	Страх и мрачные предчувствия (СМ)	50	50
5	Нарушение концентрации (НК)	68	68
6	Повышенная чувствительность к соматическим ощущениям (склонность к ипохондрии) (ПСС)	45	45
7	Повышение стартового ответа (импульсный, раздраженный ответ) (ПСО)	36	36

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из представленной таблицы видно, что наиболее часто у пациентов встречались такие психические симптомы тревоги, как раздражительность (у 70%), нарушение концентрации (68%) и нарушение сна (65%). В половине случаев (50%) отмечались страх и мрачные предчувствия, а также состояние внутреннего напряжения. Склонность к ипохондрическим настроениям, а также повышение стартового ответа встречались реже (соответственно по 45 и 36%).

Таблица 3

Распределение рангового положения психических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения заболевания в зависимости от их выраженности и длительности заболевания

Ранговое положение	1	2	3	4	5	6	7
Группа больных							
I (n=29)	1	7	5	2	4	6	3
II (n=29)	4	6	3	2	5	1	7
III (n=29)	4	6	2	3	1	5	7

Из данных, представленных в табл. 3, видно, что доминирующие позиции в 1 группе больных занимают такие симптомы, как раздражительность и повышение стартового ответа, что и понятно: лица молодого возраста с незначительным «стажем» болезни довольно активно и бурно реагируют на внезапно изменившееся свое состояние. У лиц же 2 и 3 группы, болеющих дольше, доминировали мрачные предчувствия, а также состояние повышенной чувствительности к соматическим ощущениям. Эти факты также вполне объяснимы, так как пациенты более старшего возраста и длительно болеющие, отчасти смиряются с наличием косметического дефекта. Более того, они сосредотачиваются на своих патологических психо-эмоциональных и внутренних ощущениях, которые пролонгируются и без того нарушенным функционированием различных систем организма.

Далее нами была исследована степень выраженности соматических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения патологического процесса, еще не получавших никакого лечения. Полученные данные представлены в табл. 4.

Таблица 4

Степень выраженности соматических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения заболевания

№	Соматические симптомы тревоги	Частота встречаемости симптомов в целом по группе (n=99)	
		абс	%
1	Мышечное напряжение	30	30
2	Тремор	<b>44</b>	44
3	Потливость	<b>51</b>	51
4	Сердцебиение	<b>40</b>	40
5	«Стеснение» в груди и дискомфорт	29	29
6	Дыхательный дистресс	16	16
7	Сухость во рту	30	30
8	Трудности глотания	7	7
9	Диарея	4	4
10	Учащенное мочеиспускание	3	3
11	Снижение сексуального интереса	34	34
12	Головокружение	25	25
13	Онемение и/или парестезии в конечностях, носогубном треугольнике	7	7
14	Слабость	<b>50</b>	50

Из представленной таблицы видно, что максимально часто у пациентов исследуемой группы в целом встречались симптомы тревоги, характерные для большинства лиц, болеющих любым заболеванием краткосрочно или длительно – это тремор, гипергидроз, сердцебиение, слабость, сухость во рту. Такие симптомы, как трудности глотания, диарея и учащенное мочеиспускание отмечались редко. При дальнейшей детализации частоты встречаемости симптомов в зависимости от возраста пациентов и длительности их болезни (табл. 5) нами выявлено, что симптомы, встречающиеся в целом по группе часто, сместились по своей значимости на второй, а то и третий план.

Таблица 5

Распределение рангового положения соматических симптомов тревоги у больных инфильтративной формой псориаза в стадии обострения заболевания в зависимости от их выраженности и длительности заболевания

Ранговое положение Группа больных	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I	4	2	11	1	3	13	12	10	9	14	6	7	8	5
II	12	14	4	11	2	3	5	1	7	13	10	9	6	8
III	7	1	3	9	12	11	13	2	4	10	14	5	6	8

Третья группа пациентов более старшего возраста и длительно болеющая не акцентировала свое внимание на таких симптомах, как слабость, одышку, гипергидроз, считая их своеобразным вариантом «нормы» своего состояния, привыкнув к ним. Более того, такие симптомы, как периодическое головокружение, сердцебиение проходили для пациентов инаперцептно, то есть неосознаваемо ими. В группе молодых респондентов, болеющих недлительно, на первый план выходили симптомы психологической аутозарядки, психологический статус сильней выводил их из нормальной жизни, снижая ее качество. Проблемы сексуального плана, парестезии кожи лица, конечностей, мышечное напряжение, возникающее периодически, беспокоили больных молодого возраста больше, чем лиц более старшего возраста с длительным анамнезом болезни.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Обнаружены изменения психологической сферы у больных инфильтративной формой псориаза в форме психических и соматических симптомов тревоги, что свидетельствует о выраженном нарушении нормального ее состояния.

2. Выявленное превалирование частоты встречаемости некоторых симптомов находится в тесной зависимости от возраста пациентов и длительности заболевания.

Обнаруженные нами факты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору фармакопрепаратов, корректирующих психоэмоциональный статус больных псориазом.

Литература.

1. Адашкевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич. - М.: Медицинская книга, 2004.-165с.

2. Беляев, Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия / Г.М. Беляев, П.П. Рыжко. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 272с.

3. Знаменская, Л.Ф. Псориаз: клиника и лечение / Л.Ф. Знаменская // Леч. врач.- 2002.- №12.- С. 12-16.

4. Короткий, Н.Г. Современная наружная терапия дерматозов / Н.Г. Короткий. - Тверь: Губернская медицина, 2001.-528 с.

5. Лыкова, С.Г. Некоторые аспекты взаимосвязи псориаза и метаболического синдрома / С.Г. Лыкова, О.Б. Немчанинова, О.С. Петренко // Рос. журн. кожных и венерических болезней.- 2003.- № 4. - С. 34-38.

6. Некоторые аспекты патогенеза псориаза и особенности комплексного лечения больных / И.Б. Трофимова, Л.М. Барденштейн, Я.Ю. Воронина, В.С. Сускова // Вестн. дерматологии и венерологии.- 2006.- № 1.- С. 32-35.

7. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун и др.; под ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. - М.: Литтерра, 2005.-882 с.

8. Ozer, A. The effect of thyroid hormones in psoriasis vulgaris / B. Kaan, K. Kadriye // Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. - 2004. – Vol.70, №6. - P. 353-355.

9. Pavithran, K. Psoriasis: Topical treatment / K. Pavithran // Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. – 2001. – Vol. 67, № 2. – P. 85-85.

10. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis / A. Picardi, E. Mazzotti, P. Gaetano et al. // Psychosomatics. – 2005. - Vol.46, №6. - P. 556-564.

11. Unilateral linear psoriasis with palmoplantar, nail, and scalp involvement / A. Saraswat, K. Sandhu, R. Shukla, S. Handa // Pediatr. Dermatol. – 2004. - Vol.21, №1. - P.70-73.

## **ОЦЕНКА ТРАНСФОРМАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ПОЛУЧАВШИХ СТАНДАРТНУЮ И КОМПЛЕКСНУЮ ВИДЫ ТЕРАПИИ**

**Шварц Н.Е., Силина Л.В., Лазаренко В.А., Беседин А.В.  
Курский государственный медицинский университет, Курск**

В медицинской практике издавна признается негативное влияние именно кожной патологии на КЖ человека. Многочисленные исследования КЖ в группах больных папулезными и зудящими дерматозами, как наиболее часто встречающимися, выявили серьезные трансформации, включающие в себя такие параметры повседневной жизни человека, как измененную социальную изоляцию и эмоциональную реактивность, нарушение сна, вялость, проблемы в рабочем коллективе, семье. Причем эти изменения связаны не только с самим заболеванием, но и с проводимым лечением. Различными авторами сделаны заключения, что определение изменений параметров КЖ необходимо в практической деятельности для:

- оценки степени тяжести болезни;
- оценки эффективности применяемого стандартного лечения;
- подбора индивидуальной терапии в качестве дополнительного критерия;



– оценки эффективности новых методов лечения и других параметров.

Трансформация КЖ предполагает самостоятельную оценку самим респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. В настоящее время существует большое количество шкал, анкет, опросников и индексов, которые подразделяют на специфические – в отношении определенной нозологической формы болезни и неспецифические – не зависящие от конкретной нозологической формы. Максимально удобными и адаптированными являются специфические опросники, одним из примером которых является метод анкетирования С.И. Довжанского (2001), используемый для оценки КЖ с учетом особенностей хронической патологии кожи и ее влияния на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособность, медико-социальные и другие аспекты жизни больного.

**Цель исследования:** оценить изменение показателей качества жизни больных среднетяжелой формой акне, получавших различные виды терапии.

Материалы и методы.

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались респондентами по балльной шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 баллов – максимально благоприятный показатель;
- 5 баллов – соответственно, неблагоприятный показатель.

Настоящее исследование основано на данных, полученных в результате обследования 115 больных угревой болезнью (мужчин и женщин) в возрасте от 20 до 30 лет, находившихся на амбулаторном лечении в поликлиническом отделении и косметологическом кабинете Курского областного кожно-венерологического диспансера, косметологической лечебнице «Космодент» в период с 2004 по 2009 годы.

Нужно отметить, что при анализе исходных данных пациентов гендерные различия были незначительно выражены в изученных показателях. Возраст больных не превышал 30 лет и в среднем был  $22,3 \pm 4,1$  года. При формировании группы испытуемых нами учитывались следующие факторы:

- Клиническая форма акне
- Стадия заболевания
- Распространенность патологического кожного процесса
- Степень тяжести заболевания
- Фаза клинических проявлений
- Возраст пациента
- Отсутствие обострений хронических и сопутствующих соматических заболеваний

Для объективизации оценки эффективности проводимого лечения клинические группы были рандомизированы так, чтобы кожный статус представленных в группах пациентов был сопоставим. Все больные

проходили полное клинико-физикальное обследование, которое включало жалобы, анамнезы жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Перед началом исследования все пациенты давали письменное информированное согласие на участие и публикацию результатов диагностики и лечения при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте. Первая группа пациентов (57 человек) получала стандартное лечение. Традиционная терапия, используемая первой группой больных предполагала назначение антибактериальных препаратов тетрациклинового ряда, пробиотики, витамины группы В, А, Е, наружные лекарственные формы с серой, салициловой кислотой и ихтиолом. Для ожидаемого улучшения результатов в схему общепринятой терапии нами были включены антибиотик группы фторхинолонов фактив и поливитамино-минеральный препарат с антиоксидантным действием «ФАКТИВ». Эту комплексную терапию получала вторая группа активного вмешательства (58 человек) «ФАКТИВ» назначался нами в течение 2 недель, 1 раз в день, в дозе 320 мг, а метаболит «TRI-V PLUS» двумя курсами по 1 таблетке в день в течение 30 дней. Все пациенты были опрошены в соответствии с выбранными нами методиками. Данные, полученные в результате анкетирования больных и здоровых, представлены в табл. №1.

Полученные результаты.

Из представленной таблицы видно, что у больных акне отмечалось выраженное нарушение качества жизни по сравнению с контрольной группой. В этой группе пациентов нами отмечено ухудшение качества жизни, проявляющееся максимальным положительным сдвигом (в %) показателей неуверенности в себе, замкнутости, трудности общения и страха ухудшения здоровья (соответственно, в 5, 3,6, 2,5, 2,4 раза). Причем все эти показатели испытуемые считали максимально значимыми. Все эти сдвиги расположились в такой ряд:

НВС > 3 > ТО > СУЗ > ОИЖО > Р > НС > Д

Кроме того, несомненным фактом является максимально высокое значение суммы сдвигов – 2170. Это свидетельствует о высоком напряжении психоэмоциональной системы организма больных угревой болезнью вследствие доминирующего воздействия хроностресса. Именно поэтому поиск и применение новых эффективных средств терапии делают наше исследование особо актуальным.

Далее нами были обследованы респонденты, получающие как традиционную терапию (1 группа), так и комплексное лечение (2 группа) к моменту окончания проведения курса терапии. Полученные данные представлены в табл. №2

Из представленной таблицы видно, что у пациентов второй группы достоверно значительно изменяются исследуемые параметры

психологического статуса, а особенно чувство неуверенности в себе, страх ухудшения здоровья, замкнутость. Именно эти показатели наиболее значимы в повседневной жизни индивидуумов, так как наличие кожного заболевания – угревой болезни, в частности, поражает видимые открытые участки кожи.

Таблица №1

Изменения показателей качества жизни больных угревой болезнью до проведения терапии

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=59)	Здоровые лица (n=39)	Больные до лечения (n=92)	Сдвиг, %	% встречаемости состояния
Неуверенность в себе (НВС)	0,2	1,0	5,0	500	77,7
Раздражительность (Р)	0,4	1,0	2,1	210	23,3
Замкнутость (З)	0,3	1,0	3,6	360	40,0
Трудности общения с друзьями (ТО)	0,2	1,0	2,5	250	27,7
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	0,5	1,0	2,2	220	24,4
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	0,7	2,0	2,4	240	56,6
Депрессия (Д)	0,1	1,0	1,0	190	21,1
Нарушение сна (НС)	0,5	1,0	1,0	200	10,0
Σ, %				2170	

Примечание: Σ- знак суммы.

У людей с данной патологией появляются различные комплексы, которые в свою очередь, нарушают повседневную жизнь человека. Люди чувствуют себя неуверенно, становятся нерешительными, замыкаются. Положительные сдвиги показателей НВС, З и СУЗ были максимальны в обеих группах больных и интенсивнее других трансформировались под влиянием терапии. Причем вторая группа пациентов, принимающих комплексную терапию, живее реагировала на изменение своего статуса и с большим оптимизмом относилась к дальнейшим перспективам. Сдвиги показателей по группам расположились в следующие ряды:

1 группа:

ОИЖО > НС > Д > З > ТО > СУЗ > НВС > Р

2 группа:

Д > ОИЖО > НС > З > Р > СУЗ > НВС > ТО

Таблица №2

Изменение показателей качества жизни пациентов с угревой болезнью, получавших различные виды терапии

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=39)	Больные до лечения (n=115)	1 группа после лечения (n=57)	Сдвиг, %	2 группа после лечения (n=58)	Сдвиг, %
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	5,0	4,1	-18	3,7	-26
Раздражительность (Р)	1,0	2,1	1,9	-10	1,3	-39
Замкнутость (З)	1,0	3,6	2,4	-34	2,0	-45
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	2,5	1,9	-23	1,6	-16
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,2	0,9	-60	0,9	-60
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	2,0	4,8	3,9	-19	3,1	-36
Депрессия (Д)	1,0	1,9	0,9	-53	0,7	-64
Нарушение сна (НС)	1,0	2,0	0,9	-55	0,9	-55
Σ, %				272		341

Мы считаем положительным факт изменения положения показателя депрессии: до лечения этот показатель занимал лидирующую позицию, к концу курса терапии (особенно комплексной) его значимость минимизировалась.

Заключение.

Таким образом, у обследованных нами больных угревой болезнью среднетяжелой и тяжелой клиническими формами и степенями тяжести показатель КЖ значительно снижен. Применение балльной оценки позволило нам выявить наиболее часто встречаемые изменения психоэмоциональной сферы, а также оценить влияние различных способов терапии и степень их эффективности. Проведя анализ данных анкетирования, как одного из звеньев комплексного обследования пациентов, страдающих акне, нами было сделано заключение, что предложенная нами методика с применением фактива и три-ви-плюса весьма эффективна. Обоснована патогенетически и положительно влияет на общий и местный статус

пациентов, нормализует тем самым в скорейшие сроки психоэмоциональный статус и улучшает качество жизни.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА СОТРУДНИКОВ МИЛИЦИИ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*Шульга Н.А.*

**Центр психофизиологической диагностики медико-санитарной части  
ГУВД по Пермскому краю, Пермь**

Среди психотравмирующих ситуаций современного общества особое место занимают локальные военные конфликты. В последние годы сотрудники ГУВД по Пермскому краю постоянно привлекаются к выполнению оперативно-служебных и служебно-боевых задач в Северо-Кавказском регионе и Чеченской республике, обеспечивая поддержание конституционного порядка. Несение службы сотрудниками ОВД в этот период связано с необходимостью выполнения служебных и профессиональных обязанностей в условиях чрезвычайно высоких нервно-психических и физических нагрузок. Важным стрессообразующим фактором, снижающим адаптивные возможности сотрудников, является продолжительность командировки, длительная оторванность (в течение полугода) от семьи, смена привычного жизненного стереотипа. Физические перегрузки и стрессовые ситуации приводят к длительному и стойкому повышению артериального давления, что является основным звеном в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, эмоциональное напряжение служит патогенным фактором в развитии психосоматических расстройств. Все эти причины у значительного числа сотрудников ОВД вызывают развитие состояний психической дезадаптации, приводят к социально-психологическим нарушениям жизнедеятельности, неблагоприятным личностным изменениям, которые в дальнейшем отрицательно сказываются на состоянии их здоровья, служебных взаимоотношениях и в быту. Диагностика психических расстройств у действующих сотрудников милиции представляет значительные сложности в отличие от гражданского населения. При проведении психодиагностического обследования в ЦПД (Центр психофизиологической диагностики) и плановых профилактических осмотрах у психиатра, сотрудники замотивированы на сокрытие имеющихся проблем.

Научных работ, посвященных исследованию невротических и соматоформных расстройств данной категории сотрудников ОВД крайне мало.

Целью работы явилось изучение диагностики, клинических проявлений невротических и соматоформных расстройств у участников контртеррористических операций в регионе Северного Кавказа - для разработки

комплексной дифференцированной терапии и методов медицинской реабилитации сотрудников милиции.

На базе Центра психофизиологической диагностики и госпиталя МСЧ ГУВД по Пермскому краю с 2006 года по 2009 год обследовано 415 человек (мужчины в возрасте 22-40 лет с количеством служебных командировок от 2-х до 12-ти). Обследование проводилось в течение 10 дней после возвращения сотрудников из командировки.

Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психодиагностический методы исследования (использовались следующие основные методы исследования: ММИЛ, Люшер (8-ми цветовой вариант), скрининговый, который базировался на применении специальной краткой шкалы тревоги, депрессии и ПТСР (Котенев И. О., 1997), шкалы стресса (Котенев И.О., 1997), шкалы дистресса, опросника Бека для депрессии, клиническое интервьюирование, статистический, психофизиологическое обследование психомоторных, сенсорных, вегетативных реакций и психических функций (внимание, память, мышление, нервно-психическая устойчивость, уровень адаптации к физическим нагрузкам, вестибулярная устойчивость и другие) с использованием инструментальных методов.

По результатам комплексного психодиагностического обследования в восстановительный период сотрудники ОВД были разделены на три группы:

Первая группа «адаптированные» – 124 человека; сотрудники без отклонений в психическом и функциональном состоянии, сохранившие способность полноценной социальной адаптации и трудоспособность, справляющиеся со своими служебными обязанностями, имеющие благоприятные взаимоотношения в семье, не требующие к себе особого внимания руководителей и психолога, способные самостоятельно решать психологические проблемы, обусловленные пребыванием в экстремальных условиях, не требующие проведения реабилитационных мероприятий.

Вторая группа «субкомпенсированные» – 101 человек; сотрудники, имевшие функциональные отклонения, сниженный уровень работоспособности, испытывавшие затруднения в повседневной жизни, но сохранявшие достаточный контроль над своим поведением посредством значительного напряжения сил и ресурсов, нуждавшиеся в проведении реабилитационных восстановительных мероприятий.

Третья группа «дезадаптированные» – 190 человек; сотрудники, имевшие выраженные проявления посттравматической стрессовой симптоматики, нарушения функционального состояния, социальной и профессиональной адаптации, значительные проблемы в личной жизни, требовавшие постоянного наблюдения. В соответствии с МКБ-10 и учетом механизма развития болезненных расстройств (связь с психотравмирующей ситуацией) у сотрудников милиции, отнесенных к третьей группе диагностированы: F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» - 46 сотрудников; F43.23

«расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций» - 12 сотрудников; F.48.0 «Невротическое расстройство» - 14 сотрудников. У 79 из 126 сотрудников с впервые выявленной нейроциркуляторной дистонией диагностированы: F45.30 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы» - 67 сотрудников; F45.31 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта» - 12 сотрудников.

При клиническом исследовании у сотрудников милиции третьей группы выявлены жалобы на пониженное (подавленное, угнетенное) настроение (99,6 % случаев), головную боль (94,0 %), чувство тревоги (55,5 %), полиморфные нарушения сна (52,8%), чувство немотивированного страха (33,2 %), ощущение вялости (27,9 %), раздражительность, вспыльчивость (10,9 %), слабость (10,2 %). Выявлялись эмоциональная лабильность, неустойчивость внимания, снижение работоспособности, повышенная раздражительность, фиксация в беседе на психотравмирующих событиях.

Выделены синдромы: депрессивный - 24 человека, астенический - 62 человека, астено - депрессивный - 58 человек, тревожно-депрессивный синдром - 46 человек. У больных с диагнозом «нейроциркуляторная дистония» (впервые выявленная), имелось сочетание вегетативной симптоматики, разнообразных алгий, сочетающихся с симптомами депрессии. При отсутствии органических причин болей выявлены: кардиалгии – 36 человек (характеризовались отсутствием связи боли с физической нагрузкой, отрицательной пробой с нитроглицерином, изменчивостью, атипичной локализацией); цефалгии – 45 сотрудников (характеризовались упорной, мигрирующей головной болью, с нечеткой локализацией, отчетливым суточным характером (усилением в утренние часы и уменьшением к вечеру), без эффекта от применения анальгетиков и спазмолитиков); абдоминалгии – 12 человек (отсутствовала связь с приемом пищи, четкая локализация болевого синдрома, боль носила коликообразный, мигрирующий характер, не было выявлено патологических изменений желудочно-кишечного тракта). Особенности алгического симптомокомплекса, по результатам обследования, явились: широкая локализация алгий (у больных обнаружено сочетание цефалгии с кардиалгиями); сенестопатическая окраска боли; трансформация болевого синдрома (локализации, характера) в процессе наблюдения; суточная динамика болей.

Конstellляция психотравмирующих факторов и клинической симптоматики приводила к нарушениям социально – психологической адаптации и изменению функционирования в разных сферах жизнедеятельности (семейной, служебной, общественной, сфере досуга и общения). 23,1% обследованных испытывали чувство вины перед близкими родственниками из-за недостаточного внимания к их нуждам и проблемам. 63, 1 % сотрудников устранились от участия в общественной жизни подразделения, ссылаясь на собственную малую значимость, отсутствие перспективы в будущем. 91,3% сотрудников отмечали неспособность рас-

слабиться, напряженность; 90,2% - нервозность, беспокойство, тревогу; 84,2% - сильную грусть, печаль, тоску или подавленное плохое настроение; 73,2% - снижение интереса к профессиональной служебной деятельности.

Медико-психологическая реабилитация сотрудников милиции участников контртеррористических операций в регионе Северного Кавказа в восстановительном периоде была направлена на восстановление функционального состояния, соматического и психического здоровья, резервных возможностей организма, личного статуса.

Следует отметить, что реабилитация лиц с нарушениями психической адаптации имеет свои особенности. Они обусловлены серьезными нарушениями социальных связей и отношений. Поэтому реабилитация таких пациентов заключается и в их ресоциализации.

В реабилитационной системе сотрудников милиции выделяется три последовательных этапа. Первый - этап восстановительной терапии, второй – этап реадaptации, третий – этап реабилитации в собственном смысле этого слова.

На этапе восстановительной терапии применялось сочетание биологических методов лечения (включая медикаментозное) с различными психосоциальными воздействиями (лечение средой, занятостью, психотерапия и др.).

На втором этапе реабилитации (реадаптация), проводились мероприятия по восстановлению приспособляемости сотрудников к условиям внешней среды. На этом этапе преобладали психосоциальные воздействия. Большое значение отводилось специальной психотерапевтически ориентированной (воспитательной) работе, проводившейся не только с больными, но и с их родственниками.

Третий этап реабилитации - реабилитация в собственном смысле этого слова, возможно более полное восстановление в правах, восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, восстановление доброзначных отношений с окружающей действительностью. Основной подход – личностно-ориентированный.

Сотрудникам второй группы («субкомпенсированные»), имевших донологические, функциональные отклонения, проводились индивидуальные психокоррекционные мероприятия в кабинетах психологической регуляции психологами подразделений; курсовые оздоровительные мероприятия на базе дневного стационара, профилактория с использованием традиционных физических, психотерапевтических и других методов восстановительной медицины с акцентом на физическую культуру, туризм, массаж, физиотерапию, музыкотерапию и других, предоставлялся краткосрочный реабилитационный отпуск на 10 дней.

Всем пациентам третьей группы проводилось комплексное комбинированное лечение: посиндромная фармакотерапия (антидепрессанты, транквилизаторы, гипнотики) и психотерапевтическое воздействие. Конкретная методика психотерапии определялась содержанием



психотравмирующих переживаний, клинической симптоматикой, особенностями личности и ситуации. Использовалась рациональная психотерапия, нейро-лингвистическое программирование, когнитивная психотерапия. Психотерапия проводилась 2-3 раза в неделю в индивидуальном и групповом вариантах.

По окончании терапии всем пациентам было проведено повторное клинико-психологическое исследование, которое показало достаточно высокую эффективность проведенных клинико-реабилитационных мероприятий. Полное выздоровление было достигнуто у 84,2% сотрудников.

Исследование показало, что невротические и соматоформные расстройства у сотрудников милиции возникают в период воздействия стрессового события при выполнении служебных обязанностей в экстремальных условиях и сохраняются по возвращении из командировок. Раннее проведение клинико-диагностических и индивидуальный подход к лечебно-реабилитационным воздействиям позволяет добиться почти полной редукции психопатологической симптоматики, позволяет предупредить развитие затяжных форм невротических расстройств, посттравматического стрессового расстройства. Особое внимание следует обращать дисгармоничным личностям, подвергшимся стрессу или оказавшимся в кризисной ситуации. В целях сохранения и укрепления психического здоровья сотрудников крайне важна выработка психологической устойчивости, резистентности к стрессовым воздействиям. Правильная организация выполнения комплексной программы медико-психологической реабилитации сотрудников, выполнявших задачи на территории СКР позволяет своевременно принимать меры по недопущению многих негативных проявлений среди сотрудников милиции.

Литература.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М, 2000. — 496 с.

2. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

3. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О. К проблеме аллопатических состояний. / Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М., 1992. - С. 40-59.

4. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000.—С. 78-105.

5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003.-432 с.

6. Ф.Б. Березин, Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.

7. И. В. Боев, О.А. Ахвердова, пособие «Психофармакотерапия пограничных психических расстройств у пострадавших в чрезвычайных ситуациях (ЧС)», Ставрополь: изд. СГУ, 2003г., 27 с.

8. В. Н. Краснов, И.Я. Гурович, клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических поведенческих расстройств», утв. приказом Минздрава России от 06.08.1999г. № 311.

9. М. В. Леви, Н.И. Мягких, методическое пособие «Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел», М.: ГУК и ИМЦ ГУК МВД России, 2002 – 270 с.

10. А. Н. Глушко, Н. И. Мягких, А.В. Каляев, методическое пособие «Особенности клинических проявлений психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях и их психофармакологическая коррекция у лиц опасных профессий», М.: ГУК и ИМЦ ГУК МВД России, 2003 – 58 с.

11. А.А. Чуркин, А.Н. Матюшов, «Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии». – М.: «Триада-Х», 1999 – 232 с.

12. Организация медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, выполняющих задачи в особых условиях. Методические рекомендации. М., 2005, 47 с.

13. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровление населения – стратегическая задача Российского социума. //Вестник восстановительной медицины № 2, 2004, с. 12.

14. Соколов А.В., Свинцов С.Э., Стома А.В., Фурсова М.С. Алгоритм индивидуального назначения комплексных реабилитационно-восстановительных программ и объективной оценки их эффективности. // Вестник восстановительной медицины № 2, 2004, с. 13.

## **ЧАСТЬ II**

# **МАТЕРИАЛЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 75- ЛЕТИЮ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И 10-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ**

## Содержание:

<b>Букреева Л.В.</b> Социально – психологические детерминанты удовлетворенности браком.....	405
<b>Бурухина А.В.</b> Изучение психологических особенностей контакта матери и ребенка в младенческом возрасте.....	409
<b>Гречкина Т.В.</b> Психологические особенности образа семьи у детей-сирот подросткового возраста.....	413
<b>Ерёмина З.Н.</b> Особенности взаимодействия врача и психолога в процессе родовспоможения.....	418
<b>Ившина М.Е.</b> Изучение влияния опыта невынашивания на переживание беременности.....	420
<b>Каменева Е.Г.</b> Психологические технологии сопровождения женщин в родовом процессе.....	425
<b>Миракян К.Ф.</b> Структурная организация эмоционально-волевой регуляции спортсменов, занимающихся боевыми единоборствами.....	427
<b>Романова Е.И.</b> Субъективные и объективные компоненты переживания боли у женщин в родовом процессе.....	431
<b>Сотников В.А.</b> Особенности временной и смысловой организации личности в ситуации онкологического заболевания.....	434

## СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ

*Букреева Л.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Наука о семье развивается в условиях многоликости семейных структур и разнообразия представлений людей о семье. Применительно к данному понятию С.В.Ковалев подчеркивал следующее:

- семья меняется со временем, в соответствии с переменами в обществе, хотя и является одним из наиболее стабильных социальных институтов;
- малой группой семью можно назвать потому, что она вполне попадает под определение социума, отличаясь характером (интимно-личностным) объединения людей;
- социальная необходимость семьи обусловлена потребностью общества в выполнении семьей репродуктивной и воспитательной функций, что гарантирует продолжение существования самого человечества (Ковалев, 1991).

**Актуальность исследования** обусловлена кризисом, затронувшим все системы жизнеобеспечения общества, и напрямую поразившего семью, выступающую важнейшим социальным институтом, фактором, определяющим жизнестойкость нации, общества и государства.

Согласно определению Н.Я.Соловьева, семья – это малая социальная группа (ячейка) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т.е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство (Крюкова и др., 2005). Семья является исторически-конкретной системой взаимоотношений между супругами, родителями и детьми; малой группой, члены которой связаны между собой брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью, социальная необходимость в которой обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения и трудовых ресурсов.

Традиционно «ядром» семьи считают брак. А.Г. Харчев понимал брак как исторически меняющуюся социальную форму отношений между мужчиной и женщиной, посредством которой общество упорядочивает и санкционирует их половую жизнь и устанавливает их супружеские, родительские права, обязанности (Харчев, 1969). С.И.Голод обращает внимание на то, что брак представляет собой в целом исторически разнообразные механизмы социального регулирования (табу, традиция, религия, право, нравственность) сексуальных отношений между мужчиной и женщиной, которое направлено на поддержание непрерывности жизни (Голод, 1984).

Таким образом, мы рассматриваем семью как:

## **1. социальный институт;**

В последние десятилетия современная семья в большинстве стран претерпевает серьезные изменения. По данным литературы можно выделить общие черты, свойственные семьям в современном обществе: падение рождаемости, усложнение межличностных отношений, рост разводов и, следовательно, рост числа неполных семей и семей с неродными родителями, широкое распространение внебрачных рождений. В нашей стране остро стоят социальные проблемы семьи: снижение ее материального уровня, ухудшение физического и психического состояния здоровья детей и родителей, увеличение числа одиноких мужчин и женщин.

Если в прошлом семью объединяли чисто внешние, формальные факторы (закон, нравы, общественное мнение, традиции и др.), то в настоящее время формируется новый тип семьи, единство которой все больше зависит от личных отношений друг к другу всех ее членов - их взаимопонимание, привязанность, взаимное участие, уважение, преданность, симпатия и любовь. Именно эти чувства и способствуют прочности семейного очага.

## **2. малая группа;**

Семья как малая социальная группа имеет ряд психологических особенностей, характерных только для нее:

- наличие не одной, а ряда общесемейных целей, которые могут изменяться в процессе развития семьи;
- частичное различие в интересах и установках членов семьи;
- наличие супружеской пары, взаимоотношения в которой в значительной мере определяют характер взаимодействия в семье;
- включенность в нее представителей разных поколений и гораздо больший срок близкого знакомства между ее членами, чем в других группах;
- семья не связана совместной деятельностью в том смысле, как совместная деятельность в других малых группах (общая деятельность заканчивается при достижении поставленной цели);
- многосторонность и значимость семейных отношений, и их взаимосвязь;
- особая открытость, уязвимость членов семьи.

Помимо психологических особенностей семье присущи определенные социально – психологические процессы. Одним из таких процессов является общение, так как именно в нем раскрываются, реализуются семейные и межличностные отношения. Общение является реализацией всей системы внутрисемейных отношений человека. Внутрисемейное общение характеризуется посредством выделения трех взаимосвязанных сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной.

Другой аспект социально – психологических процессов, представлен феноменом группового давления или «конформизм», групповая сплоченность, психологическая совместимость.

Феномен «конформизма» присущ не столько процессу формирования семьи, сколько «подключения» к ней нового члена семьи. Когда в обычную устоявшуюся семью вливается совершенно новый человек, отношения и структура между ее членами меняются, и в этом случае, мы можем говорить о конформности. Под данным понятием мы понимаем чисто психологическую характеристику позиции индивида относительно позиции всех остальных, принятие или отвержение им определенного стандарта, мнения, свойственного семье, меру его «подчинения» внутрисемейному давлению.

### **3. система взаимодействий и взаимоотношений**

Семья - это открытая, живая, развивающаяся система, функционирующая благодаря взаимосвязанному действию двух законов: закона поддержания гомеостаза и закона отклонений от гомеостаза. Наша жизнь охватывает широкий спектр взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса). Семья представляет собой открытую систему, члены которой взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, наука...). Вследствие действия «обратных связей» с внешними биологическими и социальными системами семья является постоянно развивающейся системой. Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью. В свою очередь, последняя воздействует аналогичным образом на другие системы.

Итак, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой - к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Рассматривая семью как систему, состоящую из отдельных компонентов, можно предположить, что при исчезновении одного из компонентов, нарушается целостность системы и, соответственно, изменяется система взаимоотношений.

Исследование феномена удовлетворенности браком в отечественной и зарубежной психологии проводится уже порядка трех десятилетий в рамках общего подхода изучения качества брака. За это время выявлено множество факторов, подтверждающих многогранность данного понятия. Но в связи с тем, что институт семьи с течением времени претерпевает серьезные изменения, изучение удовлетворенности браком всегда будет актуально.

Одна из первых и наиболее емких, на наш взгляд, классификаций факторов удовлетворенности браком представлена А.Ю. Тавит (1983). Автор выделяет две группы факторов удовлетворенности браком: возникшие до бракосочетания и возникшие во время брачного периода. Первая группа факторов, по мнению А.Ю. Тавит, является психологической основой брака и включает такие аспекты, как происхождение (схоже с понятием «семейного сценария» Э. Берн (1998)), качества личности, идеал супруга и брака, мотивы вступления в брак. Вторая группа факторов включает: этическо-эмоциональные отношения супругов, психофизиологические отношения супругов, единство взглядов на воспитание детей, распределение домашних

и хозяйственных работ, свободное время и его проведение, отношение с отцом-матерью супруга(и), с друзьями, отношение к алкогольным напиткам.

Анализ основных направлений исследований позволит дополнить данную классификацию факторов удовлетворенности браком, а также понять, как эти факторы влияют на удовлетворенность семейной жизнью.

Удовлетворенность браком является основным параметром, характеризующим супружеские отношения. В этом мнении мы схожи с достаточным количеством исследователей личностных и внутриличностных факторов удовлетворенности браком [Алешина Ю.Е., 1987; Гиппенрейтер Ю.Б., 1988; Захаров А.И., 1973; Мягер В.К., 1971; Навайтис Г., 1998; Римашеская Н., Ванной Д., 1999; и др.]. Интерес ученых к этой проблеме огромен. Левис и Спаниер в обзоре исследований удовлетворенности браком за десятилетие именно эту тематику выделили как одну из наиболее изучаемых [Алешина Ю.С., 1987].

В отечественной психологии одними из первых осветили проблему качества брака В.А. Сысенко (1981) и С.И. Голод (1984). По мнению В.А. Сысенко, удовлетворенность семейной жизнью понятие очень широкое и включает степень удовлетворения всех потребностей личности. Для каждого из супругов в браке должен быть достигнут какой-то минимально необходимый уровень удовлетворения потребностей, за пределами которого уже возникает дискомфорт, формируются и закрепляются отрицательные чувства и эмоции. В.А. Сысенко описал три группы семейных конфликтов, снижающих устойчивость брака, и как следствие удовлетворенность отношениями супругов.

В «современных» семьях до рождения ребенка наиболее важны для удовлетворенности браком успешное решение конфликтов путем свободного сотрудничества, низкое давление друг на друга, удовлетворенность в сфере ведения домашнего хозяйства. Удовлетворенность браком в «традиционных» семьях связана с различными факторами. Для мужей важным является проявления любви, симпатии, нежности, доверительность, высокая оценка жены в роли организатора досуга, создание положительного эмоционального климата в семье, готовность подчиняться мужу. Для жен перечисленные факторы дополняются высокой оценкой терпимости мужа к автономии жены. А также для них важна активность мужа в ролях кормильца, хозяина и сексуального партнера.

После рождения ребенка удовлетворенность браком мужчин из «современных» семей положительно связана с единственным показателем – оценкой собственного вклада в выполнение роли кормильца. А удовлетворенность браком их жен связана с активностью мужа в роли организатора субкультуры и высоким качеством выполнения им роли кормильца. В «традиционных» семьях после рождения ребенка прослеживается усиление эмоциональной зависимости жены в отношениях с мужем. Для мужей качество брака по-прежнему связано с выполнением женой традиционной экспрессивной роли.



Таким образом, подводя итог выше написанному, можно сказать, что в настоящее время как в отечественной, так и в зарубежной психологии нет единого подхода в понимании понятия «удовлетворенность браком», нет четко выделенных критериев, указывающих на степень удовлетворенности браком, что обуславливает актуальность и необходимость специального комплексного исследования.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОНТАКТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Бурухина А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Научные открытия зарубежной и отечественной психологии последнего времени доказали, что отношения матери и ребенка в младенческом возрасте важны для будущего развития ребенка и взаимопонимания с родителями.

Актуальность изучения выбранной нами темы связана, во-первых, с важностью раннего возраста для дальнейшего развития человека (З. Фрейд, Дж. Боулби, М. Кляйн, Д.В. Винникотт, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, Э. Эриксон, Л.С. Выготский, М.И. Лисина). Во-вторых, с необходимостью разработки диагностических критериев характера контакта и расширения теоретических знаний о контакте в диаде мать – ребенок, его роли в развитии и становлении личности ребенка. В-третьих, с возможностью использования результатов исследования в психологическом сопровождении матери и ребенка до года.

Одним из первых, кто предположил, что эмоциональная связь и привязанность ребенка к матери служит для него основанием для развития всех его дальнейших взаимоотношений был З. Фрейд. Особую роль в развитии этой области в зарубежной психологии также оказали М. Кляйн, Д.В. Винникотт, Дж. Боулби, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, Г.С. Салливан, К. Хорни, которые подчеркивают наличие у младенца особой потребности в контакте с матерью, качество которого зависит от определенных личностных характеристик матери и которое оказывает одно из определяющих значений на развитие чувства безопасности, защищенности и доверия, что в свою очередь сказывается на дальнейшем психическом развитии ребенка. Кроме того, в отечественной психологии теме раннего развития ребенка уделяли особое внимание Л.С. Выготский, М.И. Лисина, которые также подчеркивали значимость и влияние развития эмоциональных отношений, возникающих между матерью и ребенком на психическое развитие человека.

Методологическую основу исследования составили: теория гештальт подхода (Ф. Перлз, П. Гудман, С. Гингер), экзистенциальная философия М. Бубера, теория зарубежной социальной психологии (Д. Майерс, Д. Мид), теория отечественной социальной психологии (Г.М. Андреева, Л.Д.

Столяренко), теория привязанности (Дж. Боулби), теория объектных отношений (Д.В. Винникотт, Р. Шпиц), межперсональная теория Д.Н. Стерна, теория гуманистического психоанализа (К.Хорни), отечественные концепции развития (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, М.И.Лисина, Г.Г. Филлипова, Н.Н. Авдеева, Е.О. Смирнова).

В настоящее время область изучения качества раннего контакта матери и ребенка и его влияния на дальнейшее психическое развитие ребенка является мало изученной. В отечественной экспериментальной и теоретической психологии тема формирования контакта в раннем возрасте привлекает все больший интерес, однако является мало освещенной. Проблемой нашего исследования является, существуют ли качественно отличающиеся характеристики контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев.

Понятие контакта не так активно описывается в литературе, однако различные подходы как отечественные, так и зарубежные ссылаются на него, вкладывая при этом в определение свой смысл, в зависимости от контекста изучаемой проблемы. Так зарубежная и отечественная социальная психология ссылается на понятие контакта, рассматривая процессы социального взаимодействия (Д. Майерс, Г.М. Андреева, Л.Д. Столяренко), изучению феноменологии контакта уделяет внимание гештальт подход (С. Гингер, И.А. Погодин), а также особую роль контакту придает экзистенциальная философия М. Бубера при рассмотрении феноменологии «Я – ты» отношений. Применительно к социальным отношениям контакт – рассматривается как ощущение что «ты» присутствуешь с другим человеком и для него, видишь его, говоришь ему, при этом сохраняя высокую чувствительность к себе, своим реакциям, переживаниям, мыслям, фантазиям. Контакт матери и ребенка формируется в процессе общения и взаимодействия (Л.С. Выготский, М.И. Лисина). Кроме того, качество контакта, возникающего между матерью и ребенком на ранних этапах развития, может быть различным, в зависимости от наличия или отсутствия у матери позитивного отношения к себе как к родителю и способа реагирования ребенка на воздействия и стимуляцию матери (Р.А. Шпиц, Д. Боулби, Д.В. Винникотт, Е.О. Смирнова, Н.Н. Авдеева, М.И. Лисина).

Таким образом, мы предполагаем, что качество контакта в диаде мать – ребенок в возрасте 3 - 4 месяцев может быть различным.

Цель нашего исследования - выделить и охарактеризовать различные типы контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев.

Задачи:

1. на основании анализа литературы выделить единицы наблюдения в проявлениях матери и ребенка, характеризующие контакт в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев.
2. разработка системы балльной оценки каждого эпизода наблюдения.

3. выявить различные типы контакта матери и младенца 3 – 4 месяцев, используя наблюдение, и описать специфические характеристики типов контакта.

В исследовании приняли участие 14 женщин, имеющих детей в возрасте 3 - 4 месяцев от первой беременности и их младенцы. Основным методом нашего исследования является наблюдение. Для выделения критериев качества контакта мы использовали «Мангеймскую шкалу оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S). Использовали шкалу для выявления уровня удовлетворения себя как «хорошей матери», контент анализ «Моя новая роль мамы», а также шкалу А.Ленгле, К. Орглер, направленную на выявление экзистенциальной исполненности матери. Исследование проводилось в 2 этапа: осуществление видеосъемки и анализ контакта в диаде мать - младенец (на основе видеосъемок) по критериям, выделяя типы контакта. Достоверность и надежность полученных результатов обеспечивается репрезентативностью выборки испытуемых, соответствующим выбором методов и методик, адекватных цели и задачам исследования; количественным и качественным анализом экспериментальных данных с использованием метода математической статистики (коэффициент ранговой корреляции  $r_s$  Спирмена).

На основе качественного и количественного анализа были выделены и качественно описаны типы контакта. При качественном анализе взаимодействий в диаде мать – ребенок, мы обнаружили 3 существенно различающихся между собой группы контактов. Наиболее благоприятным типом контакта мы считаем контакт, в котором обнаруживается единство матери и младенца с высокой степенью позитивного эмоционального взаимоприятия. Такие отношения характеризуются близостью, чувствительностью и взаимообменом реакций друг к другу.

Мы предполагаем, что из данного типа контакта в дальнейшем сформируется надежный тип привязанности, так как при анализе данного типа контакта мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при надежном типе привязанности. Поэтому этот тип контакта мы назвали надежным типом контакта матери и младенца. Кроме того, мы обнаружили группу взаимодействий матери и ребенка с неблагоприятным типом контакта, мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при тревожно – избегающем типе привязанности, поэтому данный тип контакта мы назвали тревожно – избегающим типом контакта матери и младенца. Данный тип контакта характеризуется отдельным существованием, взаимодействием и отсутствием диалога между матерью и младенцем, несмотря на то, что они находятся в близости друг к другу. Кроме того, существенными характеристиками матери при данном типе контакта являются ориентированность не на ребенка, а на событиях окружающей среды, отсутствие чувствительности по отношению к ребенку и его реакциям, вследствие этого они не замечают, что ребенку не нравится та

стимуляция, которую мать использует для привлечения внимания ребенка, и предпринимают попытки навязывания ребенку, того, от чего он отворачивается и реагирует отрицательным эмоциональным состоянием. Мы предполагаем, что данный тип контакта может в дальнейшем развиваться в тревожно – избегающий тип привязанности.

В третьей группе мы заметили схожие проявления взаимодействия матери и ребенка, что и при амбивалентном (симбиотическом) типе привязанности, поэтому данный тип контакта мы назвали амбивалентный тип контакта матери и младенца. Одной из важных характеристик амбивалентного типа контакта матери и младенца, обнаруженных нами является амбивалентность, непостоянность контакта, возникающего между ними. Матери, у которых наблюдается амбивалентный тип контакта с младенцами характеризуются, прежде всего, преобладанием в их поведении ориентированности не на ребенка, а в основном на себе, своих чувствах и событиях, происходящих в окружающей среде. Такие матери умеют устанавливать контакт со своими младенцами, вступая с ними в диалог, т.е. с одной стороны они предпринимают попытки установления контакта, устанавливают его, но с другой стороны после этого прерывают его, отвлекаясь на себя или на события внешней среды, оставляя при этом младенца «наедине с собой». Непостоянство и амбивалентность материнского поведения отражается на поведении и реакциях младенца, складывается впечатление, что ребенок испытывает некую неуверенность в поведении матери и постепенно приспосабливается к таким изменениям, пытаясь отвлечься на внешнюю среду. Такие дети практически не проявляют голоса, складывается впечатление о некой «отрешенности» таких младенцев от взаимодействий с матерью.

Таким образом, в результате определения типов контакта с помощью наблюдения мы получили следующие результаты: из 14 младенцев 2 имеют надежный тип контакта, 9 младенцев имеют амбивалентный тип контакта и 3 тревожно – избегающий тип контакта.

В ходе статистической обработки данных полученных по «Мангеймской шкале оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S), мы обнаружили следующие результаты:

Обнаружили статистически значимую отрицательную связь между стимуляцией матери и реакцией на стимуляцию матери ребенка. Кроме того, мы обнаружили положительную взаимосвязь шкал матери по показателям: эмоции – ласковость, эмоции – искренность, ласковость – эмоции, ласковость – проявления голоса, ласковость – вербальные ограничения, ласковость – искренность, ласковость – содержание речи, проявления голоса – ласковость, проявления голоса – вербальные ограничения, проявление голоса – искренность, вербальные ограничения – ласковость, вербальные ограничения – проявления голоса, искренность – эмоции, искренность – ласковость, искренность – проявления голоса, искренность – реактивность, изменчивость

– содержание речи, реактивность – искренность, содержание речи – ласковость, содержание речи – изменчивость. Обнаружили положительную связь шкал ребенка по показателям: эмоции – проявления голоса, проявления голоса – эмоции. При выявлении взаимосвязи суммарного балла ребенка по показателям со шкалами матери обнаружили статистически значимую отрицательную связь между стимуляцией матери и суммарным баллом ребенка по показателям.

Обобщая данные можно сделать вывод о том, что существуют качественно различающиеся типы контакта матери и ребенка 3 – 4 месяцев, каждый из которых обладает существенными характеристиками и на качестве контакта сказывается гиперстимуляция матери, чем она выше по отношению к ребенку, тем меньше реакция ребенка на стимул и тем хуже качество контакта.

Литература.

1. Авдеева Н.Н. «Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве» Вопросы психологии – 1997 - № 4, с. 3 – 12.
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей» - М.: Академический проект, 2004, с. 345.
3. Винникотт Д.В. «Маленькие дети и их родители» - М.: Независимая фирма «класс», 1998, с 80.
4. Стерн Д.Н. «Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития» - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006, с. 376.
5. Филлипова Г.Г. «Психология материнства» - М.: Издательство института психотерапии, 2002.
6. Р.А. Шпиц, У. Годфри Коблинер «Первый год жизни» - М.: Академический проект, 2006, с. 352.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА СЕМЬИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

*Гречкина Т.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Проблема изучения семьи становится все более актуальной в современной психологии. Ребенок развивается в непосредственном контакте с миром людей и предметов, постепенно переходя в новый, знаково-символический план жизни и поведения. Семейная ситуация, которую взрослые оценивают как положительную или отрицательную, может совершенно противоположно восприниматься детьми. Иногда важнее установить, как ребенок воспринимает отношение окружающих к себе и какое поведение выбирает, чем пытаться оценить реальные родительские отношения. Само понятие «образ семьи» описательное, в исследованиях отражают лишь его когнитивный аспект. Изучением «образа семьи»

занимались следующие современные исследователи: С.О. Докучаев, Н.Л. Москвичева, Т.В.Андреева. Согласно результатам их исследований, значение «образа семьи» заключается в том, что в соответствии с образами родителей у ребенка складывается представление о себе, самооценка; через формирование «образа семьи» дошкольник усваивает жизненные ценности. Все это влияет на определенное отношение к людям, к окружающему миру в целом со стороны ребенка. «Образ семьи» влияет на построение определенных детско-родительских отношений и оказывает влияние на родительскую позицию и поведение в семье уже в будущем взрослого человека.

В настоящее время в России насчитывается более 700 тысяч детей-сирот. За последние 10 лет число детей, оставшихся без попечения родителей возросло более чем на 50%. Из них около 180 000 воспитываются в государственных учреждениях. Альтернативные детскому дому и школе-интернату модели обустройства сирот - усыновление, опека, попечительство, патронат – развиваются недостаточно быстро, и поэтому государственные формы устройства еще долго время будут оставаться основным институтом социализации детей-сирот. Основные психологические исследования воспитанников детских домов и интернатов направлены преимущественно на изучение познавательных процессов и личностных свойств. Специфика субъективных представлений о жизненных перспективах своей будущей семьи воспитанников данных учреждений изучена в меньшей степени.

Возрастной этап, когда необходимо изучать представление о будущей семье – это подростковый возраст, когда подросток отделяется, через процесс сепарации от своей семьи и формирует на основе уже полученных представлений о семье строит свои собственные.

Тем самым в нашей работе мы поставили проблему изучения психологических особенностей образа семьи детей-сирот подросткового возраста.

Соответственно объектом исследования – образ семьи у подростков.

Предмет исследования – психологические особенности образа семьи детей у подростков-сирот 13-17 лет, имеющих опыт воспитания в государственном учреждении

Центральная гипотеза нашего исследования – существуют ли психологические особенности образа семьи у подростков-сирот воспитывающихся в общегосударственных учреждениях.

Цель нашего исследования – теоретическое описание понятий и механизмов формирования психологического образа семьи у подростков.

Задачи:

1. Исследование значения семьи в общей картины построения подростками системы ценностей и оценки ими своих жизненных перспектив с точки зрения соответствия желаемого и возможного у испытуемых в контрольной и экспериментальной группах.

2. Изучение особенностей установок в области семейных отношений, определение семейных функций, распределение ролей между супругами при реализации этих функций у подростков.

3. Изучение различий в эмоциональной окрашенности восприятия дистанции и характера отношений членов семьи подростков, воспитывающихся в специализированных учреждениях

4. Изучение гендерных различий образа семьи у испытуемых контрольной и экспериментальной группах

Всего в исследовании приняли участие 60 человек подростков обоего пола возраста 13-17 лет (38 девочек и 22 мальчиков), учащиеся 8-11 классов школы №27 им.Дейнека и интерната №2 г.Курска. В исследовании применялись следующие методики: Е.Б.Фанталовой «Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов», «РОП» Т.В.Андреевой, контент- анализ мини - сочинения на тему «Какую семью я хотел бы создать», рисуночный тест «Заколдованная семья».

Проводилась статистическая и качественная обработка, полученных данных.

Так при анализе системы ценностей подростков были получены следующие результаты.

Название сферы	Среднее значение показателя Ц для этой сферы у подростков-сирот	Среднее значение показателя Ц для этой сферы у подростков
Счастливая семейная жизнь	8.67	8.43
Наличие хороших и верных друзей	7.43	8
Материально-обеспеченная жизнь	6.76	6.77
Любовь	6.43	6.77
Здоровье	6.20	4.43
Уверенность в себе	6.13	6.07
Свобода как независимость в поступках и действиях	5.10	5.33
Интересная работа	4.53	4.43
Познание	4.63	4.53
Красота природы и искусства	3.03	3.77
Творчество	3.76	3.37
Активная, деятельная жизнь	3.23	2

На основании средних показателей привлекательности ценности для подростков существенных различий обнаружено не было. И у подростков-сирот и у подростков из контрольной группы наиболее высокие средние значения ценностей имеют сферы «Счастливая семейная жизнь», «Наличие хороших и верных друзей», «Материально – обеспеченная жизнь», «Любовь». Наиболее низкие ценности– «Творчество», «Активная, деятельная жизнь», «Красота природы и искусства». При этом у подростков-сирот «Активная деятельная жизнь» ниже, чем у подростков-школьников.

Примерно такая же картина получается при содержательном описании тех сфер, которые оцениваются подростками как наиболее значимые (Их среднее по выборке значение Ц больше 8).

Название сферы	% количества человек от общего числа испытуемых оценивших эту ценность как высокозначимую (для экспериментальной группы)	% количества человек от общего числа испытуемых оценивших эту ценность как высокозначимую (для контрольной группы)
Счастливая семейная жизнь	60	53
Наличие хороших и верных друзей	50	50
Материально-обеспеченная жизнь	20	37
Свобода как независимость в поступках и действиях	20	13
Любовь	17	33
Здоровье	17	20
Уверенность в себе	13	17
Творчество	13	7
Познание	10	10
Красота природы и искусства	3	0
Интересная работа	0	0
Активная, деятельная жизнь	0	7

Более всего (53% - 60%) подростков и в контрольной и в экспериментальной группах оценили как наиболее привлекательную для себя сферу «Счастливая семейная жизнь» на 2 месте в этом рейтинге - «Наличие хороших и верных друзей». Эту ценность определили как очень значимую 50% обследуемых. На 3 месте — «Материально-обеспеченная жизнь» (20% - 37%), а на 4 месте у экспериментальной группы — «Свобода как независимость в поступках и действиях» (20 %), а в контрольной – «Любовь» (33%).

При рассмотрении результатов, полученных при оценивании подростками-сиротами субъективной доступности в будущем тех или иных жизненных сфер получаем следующую картину (Д более 8).

Название сферы	% количества человек от общего числа испытуемых оценивших ценность как более доступной в будущем (для экспериментальной группы)	% количества человек от общего числа испытуемых оценивших ценность как более доступной в будущем (для экспериментальной группы)
Счастливая семейная жизнь	40	27
Наличие хороших и верных друзей	23	17
Уверенность в себе	23	23
Здоровье	20	7
Творчество	16	20



Свобода как независимость в поступках и действиях	16	23
Активная деятельная жизнь	13	7
Интересная работа	13	10
Любовь	13	10
Материально-обеспеченная жизнь	7	3
Красота природы и искусства	3	3
Познание	3	20

На первом месте у подростков-сирот по-прежнему остаются «Счастливая семейная жизнь», «Наличие хороших и верных друзей». Но в то же время меняются местами позиции таких ценностей, как «Материально – обеспеченная жизнь», «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Уверенность в себе» и «Здоровье». Обладание материальными благами и свободой выбора становится проблематичным, а приобрести уверенность в себе и здоровье оценивается подростками-сиротами как более доступной, чем желанной.

А у контрольной группы видно, что на первом месте так же как и у экспериментальной группы подростки отмечают «Счастливую семейную жизнь». Но в остальном все координально меняется, так «Материально-обеспеченная жизнь», «Наличие хороших и верных друзей», «Любовь» опускаются на низкие уровни, тем самым характеризуются как тяжело достижимыми. При этом при оценки сферы «Свободы как независимость в поступках и действиях» как не очень важной ценности (она занимала 7-ую позицию), теперь же отмечается как одна из достижимых (находится на 2-ой позиции).

Если рассматривать в количественном показатели сферы «Счастливая семейная жизнь» (рис. 7), то достижения этой сферы у подростков-сирот выше, чем у подростков в контрольной группе, что возможно связано с нереальностью представлений об образе семьи в будущем, если учесть, что в данный момент у подростков-сирот семьи нет и нету адекватного опыта семейной жизни.

«Свободы как независимость в поступках и действиях» в контрольной группе оценивается выше, чем в экспериментальной, что связано, с сформированности у подростков-сирот ведомой и зависимой формы поведения.

Доступность сферы «Материально-обеспеченная жизнь» в количественном показателе у подростков из контрольной группы выше, чем у подростков из экспериментальной группы, что так же может быть связано со свободой и своими возможностями, что подростки из полноценной семьи больше верят в себя и в свои возможности достижения материального благополучия нежели подростки-сироты.

Литература.

1. Андреева Т.В. Психология современной семьи. Монография. – СПб.: Речь, 2005.

2. Витакер К. За пределами психики. Терапевтическое путешествие. – М.: Класс, 1999.
3. Сатир В. Вы и ваша семья. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО – Пресс, 2001.
4. Сатир В. Как строить себя и свою семью. - М.: Педагогика-Пресс, 1992.
5. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико – социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей. – М., 2006.
6. Черников А. Системная семейная терапия. – М.: Класс, 2001.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ**

*Ерёмина З.Н.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Родовспоможение - комплекс медико-социальных и лечебно-профилактических мероприятий, проводимых во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Основной задачей родовспоможения является предупреждение материнской смертности, осложнений, которые могут возникнуть во время беременности и родов. Важное значение имеют полноценное диспансерное наблюдение, патронаж беременных. Основными звеньями системы Родовспоможения являются женские консультации и родильные дома, а в сельской местности - фельдшерско-акушерские пункты. Большая роль в осуществлении родовспоможения принадлежит средним медработникам, в частности акушеркам, особенно работающим самостоятельно на фельдшерско-акушерских пунктах или в сельских родильных домах.

Процесс родов – длительный процесс, требующий постоянного наблюдения и контроля со стороны медицинского персонала по отношению к беременной женщине. Для мониторинга физического состояния женщины и ребенка необходимы такие специалисты, как акушер-гинеколог (высшее медицинское образование, интернатура или ординатура) и акушерка (среднее медицинское образование). Для поддержания психологического комфорта женщины необходимо присутствие клинического психолога (высшее психологическое образование).

Каждый субъект родовспоможения имеет свои четко определенные функции на каждом этапе родового процесса, которые он должен неукоснительно выполнять для достижения наилучшего эффекта.

Первый период родов — период раскрытия. Роженица проводит в кровати в предродовой палате, вставать ей разрешают только при целости вод и при условии фиксации предлежащей части во входе в малый таз. Функции медицинского персонала: наблюдение и контроль за общим

состоянием, самочувствием и поведением роженицы в родах, (окраской кожных покровов и слизистых оболочек, осведомляется о наличии головной боли, расстройства зрения; измерение артериального давления, пульса, температуры, определяет продолжительность схватки, при необходимости проведение катетеризации, проведение гигиены), а также контроль за состоянием ребенка (выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом или аппаратом «Малыш», а также путем регистрации электро- и фонокардиограммы ребенка) Функции психолога: тщательно соблюдать правила деонтологии при работе в предродовой, внимательно, чутко относиться к роженице, четко и своевременно выполнять назначения врача, вселять уверенность в благополучный исход родов. Психолог оказывает эмоциональную поддержку женщине, активизирует регуляторный потенциал женщины в преодолении болевых ощущений в процессе родов, нейтрализует эгоцентрические установки и реакции женщины, переключает ее на ребенка.

При полном открытии маточного зева и опускании головки плода в полость малого таза роженицу переводят в родовой зал, где продолжают наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания.

В течение всего периода изгнания около роженицы должны находиться врач и акушерка (медицинская сестра), психолог. В периоде изгнания функции медицинского персонала: наблюдение за общим состоянием роженицы, (окраской кожных покровов и слизистых оболочек, регулярное измерение пульса, артериального давления; осведомление о самочувствии роженицы, учитывая возможность появления чувства нехватки воздуха, головной боли, расстройства зрения и др, тщательный контроль характера родовой деятельности, определяя частоту, силу и продолжительность потуг). Психолог оказывает эмоциональную поддержку женщине, мотивирует ее для точного выполнения указаний медицинского персонала.

В третьем (последовом) периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. При нарушении физиологического течения последового периода может возникнуть патологическое кровотечение, в связи с чем роженица в последовом периоде должна находиться под постоянным наблюдением врача и акушерки (медицинской сестры). Последовый период проводится активно-выжидательно. Психолог информирует женщину о состоянии ребенка, нейтрализует тревожные проявления.

Первые два часа после родов родильница должна оставаться в родильном отделении под тщательным наблюдением дежурного врача. Психолог находится рядом с женщиной, помогает ей, оказывает поддержку, проводит беседу, касающуюся воспитания ребенка, информирует женщину о процессе развития ребенка.

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, при котором участники направлены на достижение общей цели и при котором каждый из участников вносит определенный вклад в достижение этой цели.

В процессе родовспоможения общая цель для всех субъектов – это рождение здорового ребенка, а также физическое и психологическое здоровье матери.

Существует ряд условий для достижения этой цели, которые оказывают влияние на достижение этой цели. К ним относятся: благоприятный психологический комфорт, четкое выполнение функций каждого субъекта процесса, направленность на сотрудничество всех субъектов, достижение взаимопонимания между участниками процесса и т.д. Таким образом, при выполнении каждым участником процесса своих функций, при бережном отношении к роженице, а также при уважительном отношении друг к другу, достигается ожидаемый результат. На свет появляется здоровый ребенок.

Литература.

1. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // *Вопр. психологии.* - 2002. - № 1. - 59-68.

2. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Коваленко Н.П. ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб., 1998. - 20 с.

3. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. - СПб. : Сотис, 2001. - 311 с. Шифр РНБ: 2002-3/15582.

4. Скрицкая Т.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности : учеб.-метод. пособие / Т.В.Скрицкая, Н.В.Дмитриева. - Новосибирск : НГПУ, 2002. - 95 с. Шифр РНБ: 2003-4/5161.

5. Тренинговый курс. Готовлюсь стать мамой. Психологическое сопровождение беременности ; Кузьмич О.Г. ; 2010 ; Речь ; 978-5-9268-0595-3

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОПЫТА НЕВЫНАШИВАНИЯ НА ПЕРЕЖИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Ившина М.Е.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

Беременность рассматривается как критический период жизни женщины, важнейшая стадия ее поло-ролевой идентификации и совершенно особая ситуация для адаптации. Отмечается, что в этот период актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы, осложнявшие взаимодействие с собственной матерью.

Беременность как значимое событие в жизни женщины ею переживается. Наличие прошлого опыта является основной предпосылкой

для её переживания. Наличие опыта невынашивания у беременной женщины влияет на её субъективные переживания.

К сожалению, на данный период времени мы не имеем четкого определения «переживания беременности». Нет методов для реализации помощи беременным женщинам в переживании столь значимого события.

Таким образом, проблемой нашего исследования является, выяснение каким образом наличие негативного опыта влияет на переживание беременности.

Факторы привязанности матери к ребенку в период беременности придает большое значение формирование фиктивного материнского поведения, в приспособлении ребенка к окружающему миру.

Беременность - одно из самых важных событий жизни женщины. Тип переживания беременности зависит от многих факторов, в том числе от опыта невынашивания, личностных особенностей, жизненной ситуации и влияет на особенности смысловой и эмоциональной сферы беременных женщин.

В отечественной психологии наиболее распространенным взглядом на природу переживания относят теории Ф.Е.Василюка и С.Л.Рубенштейна.

Переживание – это особая деятельность, направленная на перестройку психологического мира, на установление смыслового соответствия между сознанием и реальностью. (Василюк Ф. Е.) Деятельность по переживанию возникает в ситуации, в которой не возможно реализовать внутренние необходимости жизни субъекта. Таким образом, можно утверждать, что переживание – это «борьба против невозможности за создание возможности в ситуации жизненных мотивов».

На уровне бытия переживание - это восстановление возможностей реализации внутренних необходимостей жизни, а на уровне сознаний – обретение осмысленности. В рамках отношения сознания к бытию работа переживания состоит в достижении смыслового соответствия сознания и бытия, что в отнесенности к бытию суть обеспечения его смыслом, а в отнесенности к сознанию – смысловое принятие его бытия.

Беременность переживается как одно из событий жизни женщины. Во время беременности активность женщины направлена на перестройку ее психологического мира в связи с установлением смыслового соответствия между ней и ее будущим ребенком. Сам процесс переживания помогает, женщине справиться, с критической жизненной ситуацией. Ведь, как правило, беременность влечет за собой изменение отношений с окружающими. Переживание стремится к достижению психического равновесия.

Переживание – это особая внутренняя деятельность с помощью, которой человеку удастся перенести те или иные жизненные события и положения, восстановить утраченное душевное равновесие, справиться с критической жизненной ситуацией. (Василюк Ф. Е.).

Критическая ситуация – ситуация в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни, мотивов, стремлений, ценностей.

Беременность можно рассматривать как критическую ситуацию, которая может быть и как стрессовой и фрустрационной, так и конфликтной и кризисной. Поэтому переживание беременности есть переживание критической ситуации, происходящее по вышеизложенному механизму.

Совокупность человеческих чувств - это совокупность отношений человека к миру и к другим людям в непосредственной форме личного переживания. Эмоциональная сфера в структуре личности у разных людей различна в зависимости от темперамента человека и от того, как глубоко его переживания; основные события в жизненном пути человека «превращаются» для него в переживания и оказываются решающими в истории формирования личности. (Рубинштейн С.Л.) Беременность, выступая как событие из жизни женщины, приобретает эмоциональную окраску. Степень осознанности эмоционального переживания беременности зависит от значимости этого события для жизни женщины.

Жизненный путь – индивидуальная история личности.

Сущность человеческой личности, по С.Л.Рубинштейну, находит своё завершающее выражение в том, что оно не только развивается, как всякий организм, но и имеет свою историю. В процессе психического развития человек решает 3 главных вопроса своей жизни: «Чем я был», «что я сделал», и «чем я стал».

Основные различия в эмоциональной сфере личности связаны с различием в содержании человеческих чувств, в том, на что они направляются, и какое отношение человека выражают. «В чувстве человека в форме непосредственного переживания выражаются все... мировоззренческие и идеологические установки человека, все его отношения к миру и другим людям» (Рубинштейн С.Л.).

Когда мы утверждаем, что психическое явление стало переживанием человека, это означает, что оно в своей индивидуальности вошло как определяющий момент в индивидуальную историю данной личности и сыграло в ней какую-то роль. Переживание не является чисто субъективным, так как это переживание чего-то, включенного в определенный объективный план.

Если событием называется такое явление, которое заняло определенное место в каком-то историческом ряду и в силу этого приобрело определенную специфичность, то переживание можно обозначить как психическое явление, которое стало событием внутренней жизни личности.

Таким образом, беременность можно рассматривать как событие жизни личности, которое является эмоционально окрашенным состоянием.

С позиции анализа беременности как условие развития ребенка исследуются особенности психического состояния женщины в беременности, влияющее на развитие ребенка. Первую очередь это наличие стрессов,

депрессивных состояний, психопатологических особенностей, их возникновения и обострения в различные периоды беременности.

Цель нашего исследования - определить влияние опыта невынашивания на переживание беременности.

Таким образом, мы предполагаем, что опыт невынашивания (выкидыш) беременности влияет на переживание беременности, личностных особенностей, жизненной ситуации и влияет на особенности смысловой и эмоциональной сферы беременных женщин.

1. Если у женщины был опыт невынашивания, то её смысловая сфера будет иметь другие особенности в характеристике целей, процессов и результатов.

2. Если у женщины был опыт невынашивания, то по отношению к беременности доминирует чувство страха и тревоги.

В исследовании приняли участие 27 женщин со сроком беременности 27 – 39 недель, из них 10 человек составили контрольную группу (без опыта невынашивания беременности) и 17 человек составили экспериментальную группу (с опытом невынашивания беременности в виде выкидыша). В исследовании применялись следующие методики: интервью, тест смысложиненных ориентаций Д.А.Леонтьева, тест Г.В. Ложкиной и А.Ю. Рождественского «Саморефлексия телесного потенциала», цветовой тест отношений (ЦТО) Эдкинда, тест Филипповой «Фигуры».

Анализ полученных результатов проводился в несколько этапов:

На первом этапе, были проанализированы результаты интервью беременных женщин с целью выделения групп женщин с целью выделения групп женщин с различным прошлым опытом. Выделена контрольная группа – без опыта невынашивания беременности, нормородящие и со сроком 27 – 39 недель и ожидающие первого ребенка и экспериментальная группа – с опытом невынашивания беременности в виде выкидыша, нормородящие, ожидающие первого ребенка, срок беременности 27 – 39 недель.

На втором этапе были сопоставлены две группы: контрольная и экспериментальная. Выявлены особенности смысловой сферы, эмоциональной сферы, тип переживания беременности.

Проводилась статистическая обработка, полученных данных.

Значимые различия при статистической обработке данных обнаружены по шкале «Цели в жизни», по шкале общего показателя осмысленности жизни, по стилю переживания беременности.

Статически значимые различия по показателям «Цели в жизни», «осмысленности жизни» выше в контрольной группе, чем в экспериментальной группе. Различные показатели по стилю переживания беременности. В экспериментальной группе цели направлены в будущее и характеризуются возможностью создавать конкретную программу действий для достижения цели и гибко менять программу операций. Их повышено тревожное состояние переживания беременности свидетельствует о напряжении подсистемы эмоциональной регуляции и недостаточности

личностного ресурса для совладания с новыми условиями. У беременных женщин с опытом невынашивания беременности представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями. Их осмысленность жизни высокая, что свидетельствует о высоком значении событий для жизни женщины, и телесные возможности используются как инструмент для вынашивания ребенка.

В контрольной группе цели направлены на настоящий момент и характеризуются неадекватной оценкой условий достижения цели. Их адекватное переживание беременности способствует более чуткому реагированию на изменение условий протекания беременности, а телесный потенциал интегрируется в Я-структуру становится его частью, связывая между собой мать и ребенка. У беременных женщин без опыта невынашивания беременности явно выраженная потребность в поддержке и одобрении, что свидетельствует о напряжении подсистемы эмоциональной регуляции и недостаточности личностного ресурса для совладания новыми ресурсами.

Обобщая данные можно сделать вывод о том, что опыт невынашивания беременности влияет на переживание беременности.

Смысловая сфера беременных женщин с опытом невынашивания беременности имеет место построение планов, которые не имеют реальной опоры в настоящем, у женщин без опыта невынашивания ребенок имеет очень большое значение. Планы они строят в соответствии с реальной опорой.

Эмоциональная сфера беременных женщин с опытом невынашивания беременности находится в состоянии выраженной социально–психологической дезадаптации. Тревожная и болезненная оценка своего самочувствия. Женщины без опыта невынашивания беременности присутствует болезненная оценка своего состояния и не строят планов на будущее.

Отношение к беременности характеризуется тем, что у женщин с опытом невынашивания беременности отмечается изоляция и неуверенность в себе. У женщин другой группы существует потребность в поддержке и одобрении. В обеих группах отмечается выраженность в социально – психологической дезадаптации, что связано с новым состоянием беременности.

Литература.

1. Асмолов А.Г. Психология личности - Изд-во Московского Университета, 1990
2. Брутман В.И., Филлипова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщины во время беременности и после родов // Вопросы психологии 2002 №1 – стр 59 – 68.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания – Изд-во Моск. Ун-та, 1984
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла – М. 2003



5.Тхостов А.Ш. «Психология телесности» М., - смысл. 2002

6.Филлипова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд – во Института Психотерапии.2002.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН В РОДОВОМ ПРОЦЕССЕ**

*Каменева Е.Г.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В современной клинической психологии одной из наиболее актуальных проблем является проблема становления профессиональных компетенций специалистов, занимающихся решением стратегической государственной задачей - сохранением и укреплением здоровья нации. Практическая актуальность по нашей деятельности определяется: необходимостью обоснования введения специализации психолога - специалиста родовспоможения. Процесс психологического сопровождения клиническим психологом в специальных медицинских учреждениях может рассматриваться с различных позиций, во-первых, с позиции пролонгированной стратегии сопровождения женщин в родовом процессе, во-вторых, с позиции стратегии непосредственного участия в родовом процессе.

Профессиональное воздействие клинических психологов позволяет снизить у женщин негативные и деструктивные психические состояния (прежде всего предродовые страхи), усилить их адаптивный потенциал, оптимизировать личностные ресурсы.

Перинатальная психология зародилась во второй четверти XX века в рамках психоаналитического направления (А.Фрейд, Э.Эриксон, К. Хорни). Начиная с 70-х годов XX века она активно развивалась в рамках трансперсональной психологии (С.Гроф, Ф.Лейк, А.Хантер, В.Эмерсон). В русле отечественной возрастной психологии, базирующейся на теоретических построениях Л.С.Выготского, М.И.Лисиной, Д.Б.Эльконина, происходило изучение развития младенца в соотношении с качествами матери. Методологические подходы представлены онтогенетической концепцией Г.Г.Филипповой, биопсихосоциальной концепцией В.И.Брутмана. Немногочисленные работы отечественных ученых не позволяют разрешить на современном научном уровне возникшее противоречие между требованиями практики родовспоможения и теоретико-методологической разработанностью проблемы содержания профессиональной деятельности клинического психолога. Оптимальное решение находится в междисциплинарной области научных исследований. Знание психологических закономерностей, динамики, механизмов становления профессиональных компетенций клинического психолога позволит перейти от описательного, мозаичного подхода к

конструктивистскому, целостному подходу, включающего в себя позицию ответственности специалиста за результат профессиональной деятельности, понимание им целей, задач, ценностей решаемой задачи, контекста происходящего.

Таким образом, мы видим, что отмечается большой научно-исследовательский интерес к процессу психологического сопровождения женщин в период беременности, но большинство исследовательских подходов ограничивают пространство психологического сопровождения дородовым периодом, а родовой период не рассматривается или рассматривается частично. Поэтому, проводимая нами деятельность, представляется актуальной в настоящее время. Работа клинического психолога по сопровождению женщин в родовом процессе имеет четко определенные цели, задачи, технологии и методы.

Процесс родов в своей динамике реализуется в трех периодах: период раскрытия родовых путей (является самый продолжительным и характеризуется регулярными схватками с нарастающей интенсивностью и длительностью), период изгнания плода (в ходе этого периода рождается ребенок), последовый период (в ходе этого периода происходит рождение последа). (Воронин К.В., Зелинский А.А. Справочник акушерки.- М.: Триада-Х, 2002.- 240с)

Цели оказания психологического сопровождения в родовом процессе:

1. эмоционально-эмпатическая поддержка беременных женщин;
2. нейтрализация острых психоэмоциональных (аффективных) реакций;
3. поддержание состояния адекватности через информирование о последовательности действий процесса родовспоможения;
4. формирование эмоционально положительной установки на процесс взаимодействия врача и пациента.

В качестве объекта выступает психоэмоциональное состояние женщины в процессе родовспоможения.

Субъекты процесса психологического сопровождения родовспоможения - врач акушер-гинеколог, акушер, клинический психолог, беременная женщина.

Алгоритм действий:

1. добровольное согласие беременной женщины на оказание психологической помощи;
2. информирование о цели сопровождения;
3. информирование о последовательности предродовых мероприятий;
4. психофизиологические техники нейтрализации острых аффективных реакций;
5. организация и регистрация обратной связи об актуальном состоянии беременной женщины (эмоциональном и физическом);

6. информирование врача об эмоциональном (психологическом) состоянии пациента.

Критерии эффективности процесса психологического сопровождения женщин в родовом процессе:

1. эмоционально положительные реакции роженицы на момент первого непосредственного соприкосновения с ребенком.

2. желание женщины иметь второго ребенка.

Литература.

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. - СПб.: Сотис, 2001.

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

3. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопр. психологии. – 2002. - № 1. – 59-68.

4. Воронин К.В., Зелинский А.А. Справочник акушерки.- М.: Триада-Х, 2002.- 240с

5. Добряков И.В. Теория и практика перинатальной психологии. //Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28 июня 2003 года: в 8 т. - СПб.: изд-во С.-Петерб. Ун-та, 2003.

6. Захарова Е.И. Ребенок до рождения. Серия «Психология ребенка» СПб., 1998.

7. Макмахон А. Все о рождении ребенка. М 1999.

## **СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БОЕВЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ**

*Миракян К.Ф.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В последние годы отмечается значительное повышение исследовательского интереса к спортивной деятельности как особому виду профессиональной деятельности. Актуальность изучения эмоционально-волевой регуляции спортсменов обусловлена специфичностью условий спортивной деятельности, а именно стремлением к максимальным достижениям, состязательностью (стремлением к победе), большими физическими и психическими нагрузками.

Основной проблемой исследования является определение структурной организации эмоционально-волевой регуляции спортсменов с различным уровнем спортивных достижений (на примере боевых искусств).

Основной целью исследования являлось изучение структурной организации эмоционально-волевой регуляции спортсменов с различным уровнем спортивных достижений (на примере восточных единоборств).

В исследовании приняли участие 80 человек в возрасте от 15 до 22 лет.

В соответствии с критерием уровня спортивных достижений было выделено 2 группы: спортсмены, имеющие разряд (53 человек), кандидаты и мастера спорта (27 человек).

В исследовании применялись следующие группы методов: организационные (метод поперечных срезов); эмпирические методы (беседа, наблюдение, психодиагностические методы); методы обработки данных (методы общей статистики, методы сравнительной статистики, методы многомерной статистики); интерпретационные методы, психодиагностические методы. При статистической обработке результатов использовался пакет прикладных программ STATISTICA 6.0.

Гипотеза нашего исследования звучит следующим образом: спортсмены с высоким уровнем спортивных достижений характеризуются высоким уровнем организации параметров системы эмоционально-волевой регуляции.

Рассматривая психические состояния в качестве психологической характеристики личности спортсмена, которая отражает сравнительно длительные его переживания, наиболее значимыми являются социальная фрустрированность, состояние утомления (физического и интеллектуального), состояние готовности к риску, а также состояние нервно-психического напряжения. Психические свойства, в свою очередь, оказывают регулирующее воздействие на психические состояния. В качестве свойств-регуляторов у спортсменов нами будут рассмотрены стрессоустойчивость, сила воли, а также система саморегуляции личности, включающая в себя процессы планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, гибкости и самостоятельности.

Состояние нервно-психического напряжения обусловлено предвосхищением неблагоприятного для субъекта развития событий; сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, иногда страха, однако, в отличие от тревоги, включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом, т.е. сохраняется возможность осознанной регуляции данного психического состояния.

По характеру влияния на эффективность деятельности (в спортивной деятельности ее эффективность определяется уровнем достижений) можно выделить состояния операционального и эмоционального нервно-психического напряжения. Операциональное нервно-психическое напряжение, в основе которого лежит преобладание процессуальных мотивов деятельности, оказывает мобилизующее влияние на индивида и способствует сохранению высокого уровня работоспособности. Развитие состояний эмоционального нервно-психического напряжения характеризуется выраженной отрицательной эмоциональной окраской поведения,

деформацией мотивационной структуры деятельности и приводит к снижению ее эффективности и дезорганизации (А.В. Петровский, В.Я. Ярошевский, 1985).

Среди факторов, порождающих нервно-психическое напряжение, наибольшее значение имеют фрустрирующие и конфликтные ситуации в сфере значимых отношений личности и ее социального окружения.

Социальная фрустрированность представляет собой психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели, проявляющееся в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и др. (А.В. Петровский, В.Я. Ярошевский, 1985). Сила социальной фрустрированности зависит от степени значимости блокируемого поведения и субъективной «близости» достижения цели. Защитные реакции в состоянии социальной фрустрированности связаны с появлением агрессивности, уходом от трудной ситуации, снижением сложности поведения, поскольку в результате возрастающего напряжения затормаживаются более сложные структуры регуляции деятельности, в том числе и спортивной.

К условиям возникновения состояния социальной фрустрированности, согласно Э.И. Киришбаум, А.И. Еремеевой (1990), относятся следующие: 1) наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия; 2) наличие сопротивления (препятствия–фрустратора).

Утомление рассматривается в качестве состояния, возникающего при длительной или интенсивной работе, в результате которой человеку становится сначала трудно, а затем и невозможно поддерживать требуемые интенсивность и качество работы. Оно отражает перестройку регуляторных функций от оптимального режима работы к экстремальному, чтобы поддерживать работоспособность на прежнем уровне. При развитии утомления наблюдаются изменения не только в вегетативной и мышечной системах, но и в психической сфере (Е.П. Ильин, 2009).

Состояние готовности к риску (ристантность) связано с мобилизационной готовностью мотивационной сферы к определенному уровню достижений. В основе готовности к риску лежат следующие мотивационные образования: стремление к самосовершенствованию (укрепление здоровья, улучшение телосложения, развитие физических и волевых качеств); стремление к самовыражению и самоутверждению; социальные установки (мода на спорт, стремление сохранить спортивные семейные традиции, желание быть готовым к труду); удовлетворение духовных потребностей. Состояние готовности к риску сопряжено с осторожностью.

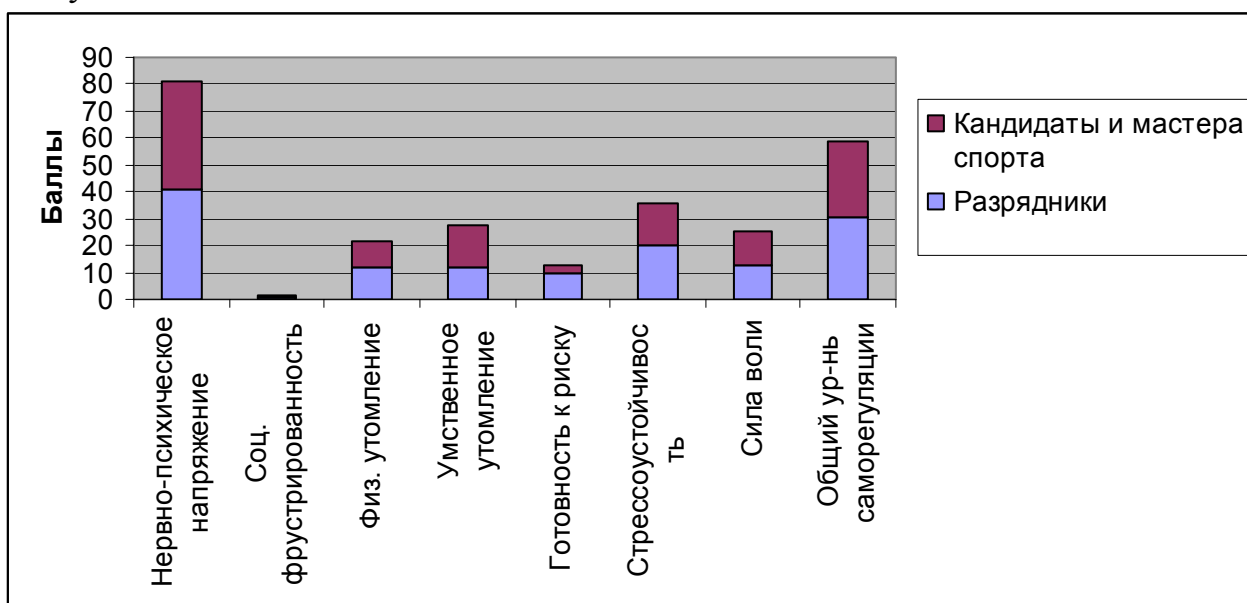
Стрессоустойчивость рассматривается в рамках данного исследования в качестве психического свойства, характеризующего неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование (Г. Селье, 1994). Стрессоустойчивость, являясь психическим свойством, характеризует

приспособительные возможности личности (Л.В. Куликов, О.А. Михайлова, 2001).

Сила воли спортсменов проявляется в различных волевых качествах: настойчивости, упорстве, терпеливости, смелости, решительности, выдержке и других (Е.П. Ильин, 2009). Обладать всеми этими качествами в одинаковой степени спортсмены не могут. В данном случае в исследовании представлены результаты исследования общего суммарного показателя силы воли.

Следующим рассмотрим систему саморегуляции личности, которая представляет собой целостную систему психических средств, при помощи которых человек способен управлять своей целенаправленной активностью (В.И. Моросанова, 2004). Согласно концепции И.В. Моросановой (2004), в качестве основных функциональных компонентов модели саморегуляции были выделены следующие: цели деятельности, модель значимых условий, программа исполнительских действий, критерии успешности, оценивание результатов, коррекция. Данные функциональные компоненты системы саморегуляции реализуются одним из частных регуляторных процессов, к которым относятся: планирование целей, моделирование значимых для достижения цели условий, программирование действий, оценивание, коррекция результатов. Эти процессы между собой взаимосвязаны, имеют сложную архитектуру и могут осуществляться как последовательно, так и параллельно. Саморегуляция осуществляется как единый процесс, обеспечивая мобилизацию и интеграцию психологических особенностей человека для достижения целей деятельности и поведения (И.В. Моросанова, 2004).

Таким образом, в процессе рассмотрения особенностей эмоционально – волевой регуляции спортсменов с различным уровнем спортивных достижений, нами был построен профиль системы эмоционально–волевой регуляции (Рис. 1). Исходя из полученных данных, можем сделать следующие выводы.



## **Рис. 1. Профиль системы эмоционально–волевой регуляции спортсменов с различным уровнем спортивных достижений**

Во-первых, система эмоционально-волевой регуляции у спортсменов с различным уровнем спортивных достижений характеризуется средними значениями по всем параметрам, что соответствует закону оптимума. Однако у спортсменов с высоким уровнем спортивных достижений показатели параметров эмоционально-волевой регуляции значимо выше по сравнению со спортсменами с более низким уровнем спортивных достижений. Во-вторых, спортсмены с высоким уровнем спортивных достижений, характеризуясь более высокими показателями параметров эмоционально-волевой регуляции, обладают высокими адаптационными возможностями за счет более развитых функций планирования, программирования и контроля деятельности и поведения в целом.

Литература.

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984. – 198 с.
2. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А.Карпенко; Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
3. Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. Психические состояния. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 1990. – с. 78-83
4. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса – М.: Наука, 1983. – с. 10-16
5. Моросанова В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССМП): Руководство, – М.: Когито-Центр, 2004. – 44 с. (Психологический инструментарий)
6. Прохоров А.О. Неравновесные (неустойчивые) психические состояния // Психол. журнал. – 1999. – Т. 20. – №2. – с. 115-124.
7. Родионов А.В. Влияние психологических факторов на спортивный результат. – М.: Физкультура и спорт, 1987.

## **СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛИ У ЖЕНЩИН В РОДОВОМ ПРОЦЕССЕ**

*Романова Е.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

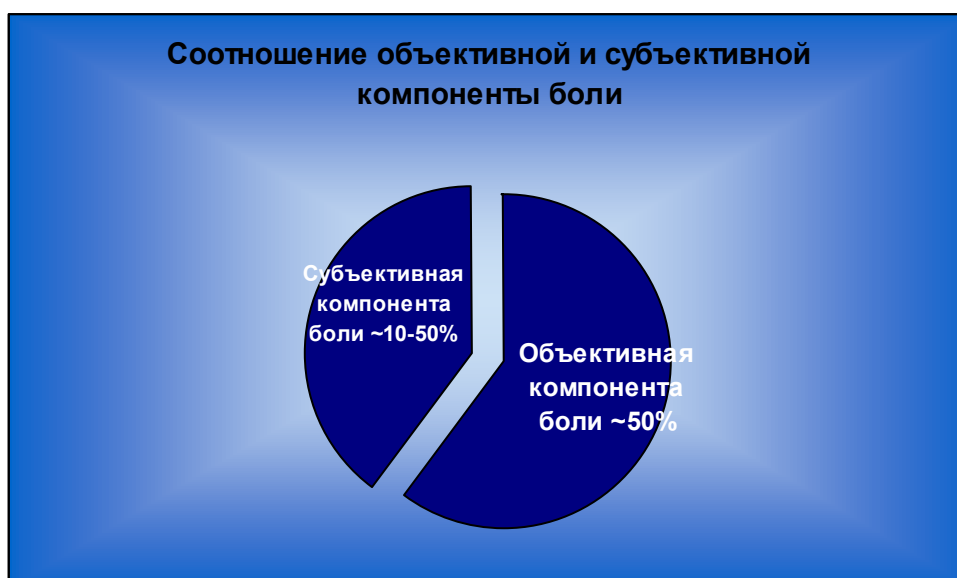
Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения (определение Международной ассоциации по изучению боли IASP). Процесс родов – это специфический процесс, где боль занимает существенное место. С точки зрения физиологии в процессе родов происходит значительное раздражение нервных окончаний,

волокон, сплетений в результате сокращений матки, сдавливая ее предлежащей частью и растяжения связочного аппарата. При этом образуется мощный поток афферентной импульсации в ЦНС, где формируются болевые ощущения (Лурье А. Ю., Жмакин К. Н., Курдиновский В. А., Красовский А. Я). Болевые ощущения включают в себя субъективную и объективную компоненты. Объективная компонента переживания боли не попадает в зону компетентности клинического психолога, а вот субъективная компонента может быть скорректирована или нейтрализована в ходе психологического сопровождения процесса родовспоможения. Для большинства женщин процесс родов сопровождается высокоинтенсивными болевыми ощущениями. Объективные физические причины возникновения боли (раскрытие шейки, потуги, сдавливание мышечных сосудов, дефицит крови и кислорода в мышцах матки, судорожное напряжение мышц), субъективная компонента - тревога, страх, установки ожидания боли, - эти явления приводят к усилению объективной компоненты боли.

Вопрос о нейтрализации болевых ощущений у женщин в процессе родов ставился еще в древности. Тогда использовались амулеты, особые ритуалы. В средние века при родах использовали отвар маковых головок или алкоголь. Однако применение этих напитков приносило лишь незначительное облегчение, сопровождаясь при этом серьезными нежелательными явлениями, в первую очередь для ребенка. На степень психологической незащищенности и неподготовленности будущих матерей перед родами указывает то, с какой готовностью они соглашались и соглашались на применение любых обезболивающих препаратов, не думая о возможных последствиях для себя и собственного ребенка. Впервые Лондонский врач-гинеколог Г. Диг-Рид 1933г. пришел к заключению, что главной причиной ощущения боли является тревога и страх перед родами как страх перед неизвестным. Страх вызывает судорожное напряжение мышц, в том числе маточных, при этом сдавливаются сосуды, проходящие через мышцы матки, в связи с чем происходит нарушение поступления в них крови и кислорода. Именно это нарушение причиняет роженице боль. Безусловно, снять определенную долю субъективной компоненты боли возможно. В первую очередь посредством информирования беременной женщины о последовательности родового процесса, его этапах, переключения внимания роженицы со своего состояния на состояние ребенка, тем самым выстраивая доминантное значение состояния ребенка для матери.

В современной практике процесс родовспоможения может рассматриваться как система терагностических и психотерапевтических воздействий, направленных на снижение интенсивности болевых ощущений, как источника психотравмирующей ситуации.





В качестве терагностических методов рассматривается метод субъективного шкалирования, основная цель которого – психологический контроль за переживанием болевых ощущений женщины в процессе родов. Данный метод реализуется следующим способом. Женщина информируется о целесообразности оценки болевых ощущений по 10 бальной шкале в процессе родовой деятельности. То есть, исходя из своих объективных и субъективных ощущений она должна обозначить интенсивность болевых ощущений. Показатели субъективной оценки интенсивности болевых ощущений соотносится с длительностью схваток и по возможности с их интенсивностью.

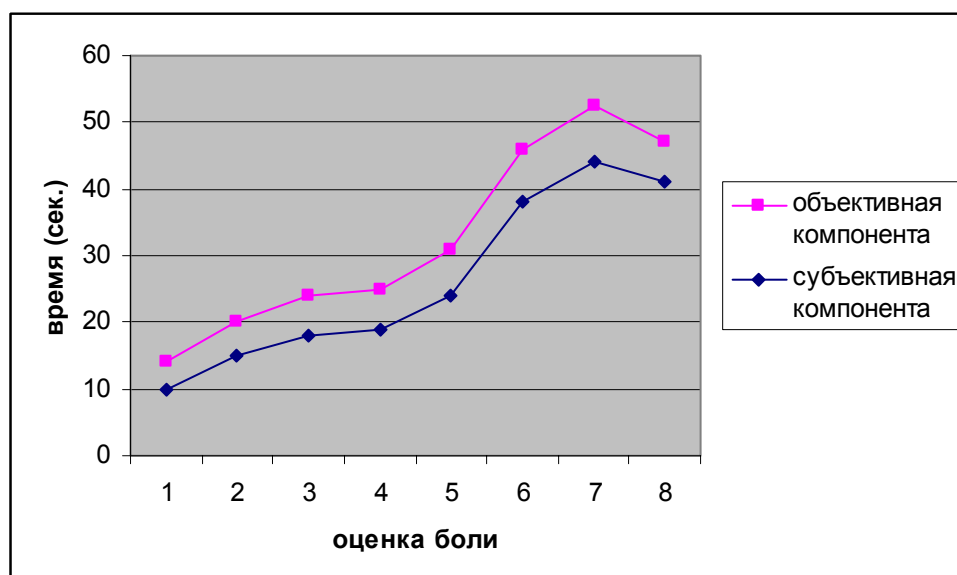


График соотношения реальных оценок интенсивности схваток (осуществляемых с использованием прибора «Малыш», электро- и фонокардиограф) и субъективной оценки переживания боли иллюстрирует тенденцию прямо пропорциональной зависимости данных показателей.

Разность между показателями может рассматриваться как пространство воздействий клинического психолога.

## **ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ И СМЫСЛОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Сотников В.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск**

В последние десятилетия в мире резко возросло количество людей страдающих онкологическими заболеваниями. По данным вестника Российского онкологического научного центра имени Н.Н.Блохина РАМН [6] на 2007 год заболеваемость онкологией в России составляет в среднем 250 человек на 100 тысяч. В 2006 г.в России выявлено 485 387 новых больных злокачественными новообразованиями. По сравнению с 2002 г. прирост абсолютного числа заболевших составил у мужчин и женщин 4,6 и 9,3% соответственно.

По мнению многих психологов (А.Ш.Тхостов, Н.Г.Кошуг, А.В.Гнездилов, В.Н.Герасименко, М.Ранна) проблема человека находящегося в ситуации онкологического заболевания должна рассматриваться не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая. В целом «болезнь изменяет отношение к больному со стороны общества» [5]. В ситуации тяжелого, смертельно опасного заболевания это приобретает особую актуальность. В исследовании, проведенном Н.Г.Кошуг и А.Ш.Тхостовым на материале 1000 респондентов различных социальных групп было показано существование сдержанного и негативного отношения к онкологическим больным.

Онкология является тем заболеванием, которое «несёт в себе бремя представления о заразе» [2]. Тяжесть заболевания и «зараза» приводит к тому, что происходит разрушение привычной деятельности, установок и отношений личности. Человек оказывается в ситуации «невозможности... невозможности жить, реализовывать внутренние необходимости своей жизни» [1], в ситуации кризиса. Такое значительное изменение жизнедеятельности больного заставляет человека по-новому взглянуть на свою жизнь, её смысл. Всё это отражается на переживании психологического времени жизни. Происходит деформация четкой временной, жизненно-смысловой перспективы, заболевание «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» [2].

Несмотря на то, что проблема психологического времени жизни, как справедливо отмечает, например, Г. М. Андреева, имеет давнюю традицию изучения в психологии, маркируясь как «временная перспектива личности» (К. Левин), «временной кругозор» (П. Фресс), «концепция времени личности в масштабах ее жизни» (А. А. Кроник), «временная перспектива» (К. А. Абульханова) на данный момент отсутствуют работы, как на уровне

теоретических анализа, так и эмпирического изучения, вскрывающие особенности и механизмы изменения структуры психологического времени жизни при онкологическом заболевании.

Онкологическое заболевание как пример особенно тяжёлой соматической патологии разрушает, или дестабилизирует уже сложившуюся систему смыслов, ценностей, паттернов отношения к себе и поведения в целом. Эти все черты свойственны такому психологическому явлению, как кризис, но кризис не связанный с какими-либо возрастными периодами, а с образовавшейся «социальной ситуацией развития». Заболевание создаёт особую «социальную ситуацию развития». Оно может изменить уровень психических возможностей осуществления деятельности, может вести к ограничению круга контактов с окружающими людьми, часто по объективным или субъективным причинам приводит к ограничению его деятельности в целом, т.е. меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а тем самым его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни [4].

Таким образом, социальная ситуация развития в условиях заболевания становится предметом активной «внутренней работы», «деятельности переживания» 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 смысловые изменения в структуре личности [4].

Кризис, как явление жизни необходимо рассматривать как процесс смысловой динамики, под которой мы подразумеваем процессы порождения и изменения смысловых образований, их места в иерархии повышении или понижении уровня осознанности, энергетичности и т.д.

По мнению К.Муздыбаева [3], значительная часть людей, переживающая кризисы поглощена прошлым или не имеет определённой временной ориентации. На фоне полного неприятия настоящего обращённость исключительно в прошлое, в сущности, является признаком упадка. Более здоровым было бы воспринимать и переживать прошлое, настоящее и будущее в их последовательности, непрерывности, взаимосвязи. Как прошлое, так и будущее должны быть интегрированы в настоящее. Ибо совершенно невозможно без опыта прошлого, без мотивации настоящего строить будущее. Временные зоны содержат: важнейшие социальные инварианты, обеспечивающие и стимулирующие поведение людей; ценности и результаты деятельности, служащие ориентиром и стимулом. Если же отбрасывается, дискредитируется одна из зон, то и остальные тоже опустошаются и дискредитируются. Восстановление здоровой, нормальной временной ориентации, когда соединены все зоны, хотя одна из них и доминирует, возможно, по мере того, как будет восстанавливаться преемственность прошлого, настоящего и будущего, как будет осознаваться самотождественность личности.

Человек не просто воспринимает свое прошлое, настоящее и будущее как длительность, для него все события, произошедшие или имеющие возможность произойти, наделены смыслом. При этом пространство смыслов распределяется во времени так, что можно отмечать ориентацию личности на прошлое, настоящее или будущее.

Исходя из вышеизложенного, становится ясно, что изучение личности человека в ситуации онкологического заболевания крайне актуально, особенно изучение ее временных и смысловых характеристик.

Нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение временных и смысловых характеристик личности онкобольных. Исследования проводились на базе Курского онкологического диспансера и было посвящено изучению особенностей временной организации смысловой сферы личности в ситуации онкологического заболевания.

Предметом исследования – изменение временной организации смысловой сферы личности под влиянием онкологического заболевания.

Цель исследования: изучить особенности влияния онкологической патологии на временную организацию смысловой сферы.

Гипотеза исследования – онкологическая патология изменяет временную организацию смысловой сферы личности.

Компонентами временной организации смысловой сферы личности выступили пять факторов временных ориентаций (гедонистическое настоящее, негативное прошлое, будущее, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее) измеряемые опросником Ф.Зимбардо (ZTRI); показатели оценки точки настоящего и ориентации на будущее по методике «Линия жизни»; аффективная установка на прошлое, настоящее и будущее, измеряемая Шкалой Временных Установок Ж.Нюттена и В.Ленса (ШВУ); показатель стремления к аутогенной норме (ATN) измеряемы тестом М.Люшера; общая осмысленность жизни, цели в жизни, процесс жизни, результат жизни, локус-контроль – жизнь, локус-контроль Я, соответствующие основным шкалам теста СЖО; уровень рефлексивности личности, измеряемый методикой Карпова; общий локус-контроль и локус-контроль здоровья, измеряемые методикой Ксенофонтовой.

Центральным моментом нашего исследования стало использование метода «Линия жизни» в адаптации Т.Д.Василенко.

Экспериментальную группу составили пациенты онкологического диспансера находящиеся на амбулаторном лечении с длительностью заболевания до 3-х месяцев. Границы возраста составляют от 38 до 72 лет. Средний возраст – 55,7 лет.

Контрольную группу составили здоровые люди, жители г. Курска. Границы возраста составляют от 22 до 58. Средний возраст – 39,8 лет.

Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0, с использованием критерия Mann-Whitney U Test, а также описательных статистик (мода, медиана, математическое ожидание).

В ходе исследования мы изучили временные и смысловые характеристики жизненного пути личности людей в ситуации онкологического заболевания и выяснили, что гипотеза о том, что онкологическая патология, которую мы рассматриваем как причину личностного кризиса, изменяет временную организацию смысловой сферы личности, частично подтвердилась. Мы получили данные, свидетельствующие о том, что люди, страдающие онкологической патологией, имеют изменённую временную организацию смысловой сферы, это подтверждается наличием статистически значимого преобладания отрицательного, негативного осмысления настоящего на линии жизни по методике «Линия жизни» (при  $p=0,0007$ ) и выявленными различиями на уровне статистической тенденции в установке на настоящее по методике ШВУ (при  $p=0,083$ ). Это позволяет сделать вывод, о том, что в ситуации онкологического заболевания настоящее воспринимается как негативное, лишённое смысла и даже критическое, фрустрирующее удовлетворение потребностей. Отсутствие осмысленности настоящего так же подтверждается статистически значимым преобладанием осмысленности жизни в контрольной группе по методике СЖО (при  $p=0,0274$ ). Статистически значимое преобладание позитивной установки на будущее (при  $p=0,0405$ ) и выявленные различия на уровне статистической тенденции по показателю СЖО-цели в жизни (при  $p=0,0742$ ) в контрольной группе позволяет сделать вывод, что в ситуации онкологической патологии снижается возможность построения перспективы, человек ориентируется либо на прошлое, т.к. ситуация несет в себе высокий уровень неопределенности. Статистически значимые различия по показателю локуса-контроля жизни, преобладание интернальности ( $p=0,018$ ) в группе онкологических больных свидетельствует о том, что обширная зона психической активности сфокусирована на страдании, осуществляется «деятельность» переживания, необходимая для формирования новой внутренней позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности.

Отсутствие значимых различий по другим показателям, может быть объяснено с позиции того, что экспериментальная группа состояла из онкологических больных со стажем заболевания до 3-х месяцев. Данный период является периодом манифестации заболевания, на котором только происходит формирование смысла болезни, затрагиваются только отдельные аспекты временной организации смысловой сферы личности. Было сделано предположение о том, что расширение выборки по критерию продолжительности заболевания позволит обнаружить изменение в незатронутых на данном этапе структурах временной организации смысловой сферы.

#### Литература.

1. Васильюк Ф.Е. Психология переживания. М.: 1984;
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: 2007;
3. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов. //

Психологический журнал 2000 т. 21 №4;

4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Издательство Московского университета, 1984.

5. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: 2002;

6. Journal of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS// Volume 20, №3 (77), suppl.1