

**КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ЛОГОТЕРАПИИ
И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА
ИНСТИТУТ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**



**ЧЕЛОВЕК В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ
СИТУАЦИИ: КЛИНИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**



**Курск - Вена
2012**

УДК 611(072)
ББК 28.706я7
У91

Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ГБОУ ВПО КГМУ
Минздравсоцразвития России

Человек в сложной жизненной ситуации: клинико-психологические аспекты: материалы международной научно-практической конференции / под общ. ред. Т.Д. Василенко – Курск: КГМУ, 2012. – 244 с.

При оформлении обложки была использована репродукция картины И.К. Айвазовского «Корабль среди бурного моря».

ISBN 978-5-7487-1572-0

ББК 28.706я7

© Коллектив авторов, КГМУ, 2012

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2012

СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИЦИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЖИЗНИ

Лазаренко В.А.,

**ректор Курского государственного медицинского университета,
г. Курск**

В жизни мы довольно часто сталкиваемся с ситуациями, которые классифицируем как сложные: это трудности осуществления деятельности, разнообразные препятствия удовлетворения желаний, различные испытания – потери, проблемы со здоровьем. Сложная жизненная ситуация запускает процессы переживания и страдания, которые позволяют человеку открыть смысл происходящего. Многие мудрецы, выделяя самое главное в жизни человека, говорили, что человеческая жизнь есть страдание: человек рождается, страдает и умирает. Зрелость личности позволяет сформировать верное отношение к испытаниям и занять правильную позицию по отношению к жизни.

Известный австрийский ученый психотерапевт Виктор Франкл и не менее известный его ученик, основатель экзистенциального анализа, Альфред Лэнгле обосновывают ценность страдания. Именно страдание открывает смысл жизни, подталкивает человека к осознанию жизненных ценностей, определяет место человека в мире и позицию его по отношению к жизни.

Понятие «переживание» уже по значению корня связано с жизнью. «Слово «переживать» можно расшифровать как «вступать в контакт, устанавливая соотношение с жизнью»; «вбирать в себя ситуацию в аспекте согласования ее с собственной жизнью», - пишет А. Лэнгле. Переживание подразумевает «эмоциональный резонанс с актуальной ситуацией».

Переживание развертывается во внутреннем мире личности, находящейся в той или иной жизненной ситуации, как сложный многоэтапный процесс. Вначале мы заняты собой и своими чувствами, завидуем другим людям, которые, как нам кажется, не сталкиваются ни с какими трудностями. Затем начинается осмысление существенного в этой ситуации, того, что имеет значение для человека. Позже наступает противопоставление смысла и первоначального чувства, вызванного ситуацией. Это очень важная и сложная для человека стадия переработки сложной ситуации, так как личность не всегда бывает активна; пассивной личностью овладевает первичное впечатление, возникает чувство обиды и ощущение перенапряжения. Если личность активна, то есть когда человек ведет «внутренний диалог», возникает новое понимание ситуации и занятие позиции. А. Лэнгле называет этот процесс нахождением установки по отношению к пережитому. В результате пережитое включается в жизнь человека, преодолевается ранее возникавшее противопоставление себя и ситуации, происходит интеграция пережитого в свой «жизненный проект», что создает условия для побуждения к действию.

Персональный экзистенциальный анализ, разработанный Лэнгле, - работа над внутренним согласием по отношению к миру и самому себе.

Жизнь требует от человека полного внутреннего согласия, включая такие аспекты, как телесный, душевный, духовный и социальный. Мы согласны с А. Лэнгле в том, что для того, чтобы прийти к согласию, необходимо сначала пережить вещи, цели, действия как ценности. Это путь к обнаружению смысла. Переживание ценности начинается с отношения человека к собственному бытию и связано с той позицией, которую человек занимает в отношении к собственной жизни. С нашей точки зрения, это двусторонний процесс: как позиция определяет переживание ценности, так и переживание ценности приводит человека к необходимости занимать новую по отношению к данной ситуации позицию, особенно если речь идет об особых жизненных ситуациях, таких как тяжелое соматическое заболевание. Лэнгле считает, что позиция к собственному бытию у человека вырастает постепенно, под влиянием различных жизненных событий. Мы полагаем, что позиция к бытию у человека не является раз навсегда сформированной, она может функционировать в течение определенного жизненного отрезка, пока человек не попадет в сложную жизненную ситуацию, требующую пересмотра этой позиции. Позиция по отношению к собственной жизни, по Лэнгле, в большинстве случаев бессознательна, она выступает как «основа всех ценностей, «архимедова точка опоры» экзистенции. Именно она и является ориентиром для всех ценностей. «Переживая и принимая решения, человек находится в постоянном диалоге с собственным бытием, которым он одновременно является и которое ему дано. В соотношении с самим собой и своим миром человеческие переживания всегда имеют какое-то определенное качество. Отношения с сущим бытием в мире и есть жизнь. Переживание ценностей неотделимо от человеческой жизни, потому что человек не может быть освобожден из отношений с собственным бытием. Живой человек не может не чувствовать ценности», - пишет А. Лэнгле.

Таким образом, определение позиции человека по отношению к жизни непосредственно связано с ценностным основанием. А. Лэнгле вводит понятие фундаментальной позиции по отношению к жизни, которая выступает как источник жизненной силы человека, она переживается как фундаментальная ценность, содержанием которой является персональная позиция «Да» по отношению к собственной жизни; фундаментальная ценность связана с внутренним отношением человека к собственному бытию в его совокупности и целостности» (Лэнгле А., 2000). «Я есть – и, в сущности, хорошо, что я есть», - так выглядит краткая формулировка фундаментального отношения к жизни, которое связано с переживанием фундаментальной ценности. Это то «Да-жизни», которое является основой любого переживания. Мы полагаем, что фундаментальная ценность и есть та сила, тот мотив, который подталкивает человека к поиску себя в сложных жизненных ситуациях. Лэнгле считает, что в случае отсутствия переживания фундаментальной ценности появляются тяжелые нарушения: глубокая де-

прессия, чувство, что жизнь – бремя. Жизненная позиция такого человека – отрицание наличного бытия, которое проявляется в отсутствии согласия с миром, с собой, с собственной жизнью.

**ПОЧЕМУ МЫ СТРАДАЕМ?
ПОНИМАНИЕ, ОБХОЖДЕНИЕ И ОБРАБОТКА СТРАДАНИЯ
С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА**

Альфريد Лэнгле

**Международное общество логотерапии и экзистенциального анализа,
Институт Экзистенциально-аналитической психологии
и психотерапии, Австрия, Вена**

Душа страдает, когда мы сталкиваемся с разрушением. Мы страдаем, если утрачиваем какую-либо ценность или какое-либо условие для хорошей жизни. Стрдание и боль в полной мере или отчасти ставят нашу жизнь под вопрос, представляют угрозу для нашей любви к жизни. – Для исцеления необходимо найти способности и силы, чтобы, черпая из её источников, встретиться с разрушительными факторами и безднами экзистенции.

При этом мы не только можем страдать по-разному, но и причиной нашего страдания может стать бесконечное количество тем и содержаний. Стрдание многообразно в своих «как» и «отчего». Освещение разных тем страдания делает его более понятным, знание его содержания создает экзистенциальный доступ к обращению со страданием. Так мы можем целенаправленно работать над страданием и предупредить возникновение душевного заболевания (например, страха, депрессии, истерии, зависимости, ПТСР).

1. Путь страдания

Стрдать означает испытывать боль. История значения немецкого слова «Leiden» может рассказать нам о глубоком опыте, который люди приобрели в страдании. Древневерхненемецкое слово «lidan», от которого произошло «leiden», означает: «ехать, идти». Т.е. стрдать изначально означает что-то «пройти», «пережить» что-то (тяжелое) (Kluge, 1975, 433). Также можно было бы сказать: «идти по какой-то дороге с болью», иметь боль своей попутчицей на каком-то отрезке своего жизненного пути. – Такие пути очень разные:

«Есть путь,
по которому никто не пойдет,
если ты по нему не пойдешь.
Пути возникают,
когда мы по ним идем.
Много заросших, ждущих дорог,
заросших непрожитой жизнью.
Есть путь,

по которому никто не пойдет,
если ты по нему не пойдешь: есть Твой путь,
путь, который возникает,
когда ты по нему идешь».

Это стихотворение Вернера Шпренгера, (1983) в котором он облек в слова нечто существенное: что наряду со всеми тяготами наполненного страданием пути существует надежда. При прохождении этого пути открывается что-то новое, путь, который без этого шага, если бы мы по нему не пошли, остался бы закрытым. «Пути возникают, когда мы по ним идем». Именно страдание толкает меня на *мой* путь, чтобы я пошел по моему собственному пути боли, потому что невозможно отдать его другим людям, чтобы они прожили мое страдание за меня. Другие могут разделить мои страдания, идя рядом со мной.

Страдать - это идти по какому-то пути.

Страдание не однообразно. Как различаются дороги и путники, так и страдание, прохождение пути с болью различны не только из-за того, что пути разные, но также из-за своеобразия и особенностей Person. Мы можем идти по нашему пути, например, в молчании; или жалуясь; в отчаянии или с надеждой; жертвуя собой, протестуя, смирившись, в одиночку, соотносясь с другими, в молитве. Различается не только *modus* страдания, мы также можем страдать и от бесконечного количества *тем* и содержаний: из-за боли, из-за безнадежности, отчаяния, покинутости и одиночества, бессмысленности и т.д. Жизнь уготовила нам много возможностей для страдания, поэтому не удивительно, что страдание и по форме, и по содержанию не так легко привести к общему знаменателю или понять его.

Чтобы не потерять обзор в многообразии данной темы, первым шагом станет попытка систематизации тем страдания с последующим, более подробным освещением содержаний страдания с точки зрения экзистенциального анализа. Затем мы перейдем к рассмотрению специальной активности, при помощи которой мы можем целенаправленно работать над тем, чтобы справиться со страданием.

2. Формы страдания – классификация в экзистенциально-аналитической антропологии

Откуда приходит боль души? Источники страдания можно отнести к четырем различным областям. Все они известны каждому человеку. Мы можем распределить их по категориям на основе антропологических измерений (ср. Frankl 1959, 665 и далее) и их экзистенциального исполнения (Längle 2008, 68 и далее):

А. Это *телесные* страдания из-за *боли*: раны, болезни, функциональные нарушения, такие как расстройства сна, мигрень. Какие страдания может причинить одна лишь зубная боль! - Так как человек представляет собой единое целое, его душа также испытывает боль, нагрузку, временами даже отчаяние, если есть телесная боль. Для того чтобы справляться с этой болью, - а не только с психическими нагрузками, - Виктор Франкл (1982) ввел понятие «душевное врачевание». Люди, больные телесно, особенно,

конечно, тяжелобольные люди, также нуждаются в психологической помощи и сопровождении!

Б. Психические страдания из-за *потери ценного*: это чувство страха, тяжести и невзгод жизни, бесчувствие, пустота и психическая ранимость. Если кто-либо говорит нам гадость, обижает нас, изменяет нам, это можно назвать эмоциональным страданием.

В. *Персональное* страдание из-за *самоотчуждения*, Не-Бытия-самим-собой: это страдание от потери идентичности, того, что является существенным для исполненной экзистенции, конгруэнтности с самим собой (Роджерс). Это случается, когда другие нас обесценивают, не видят нас, насмеваются над нами, нарушают нашу интимную сферу, наши границы, обходят нас; когда мы переживаем несправедливость - или когда мы сами несправедливы по отношению к другим, когда из-за плохого обращения с другими нас мучают угрызения совести.

Г. *Экзистенциальное* страдание из-за *тщетности, бессмысленности*: это страдание от потери ориентации, от отсутствия более широкого контекста, в котором мы могли бы понять нашу жизнь и наши действия, от отсутствия успеха, от бессмысленной фатальности. Отсутствие надежды в итоге рождает отчаяние.

С этой классификацией связан *тезис* о том, что категориями нашей схемы мы обобщили все возможные формы страданий. Любое страдание можно отнести к одной из этих четырех категорий (или комбинаций из них), так как можно утверждать, что эти категории охватывают всю структуру экзистенции (Längle 2008).

Модальности страдания прежде всего зависят от личностных факторов и зрелости. Я хотел бы привести два случая, когда людям пришлось бороться со своим страданием совершенно различным образом.

Недавно я познакомился с одним молодым активным человеком, который в свои 34 года находился в своей компании в начале большой профессиональной карьеры. Он пришел ко мне в тот момент, когда ему было очень плохо. Дрожая от страха, он ожидал диагноза в связи с затруднениями, возникающими при ходьбе: была ли это лишь инфекция или же неизлечимая болезнь, которая постепенно и, прогрессируя, приведет к параличу: множественному склерозу (МС)? – Вскоре был поставлен диагноз: МС. Херберт был так сражен диагнозом, что следующие два месяца оказался неработоспособным. Да, у него было неврологическое заболевание и неуверенная ходьба, которая сама по себе никоим образом не затрудняла передвижение, но то, от чего он страдал, заключалось в другом: он страдал психически-духовно от этого удара судьбы, который уничтожил его жизнь. Его мучили и неотвязно преследовали вопросы: «Что будет со мной дальше? Как всё будет, на что я могу рассчитывать? Что будет со мной и с моей жизнью? Это ведь означает и раннюю смерть, годы в инвалидном кресле, снижение способности к самостоятельным действиям, усиление зависимости. – Смогу ли я это выдержать? Могу ли пойти на это? Что я еще могу

сделать в моей жизни, отмеченной такой болезнью? Для чего мне теперь жить? Это всё еще является жизнью? – Было ли это жизнью?»

Вскоре появились другие вопросы: «Что мне отвечать на вопросы людей? Выдержу ли я сострадание, поверхностные разговоры, которые должны принести мне утешение? – Хочу ли я вообще встречаться с ними в таком изменившемся состоянии?»

Вопроса о смысле своей болезни у него не возникало. Жизнь не стала для него поэтому полностью бесперспективной. Он знал, что может проживать глубину своего страдания. Но он не чувствовал себя достаточно сильным, чтобы принять сейчас эту болезнь, войти в эту изменившуюся жизнь. Что означает жить с такой болезнью? Таким вопросом он еще никогда не занимался, даже теоретически. И вдруг сразу тяжесть этого страшного диагноза. Без медленного вхождения в ситуацию. Он чувствовал себя недостаточно сильным, чтобы разговаривать об этом с другими людьми, сказать им об этом. Сначала он должен был разобраться с самим собой, чтобы обрести ясность в своих мыслях, чувствах, отношениях. Сначала он должен был собраться, прийти в себя от шока, прояснить для себя своё место в мире – прежде чем это произойдет, что-либо другое было для него невозможным. Как личность он был слишком разрушен, слишком переполнен страданием. В нем всё дрожало, плакало, было наполнено неуверенностью. Он уединился, чтобы с ним не заговаривали о его болезни и самочувствии. Он боялся, что тогда потеряет свою структуру, разразится плачем, что его захлестнет страдание из-за непостижимости судьбы. – Глубокое потрясающее страдание.

Другой пример: несколько недель назад я занимался одним 70-летним пациентом. Он лежал в больнице, в пятнадцатый раз за один только год. Метастазы у него распространились по всему телу: в печень, легкие, кости, спину. Из-за невыносимых болей в спине ему сделали операцию по удалению метастазы на крестцовом канале (на крестце в нижней части спины). – Когда я пришел, он спал. Он всю ночь не сомкнул глаз из-за болей, несмотря на операцию и приём опиатов.

Я подождал, пока он проснется. Потом, спустя какое-то время, я спросил его, какова для него эта жизнь? Для него, того, кто всегда был страстным альпинистом, а теперь вынужден так много лежать в постели? – Его ответ был трезвым и полностью соответствовал его жизненной установке: «Я не могу этого изменить. Это так. Конечно, я бы с удовольствием отправился в горы. Мне сейчас не всегда легко от этого отказываться. Но я всегда был реалистом. И на это я тоже смотрю реалистично. Я никогда больше не смогу ходить». Я был удивлен таким ясным ответом. Может быть, он не показывает свое скрытое страдание? С некоторым недоверием я еще раз спросил его, не является ли это невероятно грустным и как он может это выдерживать? «Это так. Я пытаюсь справиться с этим так, как могу. Это так». Теперь я понял. Я смог почувствовать силу его Person, его способность выдерживать, которая была основана на его строгой объективности, которую он проживал всю свою жизнь.

Сколько боли ему уже пришлось вынести и сколько еще предстоит вынести? Если мы посмотрим на эти две судьбы, возможно, мы спросим себя: кто из них больше страдает? Конечно, страдания трудно сравнивать, потому что страдание всегда субъективно. Но кто внешне выглядит более страдающим: этот человек, который скоро умрет, испытывающий ужасные боли? Или тот, кто моложе, с множественным склерозом без телесной боли, у которого впереди еще много лет жизни?

Такие наблюдения, которые, наверняка, каждый из нас уже делал не раз, ставят перед нами вопрос: Что такое, собственно говоря, страдание? Как оно может быть таким различным? – Далее будет дана попытка лучше понять, от чего мы страдаем, когда мы страдаем.

3. Сущность страдания

Вопрос в своей простоте и сложности звучит почти по-детски: почему мы, собственно говоря, страдаем? Рассмотрим этот вопрос в следующем смысле: Что делает страдание страданием? Из-за чего мы страдаем в страдании?

Становится ли что-либо страданием потому, что мы его не *понимаем*? Является ли (осознанное или бессознательное) чувство *бессмысленности* тем, что преобразует какой-либо опыт в страдание? Или страдание просто является *ощущением негативного*, неприятного, нагружающего; т.е. болезненных чувств, безразлично какого – телесного или душевного происхождения?

При самом общем рассмотрении страдание представляет собой выдерживание *неприятного*. Тот, кто страдает, испытывает болезненные, нагружающие или вызывающие отвращение чувства. Не обязательно появляется чувство бессмысленности. Но в каждом случае это является *чувствованием*. Даже духовное страдание является страданием только из-за того, что вызывает неприятные чувства.

Так, в первом приближении мы можем описать страдание как неприятные ощущения или *неприятные чувства*, которые связаны с указанными категориями: телесная боль, угнетающая потеря ценного, болезненное самоотчуждение, бессмысленность и непонимание того, что происходит (например, нежеланный разрыв).

И в этом месте зададим себе вопрос: окажется ли это первое приближение состоятельным при более точном анализе? Действительно ли неприятное чувство является критерием страдания, действующим фактором, благодаря которому переживание становится страданием, а не радостью или удовольствием?

И здесь мы приобретем своеобразный опыт: неприятные чувства имеют различное значение и воздействие на жизнь и поэтому субъективно также ощущаются по-разному. Они могут быть встроены в жизнь и быть понятыми Person различным образом. Наши старания, усилия, активность могут, например, потребовать много сил, вызывать неприятные чувства, но все же, если мы знаем, для чего мы это делаем, граница между осуществлением и страданием размывается. Даже если написание статьи связано с

мучительным отказом от чего-то, со многими напряженными часами работы и работой по ночам при наличии многих привлекательных альтернатив, я не смогу рассматривать это как настоящее страдание. В нашей жизни этому есть масса примеров. Когда мы восходим на гору, мы напрягаемся, возможно, мучительно совершаем последний подъем, иногда к этому добавляется боль в ногах и мозоли – и тем не менее мы можем испытать радость от восхождения. Несмотря на боль, настоящего страдания нет.

Критерием здесь является свобода. Один только факт, что мы делаем что-либо добровольно, исключает, что на переднем плане стоит аспект страдания. Причина проста: как известно, намеренно мы не можем делать ничего негативного (ср., например, концепцию Франкла о воле к смыслу, 1976, 1982, 221; 1996).

Что мы делаем добровольно, лишает страдание его жала.

Если мы перейдем на следующую ступень обобщения, то сможем исходить из того, что *добровольность лишает страдание его жала*. Если мы что-либо берем на себя добровольно, если мы можем что-то принять, можем что-то оставить, тогда страдание теряет свою остроту. Это означает: протест и является жалом страдания! – Также считал и Камю (1959), когда назвал Сизифа счастливым человеком. Сизиф был вынужден вечно с большим напряжением вкатывать камень на гору и потом видеть, как все его усилия оказались напрасными. Потому что, как только камень оказывался на вершине, он тут же скатывался вниз. Камю противопоставляет карающей судьбе богов гордого, упорствующего Сизифа, который *добровольно* выполняет свою работу, несмотря на ее абсурдность. Благодаря этому усилия обретают смысл, а именно, то, что Сизиф выстоял перед лицом абсурдности и бессмысленности.

Не затмевается ли обычно боль и страх при рождении ребенка радостью от его появления?

Не являются ли неприятные чувства обоих пациентов, речь о которых шла выше, - в одном случае больше телесного характера, в другом больше психического, - в обоих примерах очень сильными? И все же можно увидеть большую разницу в масштабе их страдания. Потому что один полон страха и стоит на краю отчаяния, так как (еще) не может принять этого удара судьбы; другой крепко держит себя в руках и уже почти хладнокровно может обходиться со своей ситуацией, которую хочет теперь прожить, потому что она является частью жизни.

Мы страдаем, когда ощущаем деструктивность, разрушение.

Итак, при ближайшем рассмотрении мы не можем рассматривать страдание просто как идентичное переживанию негативных чувств. Теперь мы понимаем страдание как духовное восприятие *содержания*, к которому относится чувство страдания. Потому что неприятные чувства только тогда становятся страданием, когда они содержат нечто *деструктивное*. Вероятность того, что мы переживаем что-либо как деструктивное, естественно, значительно выше при тяготах, которые мы не выбираем и которым мы отданы, чем при осуществлении задуманного нами, добровольного де-

ла. Поэтому с экзистенциональной точки зрения страдание можно *определить* как *ощущаемое разрушение ценного, жизненно важного*. Или еще короче: *страдание – это переживаемая на уровне чувств потеря экзистенции* – следовательно, потеря возможности подняться над условиями и находиться в пространстве свободы. Так мы можем понимать страдание с точки зрения экзистенциального анализа. Разрушение (деструкция) – это основное содержание, которое воспринимается в любом страдании. Ощущение страдания – это субъективное чувство разрушения чего-то жизненно важного, чувство разорванности, уничтожения, разъединения основ экзистенции. Для ощущения страдания определяющим является не объективное содержание, а восприятие посредством чувств, аффективный резонанс.

4. Содержания экзистенции, находящиеся под угрозой

Это понимание страдания как чувствуемого разрушения ценного мы можем осветить и по отношению к себе: Когда я смотрю на мою боль, которую я несу в душе, воспринимается ли здесь что-то разрушительное? - Что здесь разрушено в том, что доставляет мне боль? - Если мы последуем за этими вопросами, то это приведет нас напрямую к содержаниям: Что является теми содержаниями, разрушение которых причиняет нам такую боль и заставляет нас страдать, то есть выводит нас за пределы переживания как чего-либо просто неприятного. Если с ними связана такая боль, тогда можно ожидать, что речь идет о таких содержаниях, которые мы ощущаем как сохраняющие и несущие жизнь.

В связи с этой темой современный экзистенциальный анализ предлагает структуру «экзистенциальных фундаментальных мотиваций», которая значима для построения исполненной жизни. Такое важное значение эти структуры приобретают потому, что они описывают «основные условия исполненной экзистенции» (ср. Längle 1992, 1994b, 2008).

Страдание возникает, когда подвергаются угрозе фундаментальные структуры экзистенции.

Экзистенциальный анализ выдвигает *тезис* о том, что переживание воспринимается как наполненное страданием тогда, когда подвергаются угрозе или повреждаются эти фундаментальные структуры экзистенции. Поэтому знание об этих структурах может помочь лучше понять страдание и, таким образом, лучше с ним обходиться.

Эти *фундаментальные структуры экзистенции* соотносятся с четырьмя основополагающими реальностями для протраивания экзистенции:

1. Отношения с *миром* и его *условиями*;
2. Отношения с *жизнью* и с ее *силой*;
3. Отношения с *Person*, как со *своей*, так и с *Person другого*;
4. Отношения с *будущим* и с *большим контекстом*, в котором мы находимся.

Согласно нашему описанию, страдание представляет собой субъективно ощущаемое разрушение этих основ. Рассмотрим по отдельности влияние разрушения на различные измерения.

1. Субъективно ощущаемое разрушение *первого фундаментального условия* экзистенции ведет к чувству «*Не-Могу-Быть*» в мире. Много страданий связано с тем, что человек не может быть в собственном «мире» (на рабочем месте, в семье, у себя...), не находит места, к нему враждебно относятся, он слишком слаб или у него слишком мало сил, чтобы, например, выдержать те условия, в которых он находится. Тогда то, что «есть» (проблема, ситуация и т.д.) не может быть принято. Часто страдание связано с невозможностью *принять* что-либо. Тяжелые жизненные обстоятельства могут настолько затруднять процессы переработки, что становится сложным *принять* данности и события. Как следствие, естественно, возникают неуверенность и страх. Страдание, которое возникает из этого измерения, - это потеря свободы, заключающаяся в том, что я «*Не-Могу-Принять*» то, что есть. В глубине это полное страданий чувство невозможности больше *быть* в этих обстоятельствах.

Страдаю... так как не могу принять.

2. Субъективно ощущаемое разрушение *второго фундаментального условия* исполненной экзистенции приводит к чувству «*Мне больше не нравится*»: не нравится действовать, не нравится или не могу больше наслаждаться, не испытываю больше удовольствия и не ощущаю больше ценности. Этим блокируются процессы переработки, а именно *обращение* к ценному, что приводит к потере радости жизни, росту подавленности, усилению чувства тяжести и чувства вины, тревоги и горя, что в конечном итоге может перейти в депрессию.

Страдание в этом измерении заключается в потере радости, наслаждения, свободы для ценного, связанной с чувством, что я не могу или мне не нравится больше *жить* в этих условиях.

Страдание... потому что отношение больше не возможно.

3. Субъективно ощущаемое нарушение *третьего фундаментального условия* исполненной экзистенции связано с чувством, что я не могу больше *проживать Собственное / Важное*, не могу быть самим собой, больше не знаю себя, с чувством отчуждения от себя, с чувством, что я больше не могу вступать в отношения с другими. Мы больше не встречаем ни собственную *Person*, ни *Person* другого человека.

Человек ощущает себя потерянным, отчужденным, несвободным. В качестве перерабатывающей деятельности в этом случае нарушен внутренний *разговор* с самим собой или *встречающий диалог* с другим. Это приводит к внутренней пустоте, к самоотчужденной бесчувственности, безутешности, которые из-за продолжительной потери себя приводят к истерическим формам нарушений и личностным расстройством самости.

Страдание в этом измерении выражается в потере себя (в неуверенности, в подверженности внешнему влиянию, муках совести) и в одиночестве.

Страдание... потому что собственное больше не проживается.

4. В случае, когда субъективно нарушено *четвертое фундаментальное условие* исполненной экзистенции, человек больше не видит требования или предложение ситуации. Он больше не ощущает *запроса* сделать что-либо для *большого контекста*.

Доминирует покорность и отчаяние. Человек не видит будущее, к которому стоит стремиться, не видит *смысла*, который мог бы дать жизни некоторую ориентацию и ради которого стоило бы жить. Преобладает чувство, что жизнь проживается напрасно, что из этого всего ничего не получится, что даже успехи не представляют собой ценности. Этим нарушается способность обрабатывать запросы жизни на уровне причины через *согласование* с ситуацией или через достижение гармонии с ней. В результате возникают бессмысленность, чувство пустоты, «экзистенциальный вакуум» (Франкл), отчаяние и, наконец, суицидальность.

Страдание в этом измерении выражается в потере принадлежности к большему контексту, к большей взаимосвязи, к будущему, которое дает ориентацию и показывает направление развития к чему-то ценному.

Страдание... потому что это не имеет смысла.

Вопрос о смысле регулярно возникает при страдании тогда, когда будущее закрыто. Конечно же, при тяжелом страдании сложнее найти ценность в будущем, однако это возможно. Поэтому и в случае тяжелого страдания может быть найден смысл. Так, например, можно увидеть смысл в том, чтобы наедине с собой выдержать ночь, полную боли. Или смысл может заключаться в том, чтобы дождаться последней встречи с дочерью и т.д. В особенности здесь стоит указать на ценность *веры*, которая может дать смысл, лежащий по ту сторону всех требований ситуаций, так, что и в тяжелых жизненных ситуациях может оставаться открытым горизонт, способный дать событиям более глубокое понимание.

Несмотря на эту неоспоримую ценность веры и религии, стоит отметить, что ложно реализуемая вера может представлять собой опасность того, что человек не будет видеть реальность, будет пренебрегать правдой и обходить неприятные чувства, чтобы избежать страданий. Однако честное, открытое страдание необходимо для того, чтобы суметь интегрировать психический и духовный опыт разрушения ценности. Иначе страдание останется отщепленным («диссоциированным») и может стать основой для психических и психосоматических жалоб, которые своими симптомами косвенно указывают на необходимость переработки страдания (Längle 1994 с.).

5. Что стоит за чувством бессмысленности в страдании

В структуре фундаментальных условий экзистенции каждое последующее условие базируется на предыдущем, подобно тому, как один кирпичик покоится на другом. Например, третий кирпичик «мочь быть самим собой» описывает совершенно новое содержание, которое до этого не содержалось ни в одном из предыдущих. Но для полного раскрытия этого условия необходимо наличие первого и второго кирпичика, а именно, хо-

рошо мочь быть в своем мире и иметь хорошую эмоциональную жизнь, чтобы мочь развить хорошее отношение к себе, к своим чувствам и к другим людям. Поэтому при каждой *проблеме, связанной со смыслом*, нужно проверить, возникла ли она из-за отсутствия смысла, придаваемого большим контекстом, или же чувство бессмысленности возникло из-за блокады средств для ощущения смысла, из-за блокады предыдущих фундаментальных мотиваций: из-за «Не мочь» (потеря способностей), из-за «Не нравится» (потеря радости жизни и внутренней силы) или из-за того, что это не соответствует Собственному (потеря себя). Если кто-то, например, больше не может переносить страдание, потому что у него больше нет сил, его ситуация может казаться ему бессмысленной, так как для него больше не раскрывается будущее в мире – даже когда этот человек видит религиозный смысл и является верующим, или еще надеется на встречу со своей дочерью. Если это настоящее «Не мочь», то, как следствие, в большинстве случаев рушатся и последующие фундаментальные условия исполненной экзистенции, покоящиеся на первом условии: тогда человеку это в действительности *не нравится* (возможно, «хотел бы»), он не воспринимает это больше как «свою» задачу, и у него больше нет цели, чтобы прилагать усилия. Его старания становятся *бессмысленными*.

За чувством бессмысленности может стоять комплекс причин.

Таким образом, проблему бессмысленности всегда необходимо диагностировать более точно. Если бессмысленность действительно в первую очередь связана с блокадой предшествовавшего основного условия исполненной экзистенции, то это должно стать предметом разговора и работы, потому что в противном случае тематика смысла может даже маскировать истинную проблему. Это иллюстрирует следующий пример.

6. Когда страдание приводит к отчаянию

В автомобильной аварии на обледенелой улице у родителей погибает дочь в день ее 21-летия. У них есть еще сын, который на два года младше. Дочь работала вместе с родителями в их семейном предприятии, была надеждой отца, и уже было принято решение о том, что она станет преемницей родителей на их малом предприятии. Она была очень милой, всегда готовой помочь, предупредительной, расторопной, всеми любимой. Родители радовались их совместному будущему и уже соответствующим образом все подготовили. Они уже настроились на семью с внуками, которые должны были бы жить рядом с ними по соседству. И вот эта болезненная потеря, которая вместе с жизнью дочери *разрушила* и их *жизнь*. В то время как через полгода мать медленно оправилась от сильного шока, отец застыл в состоянии пассивной покорности и смирения. Для него все потеряло смысл. Зачем продолжать работать? Зачем дальше жить? Для него больше не существовало будущего, к которому бы стоило стремиться. Так он ощущал и думал. Ни его вера, ни его семья и жена, ни его молодые годы (ему) как раз исполнилось пятьдесят), ни его работа и клиенты, ни его хобби, ни его внутренняя жизнь больше не имели для него значения. Боль от потери была слишком сильной.

Если складывается такая ситуация, то есть когда мы видим у человека такой богатый мир, в котором он находится, но в котором он больше не может участвовать, тогда речь идет о дефиците в первых трех фундаментальных условиях экзистенции. Этот мужчина *не смог принять* потери этой большой, центральной жизненной ценности, он не смог этого пережить. Он стал депрессивным, не смог по-настоящему отдаться внутреннему движению грусти. У него были силы только для того, чтобы «функционализировать» в своей работе. В своей защитной позиции он не был готов принимать медикаменты или вступать в разговоры, чтобы работать над проживанием потери. Он крепко держался за свою депрессию, как будто она оставалась его последней связью с дочерью, заменой этой связи, хотя сама депрессия возникла из-за смерти дочери. Это была иррациональная надежда, что таким образом он останется в отношениях с дочерью.

Наряду с доминирующей утратой второго основного условия экзистенции – отношений с жизнью – пострадали и другие фундаментальные условия исполненной экзистенции: наряду с чувством «*я не могу быть*» в таких условиях (что из-за страха быть уничтоженным привело к мощной защитной позиции и заострению в ней) на уровне третьего фундаментального условия экзистенции была также повреждена и часть его *понимания себя*: «Кем был теперь он сам, когда у него уже не было его дочери?» Остался ли он еще тем же после потери такой центральной ценности, с которой он себя идентифицировал? В конце концов, не удивительно, что при наличии такой блокировки он больше не видел для себя никакого *будущего*, что ему все казалось *бессмысленным*. Со смертью ребенка начался конец его собственного будущего. Тем не менее, то, что он так крепко цеплялся за бессмысленность, также давало ему защиту от необходимости принять действительность. Таким образом это Не-Мочь-Принять получила своё обоснование. Это не лишено определенной логики и рассудка – не принимать бессмысленное событие, угрожающее смыслу собственной жизни. Но одновременно это позволяет (и это представляется мне особенно важным с точки зрения психодинамики и делает вопрос о смысле часто таким неразрешимым) *держат* разрушительное событие *на дистанции* от себя, отодвигать его от себя. Потому что когда внимание направляется на бессмысленность страдания и на безнадежность собственного будущего, нет необходимости заниматься этим вопросом плотнее. У человека связаны руки, он «сам» больше ни в чем не «виноват», не от него самого зависит, что жизнь больше не продолжается. Человек морально изымает себя из ситуации. Такая установка может быть похожа на упрямый *упрек* жизни, от которой человек отворачивается, потому что она ставит его перед неразрешимой ситуацией, так что человек больше не «может» пойти на жизнь. Условия слишком тяжелы, чтобы их можно было бы принять. Когда условия жизни настолько тяжелые, прекращаются все попытки вести переговоры с жизнью.

Вследствие этого человек больше не пытается разобраться со своим страданием. Человек больше не борется за то, чтобы «Мочь-принять».

Пассивная установка закрепляется, и человек ждет ответа на вопросы об (онтологическом) смысле страдания.

Вопрос об онтологическом смысле – это вопрос: «Какой смысл у этой потери, для чего это должно быть хорошо?» - это вопрос о большем контексте, в котором следует понимать событие, мы не можем ответить в принципе (см. ниже). Здесь мы можем разве что верить или делать философские умозрительные заключения, но больше мы об этом ничего не знаем.

Цепляние за вопрос об онтологическом смысле и желание добиться ответа могут закрепить защитную позицию и увести человека от его проблемы.

Это приводит к стагнации, в которой человек больше не занимается персональным «Мочь-принять» произошедшее. Однако начинать следует с первого условия экзистенции: «Могу ли я вообще выдержать?» А затем идти ко второму: «Хочу ли я обратиться к потере?» А на третьей ступени спросить: «Что важно для меня персонально?» Наконец, мы можем допустить к себе экзистенциальный вопрос о смысле: «Что ты сделаешь из этого, чтобы из этого, возможно, даже получилось что-то хорошее?»

7. От понимания страдания к основам преодоления страдания

Мы описали экзистенциально-аналитическую модель, в которой содержания страдания перечислены и структурированы. Данная модель показывает, от чего мы в принципе страдаем, когда страдаем. Теперь, когда нам известно, что составляет страдание, мы можем перекинуть мостик к активности, которая делает возможным пошаговое обхождение со страданием. Поскольку каждой из затронутых фундаментальных структур экзистенции соответствует *специфическая активность*, которая заблокирована страданием:

1. Корни страдания могут быть в том, что что-то представляет угрозу для собственного Бытия в мире. Следствием является то, что мы *не* можем его *принять*. Такое страдание связано со страхом. – Здесь основным в преодолении страдания будет укрепление Мочь-Быть в новых условиях (например, при параличе, карциноме). Это достигается тем, что мы осматриваемся и потом спрашиваем себя: «Могу ли я быть в этих условиях, с этой судьбой? Дают ли они мне жить? Могу ли я вообще выдержать и перенести это?»

Мочь страдать требует специфической активности.

2. Причина страдания может быть в том, что оно лишает радости жизни. Вследствие этого я *не хочу повернуться (обратиться)* к жизни и к ценностям, не хочу больше допускать чувств, потому что они слишком болезненные. Из-за этого легко может возникнуть депрессия. Мы можем ощущать вину. – Это страдание приносит с собой необходимость устроить жизнь в новых условиях (например, после смерти близкого человека). – Мы можем задать самому себе или другим вопрос: «Это вообще хорошо, что я (еще) живу? Что я имею право жить? – Хочу ли лично я, собственно говоря, жить, и могу ли я смириться со сложившимися обстоятельствами?»

3. Далее, страдание может возникнуть из-за того, что я утрачиваю собственную самооценку, отчуждаюсь от себя, стыжусь себя. Вследствие этого я не *хочу показать* себя таким, я прячусь, не стою за самого себя, у меня появляется чувство, что я *не имею право быть таким*. Я могу ощутить стыд. При этом страдании из-за Потери-самого-себя возникают истерические нарушения. – В этом страдании речь идет о том, чтобы снова найти Мочь-Быть-самим-собой (например, после изнасилования, при потере лица, при чувстве вины). – Мы можем задать самому себе или другим вопрос: «Есть ли еще что-то, что является для меня важным?»

4. В конце концов, причина страдания может корениться в том, что мы больше не видим взаимосвязей, которые бы придавали какой-либо **смысл** нашим действиям или самой жизни. Развитие, изменение, становление больше не имеют ценности, потому что ни к чему не приводят. Как следствие, мы не *согласовываемся* с тем, что сейчас на очереди, с тем, что нас ждет, с тем, что требует от нас нашей включенности, нашей активности. В этом случае отсутствует открытость к будущему. Легко могут развиться суицидальность и зависимость. – Для таких людей важно обнаружить соотношение с будущим и открыть взгляд к *большему* и более обширному целому, вплоть до метафизического измерения. – Мы можем задать самому себе или другим вопрос: «Могу ли я сделать из этого что-то хорошее? Может ли через меня что-либо стать лучше?»

8. Как страдать? – Модель пошагового преодоления страдания.

Для преодоления стагнации в состоянии страдания, для возвращения в мир и в жизнь, из данной модели вытекают практические шаги. Эти шаги применимы при всех формах страдания. Они являются основой для обретения внутреннего мира. Так как часто совмещаются несколько областей страдания, будет полезным подготовиться ко всем возможным формам страдания.

8.1. Если причиной страдания является собственное Мочь-Быть в изменившихся условиях, речь идет о том, чтобы работать над *структурами экзистенции*. Следует снова укрепить Мочь-Быть. Для этого полезно заниматься. Выдержать и Мочь-Принять страдание, чтобы суметь интегрировать его как данность в собственную жизнь. Это является важным потому, что нельзя построить наполненную экзистенцию, которая бы основывалась не на реальности. Жить в *правде*, которая соотносится с действительностью, составляет фундамент жизни, который может надежно и надолго уменьшить или растворить боль и страдание, потому что мы не истощаемся из-за соприкосновения с действительностью, которая оказывается иной. Действительность всё время нас задевает, когда мы живем против реальности.

Страдать – это сначала выдержать и принять.

Простое выдерживание страдания, боли, проблемы как данности нельзя приравнивать к пассивности. Это самое основное «Мочь» человека. Выдерживать страдание или даже мочь принять его как данность является важным, даже если, к счастью, достаточно часто всё еще можно изменить.

Поскольку последовательность преодоления страдания следующая: сначала оно есть. Поэтому сначала речь идёт о том, чтобы не уклониться от него, принять его как данность, воспринять его и посмотреть на него. Чтобы смочь это, мы должны проверить, достаточно ли у нас сил, и почувствовать достаточно опоры, чтобы мочь взвалить страдание себе на плечи. Выдерживать означает нечто иное, как нести страдание, «держат» его, пока оно не «закончится». (примеч. переводчика: нем. „aushalten“ - выдержать, „halten“ – держать, приставка „aus“ означает завершение чего-либо). Выдерживать означает принять страдание как своё, пока оно не пройдет. Нести его до конца. Это требует много силы, психической силы и готовности взять на себя неприятное. При этом следует оценить, позволяет ли страдание выжить человеку – только в этом случае человек может дать ему быть, позволить быть ему как данности, если у самого человека есть достаточно пространства и опоры, чтобы мочь быть.

На практике мы можем задать себе вопросы:

- *Могу ли я вообще выдержать эту проблему? – Насколько хватит сил? На один день? На один час? На неопределенное время?*
- *Я вообще *готов* попытаться это сделать? Или всё во мне сопротивляется этому?*
- *Что даёт мне *защиту, пространство и опору*, чтобы мочь быть?*

8.2. Если основа страдания в том, что оно лишает радости жизни, необходимо снова укреплять. Нравиться и *отношения с жизнью*, делая множество маленьких шажков, а затем и приняв принципиальное решение. Предпосылкой этого является обращение к страданию, к потерянными ценностям. Через установление отношения, чувствование близости и уделение себе времени возникает грусть.

Страдать означает мочь грустить.

В грусти мы переживаем, как к нам прикасается сама жизнь, которая снова заявляет о себе в нас. Через обращение к потере боль ощущается интенсивно, и благодаря этому возникает внутренняя затронутость, которая проявляется в слезах и приглашает к наполненной сочувствием близости к самому себе. Чтобы мы смогли это, нам самим требуются отношения и близость, опыт которых у нас или в значительной степени уже накоплен и поэтому мы носим его в себе, или который мы приобретаем в ситуациях страдания, когда получаем обращение от других людей. Наряду с этими методическими указаниями можно задать себе конкретные вопросы, такие как:

- *Какие чувства вызывает у меня это страдание? – Оно причиняет сильную боль? Могу ли я выдерживать эти чувства?*
- *Готов ли я заниматься ими (этими чувствами)? Взять их к себе, жить с ними, потому что они являются частью меня и потери? Потому что они связывают меня с потерей и с моей жизнью? – Хочу ли я, *нравится* ли мне жить, также вместе с ними? Несмотря на них?*

- Достаточно ли у меня *отношений* с ценным, уделяю ли я ему достаточно *времени*, обретаю ли я к нему достаточно *близости*, чтобы мочь быть с моими чувствами? – Возможно, со временем я смогу почувствовать, как эти чувства приближают меня к себе, углубляют мои отношения с собой?

8.3. Если основа страдания в потере идентичности, Бытия-Собой, если его причина в самоотчуждении, в безутешности из-за того, что я утрачиваю себя, следует больше обращать внимание на то, что мы рассматриваем как правильное и подходящее нам, как подлинное и как то, за что мы отвечаем в этическом плане. Речь идёт об укреплении Бытия Person, «Я-остаюсь-собой», которое утрачено вследствие каких-то событий или собственного поведения. Для этого необходима встреча с другими Person. В ней Person обретает себя, может видеть, ощущать, уплотнять и схватывать свою сущность. В процессах раскаяния, прощения и примирения Person вновь находит себя.

Страдать – это мочь раскисваться.

В раскаянии происходит своего рода встреча с самим собой, в раскаянии мы вновь находим свою суть, своё подлинное, в зачастую болезненном или полном стыда дифференцировании от того, что я сделал неправильно и что привело к утрате Собственного. В то время как для грусти полезным является близость и сочувствие других людей, для Мочь-Раскаяться помогают уважительная встреча, посмотреть друг другу в глаза, установление дистанции.

Здесь себе можно задать следующие вопросы:

- Что я *считаю* по поводу того, что со мной произошло или того что я сделал?

- Могу ли я *стоять за это*, могу ли я позволить показать себя с этим и ценить себя, или я, собственно говоря, стыжусь этого? Что я должен делать, чтобы я мог *дать себя показать*?

- Что мне соответствует, что является *настоящим, подлинным*? За что я могу себя *ценить*?

8.4. Если причина страдания в том, что я больше не вижу для себя будущего, смысла, контекста, в котором может разворачиваться и для чего-то являться хорошей моя деятельность или собственная жизнь, тогда следует обратить внимание на *открытость к требованиям и предложениям ситуации* или на крупные *взаимосвязи* более высокого порядка, в которых мы находимся. Для этого требуется согласование и диалогический обмен с обстоятельствами. Через согласование с тем, что требуется, или с предложением на основе Мочь, Нравиться и Иметь право становится возможным внести себя в ситуацию и найти в ней исполнение.

Страдать – это согласовываться с более крупным контекстом.

Так мы приходим к персональной активности, через которую мы снова открываем себе будущее. Эта активность позволяет ощутить более широкое понимание того, где я нахожусь. Познание и согласование с тре-

бованиями ситуации приводит к экзистенциальному смыслу, предчувствие, видение и вера в более крупные взаимосвязи открывает онтологический смысл (Längle, 1994a; 2008) и подводит нас к порогу веры.

Так мы рассматриваем вопрос о смысле в *диалогическом взаимодействии* с Мочь-Принять, с обращением и с Бытием-самим-собой. Если эти выше названные «персональные предпосылки» даны, тогда человек более открыт и более способен к нахождению смысла ситуации. Он может более быстро включиться и справиться с ситуацией. И наоборот, видение, ощущение и вера в более крупные взаимосвязи, а именно, в смысл, который имеет страдание, может помочь лучше его принять, более легко обратиться к нему и при этом лучше оставаться самим собой.

9. О смысле страдания

Франкл (1982) указывал на то, что то, что мы переживаем как страдание, не может непосредственно переживаться как смысл. Страдание, несчастье, нужда бессмысленны для человека, который их переживает. Потому что когда смысл понимается как что-то, что представляет ценность, тогда страдание со всей отчетливостью противоположно этому пониманию. По природе страдание – это нечто, не имеющее ценности, потеря, разрушение, боль. Поэтому совершенно естественно, что само страдание переживается как бессмысленное – что не исключает того, что в большем контексте веры или также социальной идеологии и т.д. его рассматривают как (онтологически) необходимое или наполненное смыслом.

Само по себе страдание – бессмысленно. Смысл может найдаться в обхождении с ним – в проживании страдания.

Однако Франкл описал «поворот», который указывает путь из бессмысленности страдания к потенциальному смыслу, который становится возможным «вопреки» бессмысленности страдания. Путь заключается в задействовании персонального занятия позиции и активности по отношению к страданию: если опыт страдания и представляется как что-то потенциально бессмысленное, то все же *в проживании страдания* может быть найден какой-то смысл. Смысл страдания для человека состоит, в первую очередь, *в обхождении* со страданием. Однако это не удовлетворяет в полной мере его желание и потребность в понимании. Поэтому человек стремится поместить свое страдание в *большой контекст* и в конечном итоге хочет видеть его *в более крупных взаимосвязях*, то есть в чем-то большем, в чем он находится, и что может дать ему ценность более высокого порядка.

Тема обхождения со страданием уже была затронута выше. Но в логотерапии (ср. Frankl 1959; 1967; 1982) фокус обращения со страданием направлен на возможное нахождение смысла (и в меньшей степени на то, чтобы сделать возможным обхождение с ним, как это описано выше в экзистенциальном анализе). Подход к страданию в аспекте смысла может быть полезным с психологической точки зрения, так как во многом именно страдание от ощущаемой бессмысленности делает страдание так трудно переносимым. «Проблемой было не само страдание, а отсутствие ответа на

кричащий вопрос «зачем страдать?», так однажды очень точно сформулировал Ницше (цитировано по Франклу 2005, 163). Таким образом, из логотерапии мы можем получить ценные указания относительно того, как страдание может быть лучше интегрировано в жизнь.

9.1. Экзистенциальный смысл

Логотерапия дает психологическое руководство для нахождения экзистенциального смысла (Франкл 1982). Она также занимается вопросом, как можно осмысленно обходиться со страданием, и в чем можно увидеть персональный смысл, вызов, обращенный к страдающему человеку. Согласно логотерапии экзистенциальный смысл в страдании действительно может быть найден. Причина этого находится в том, что и в страдании есть доля свободы. Она лежит в двух областях (ср. Längle 1994c; 2002; 2007): в «Как» и в «Для чего» или «Для кого» мы несем страдание, которое невозможно избежать.

Страдание можно для чего-то применить.

Под «Как» подразумевается способ проживания страдания, то есть то, как мы с ним *обходимся*, как мы страдаем: громко или тихо, погружаясь в себя или обращаясь к другим, жертвуя собой или проклиная и т.д.

Другой аспект – «Для кого» - указывает на внутреннюю встречу со страданием: на то, как мы размещаем его в своей жизни? Какое применение мы ему находим? Можем ли мы «использовать» его для чего-то, что для нас ценно? Практически это означает: соотносимся ли мы с другими, например, чтобы не нагружать их дополнительно? Или мы оставляем его для себя, так, чтобы мы и дальше могли смотреть себе в глаза? Или мы соотносимся с Богом, для которого мы готовы брать на себя страдание?

Франкл (1982) назвал этот способ обхождения со страданием «главной дорогой к смыслу», потому что наполненное смыслом обхождение со страданием так важно для жизни, наполненной смыслом. Он назвал этот путь «ценностями установки». Ценность этого обхождения со страданием заключается в установке, нацеленной на что-то положительное, которая конструктивна, несмотря на тяжелые обстоятельства. В принципе ценности установки описывают самое глубокое отношение Person к ее жизни - воспринимается ли жизнь в конечном итоге как хорошая или нет (ср. Längle 1994c).

9.2. Онтологический смысл

Наряду с этим экзистенциальным обхождением со смыслом (и его интеграцией) существует другая категория смысла, а именно смысл в метафизическом контексте, возможность управления которым больше не зависит от самого человека. Мы называем его «онтологический смысл» (Längle 1994a; 2002; 2008). Речь идет о более крупном контексте, в котором может быть увидено страдание и в котором можно найти смысл более высокого порядка. Однако этот общий контекст, в котором находится страдание, для нас больше не понятен. Мы не можем знать онтологического смысла страдания, и он не познаваем непосредственным образом. Этот

онтологический смысл – смысл экзистенции страдания – находится в сфере веры.

Это вопрос, почему вообще существует страдание, почему именно я должен испытывать это страдание. Мы хотим понять это в контексте общего бытия. Но так как мы не знаем плана построения мира, мы не можем знать, для какой цели и с каким замыслом возникла или была сотворена эта судьба. Мы можем обнаружить это сокрытым в вере или найти объяснения в философских размышлениях. В любом случае для людей имеет значение само старание достичь большого и конечного понимания страдания. Само ощущение наличия такого смысла или вера может дать надежду, может обещать возможное спасение.

Контекст страдания, рассматриваемый в крупных взаимосвязях, невозможно постичь посредством знаний.

9.3 Что может вырасти из страдания

Растить и созревать через страдание.

В своей книге „*Nomo patiens*“, которую Франкл написал в 1950 году, то есть относительно вскоре после войны, он осветил то, как страдание может воздействовать на человека, который с ним боролся. Франкл указал на наличие возможностей того, как страдание, которое человек признал и выдержал, в свою очередь может повлиять на него самого. Дело в том, что когда человеку удастся выдержать свое страдание и не отчаяться или не сломаться, тогда он может через него *вырасти*, то есть развить новые духовные способности. Когда рост, прирост силы, закончен, это ведет к дальнейшему *созреванию*. Зрелость Person означает, что раскрывается качество ее духовных способностей; что расширяется и укрепляется душевно-духовное «Мочь». В конце концов, Франкл считал, что через страдание человек может даже *перерастить самого себя*, то есть совершать действия и обнаруживать установки, на которые он изначально даже не считал себя способным и которые он в себе не знал. Именно нужда может сделать человека способным даже на «сверхчеловеческие» достижения (Frankl 2005, 202-216).

Страдание означает кризис. В страдании мы выходим на распутье. Здесь можно сломаться, погибнуть, сорваться в болезнь, впасть в отчаяние, положить конец невыносимому террору, совершив суицид. В самой своей глубине страдание является экзистенциальным вызовом. Страдание изменяет человека. После него никто не остается прежним. Но в этом процессе, проникающем в интимность Person и ее самые глубокие и последние решения о жизни, человек может также извлечь пользу. Страдание может облагородить человека. Мария фон Эбнер-Эшенбах выразила это однажды в предложении: «Мы противимся страданию, но кто хотел бы отказаться от прожитого страдания?»

Страдание может привести не только к росту и созреванию, но и к познанию. Франклу пришлось в течение двух с половиной лет концентрационного лагеря самому пережить страдания, а также видеть страдания других. Об этом он написал в своей книге «Сказать жизни «Да!» (1963;

2006, 148). В конце этой книги, обобщая этот бесконечный путь страдания, который вернул его из ада обратно в «нормальную жизнь», он пишет, что он ощутил как результат своего страдания: «Но все это переживание человека, вернувшегося домой, увенчано восхитительным чувством, что после всего перенесенного не надо больше бояться ничего на свете – кроме своего Бога».

Через страдание учиться видеть глубже.

В другом месте своей книги Франкл называет плодом этого созревания способность к более глубокому видению вещей. Здесь ему удалось в невероятно сконцентрированной и сжатой форме изложить сущность глубокого опыта страдания. И это одно из самых ценных высказываний, которые я знаю о страдании. Франкл заканчивает свою книгу "Homo patiens" словами: «Страдание делает человека ясновидящим и мир прозрачным». Именно таким был его опыт: страдание может открыть нам глаза для видения глубины и широты, которые выходят за пределы обыденного. Страдания делают относительными события в мире и уменьшают их значение до той степени, когда физическое становится прозрачным для метафизического. И из растрескавшегося ландшафта души человека, возвратившегося из концентрационного лагеря, Франкл (2005, 237) формулирует отношение к последнему смыслу, который открылся ему в страдании: «Как часто только в руинах освобождается вид на небо».

Перевод с немецкого: Амбарнова Е.Б., Денисенко Н.М.

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА, ПРОХОДЯЩИХ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Алехин А.Н.¹, Чумакова И.О.¹, Трифонова Е.А.¹, Лебедев Д.С.², Михайлов Е.Н.²

¹ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

² Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

termez59@mail.ru

Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6.

Введение. Психологическая подготовка пациентов к хирургическому вмешательству на сердце является одной из актуальных задач в медико-психологическом обеспечении лечебного процесса в кардиологии. Сам факт необходимости подобного лечения, принятие решения, переживание витальной угрозы и неопределенности являются источником психотравматизации для пациента и его близких, создают риск нарушений психической адаптации, прежде всего в форме тревоги. Являясь

естественной реакцией на стрессогенное событие, при высокой интенсивности тревога способна приводить к дезорганизации поведения пациента, затруднению в понимании медицинской информации, импульсивным отказам от лечения.

В ряде исследований показано, что высокое эмоциональное напряжение в предоперационный период вследствие гиперактивации симпатoadrenalовой системы увеличивает вероятность осложнений в периоперационный период у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, делает необходимым более высокие дозы анестетиков, обуславливает более длительный период восстановления после хирургического лечения (Барбараш О.Л. и соавт., 1998; Duits A.A. et al., 1997; Osborn T.M., Sandler N.A., 2004; Tully P.J., Baker R.A., Knight J.L., 2008).

Известно, что предоперационная тревога зависит от клинической картины заболевания, степени осведомленности о нем и длительности ожидания хирургического вмешательства (Badner N.H. et al., 1990; Kiyohara L.Y. et al., 2004; Aalouane R et al., 2011). Вместе с тем недостаточно изученными остаются особенности реагирования пациентов на ситуацию относительно менее инвазивного по сравнению с хирургическим интервенционного лечения при заболеваниях сердца. Знание этих особенностей позволило бы обосновать направления психологического сопровождения процесса подготовки к интервенционному лечению, улучшить процесс восстановления физического здоровья после вмешательства, а также повысить качество жизни больных. Все вышеизложенное определило **цель** настоящего исследования: определение факторов риска выраженной предоперационной тревоги у пациентов, проходящих интервенционное лечение в связи с нарушением ритма сердца.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции № 1 и кардиологического отделения № 2 ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова». Было обследовано 116 пациентов (57 мужчин и 59 женщин) с нарушениями ритма сердца, госпитализированных в связи с плановым интервенционным лечением, которое включало радиочастотную катетерную абляцию (108 чел.), имплантацию электрокардиостимуляторов (6 чел.), а также кардиовертеров-дефибрилляторов (2 чел.). У 91 пациента процедура катетерной абляции по поводу нарушения ритма сердца проводилась впервые, у 25 – повторно. Обследованные пациенты были разделены на 3 возрастные группы – 18-35 лет (12,1%), 36-60 лет (56,9%), 61-83 года (31%). По давности заболевания представлены группы – меньше года – 21,5%, от года до 8 лет – 56,9%, больше 8 лет – 21,5%.

Исследование проводилось с информированного согласия в день госпитализации (за день до назначенной процедуры). Использовались следующие методы и методики.

- Беседа, направленная на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия, переживаний, связанных с заболеванием, информиро-

ванности о нем, приверженности лечению, а также актуальной жизненной ситуации и качества жизни.

- «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. и соавт., 2005).
- «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 2003).
- «Шкала самооценки депрессии» Зунга (Self-Rating Depression Scale – SDS).
- «Торонтская алекситимическая шкала» для оценки способности пациента к осознанию и вербализации эмоциональных состояний и чувств (Ересько Д.Б. и соавт., 1994).
- Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) для определения выраженности интернальных / экстернальных установок (Бажин Е.Ф. и соавт., 1984).

При математико-статистическом анализе данных использовались методы описательной статистики, методы выявления различий (U-критерий Манна-Уитни), методы выявления взаимосвязей (корреляция Спирмена, критерий χ^2).

Результаты исследования. По результатам беседы и применения «Интегративного теста тревожности» были выделены варианты эмоционально-личностного реагирования на ситуацию ожидания лечения, варьирующие от защитного игнорирования и преуменьшения значимости предстоящего вмешательства до полной погруженности в тревожные переживания с аффективной дестабилизацией. По степени выраженности предоперационной тревоги обследованные были разделены на две группы. Первую группу (53 чел./45,7%) составили пациенты с умеренной и выраженной предоперационной тревогой. Для них характерна фиксация на тревожных мыслях, ожидание вероятного неудачного исхода операции, неусидчивость, эмоциональная лабильность, нарушения сна. Вторую группу (63 чел./54,3%) составили пациенты со слабовыраженной предоперационной тревогой либо отрицающие тревожные переживания. У таких пациентов в беседе не отмечалось признаков эмоциональной нестабильности, о ситуации лечения они высказывались рационально либо проявляли защитное игнорирование.

Сравнение по клиническим и социальным характеристикам пациентов с разной степенью выраженности предоперационной тревоги показало, что в наибольшей степени она характерна для женщин ($\chi^2=7,91$; $p<0,01$), не работающих ($\chi^2=7,307$; $p<0,01$), пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий ($\chi^2=5,34$; $p=0,05$). При этом не было обнаружено зависимости степени предоперационной тревоги от возраста и опыта интервенционного лечения.

Было установлено, что тревожные пациенты достоверно более депрессивны ($U=853$; $p<0,001$), их отношение к предстоящей операции является отражением общей фрустрированности ситуацией болезни: в структуре внутренней картины заболевания достоверно более выражены аффек-

тивно-негативные компоненты (тревожный, ипохондрический, неврастенический, дисфорический и др.).

Пациенты же без выраженных признаков предоперационной тревоги более склонны к компенсационному стремлению вовлекаться в социально значимую деятельность (эргопатический тип), а также к отрицанию серьезности болезни (анозогнозический тип). Они также обладают достоверно более высоким уровнем интернальности – субъективного контроля над значимыми событиями жизни ($U=1151,5$; $p<0,01$ и более выраженными чертами алекситимии ($U=1099,5$; $p=0,05$).

Достоверных связей между выраженностью предоперационной тревоги и информированностью о заболевании, а также предстоящем лечении выявлено не было.

Обсуждение. Настоящее исследование было направлено на выявление психологического содержания, оценку распространенности и факторов риска предоперационной тревоги у пациентов с нарушениями ритма сердца, проходящих интервенционное (относительно менее инвазивное по сравнению с хирургическим) лечение. Результаты исследования позволили установить, что эмоциональные реакции пациентов варьируют от игнорирования угрозы до интенсивной тревоги, сочетающейся с другими признаками нарушения психической адаптации. Наиболее типичной является умеренная условно адаптивная тревога, отражающая естественную реакцию на нарушение привычных условий существования, неопределенность и риск осложнений.

По данным исследования, предоперационная тревога чаще встречается у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, что вероятно, обусловлено сформированностью паттернов тревожного ожидания на фоне приступообразного течения болезни. Женщины и пациенты, не имеющие трудовой занятости, также больше склонны к тревоге в предоперационный период, что согласуется с результатами некоторых других исследований (Чумакова И.О., 2011; Vadner N.H. et al., 1990; Jawaid M. et al., 2007). Не было обнаружено типично выявляемой в исследованиях зависимости тревоги от уровня осведомленности о лечении (Kiyohara L.Y. et al., 2004). Отсутствие подобной связи, по-видимому, объясняется неодинаковыми потребностями пациентов в информации о предстоящем лечении, а также более значимой роль чувства владения ситуацией, нежели владения информацией. Косвенно это подтверждают и данные, согласно которым интернальный локус контроля соотносится с большей эмоциональной стабильностью на предоперационном этапе (McEachern M., 1992).

Неожиданным результатом настоящего исследования явилась обратная связь между уровнем алекситимии и предоперационной тревожности. Несмотря на неоднократно подтвержденную связь алекситимии и тревожности (Marchesi C. et al., 2005), в настоящем исследовании была выявлена большая выраженность алекситимии у пациентов без явной тревоги в предоперационный период. Можно предположить, что в данном случае алекситимия позволяет актуализировать пациентам механизмы психологиче-

ской защиты, блокирующие осознание тревоги перед вмешательством и чрезмерную рефлексию над ситуацией лечения. Типичное для алекситимичных пациентов уклонение от самоанализа и фантазирования приводит к прерыванию замкнутого круга (страх – сердцебиение – страх) в предоперационный период и препятствует означиванию соматических симптомов как проявлений эмоций. С другой стороны, дифференцированность эмоциональной сферы и склонность к саморефлексии в ситуации, обладающей высоким психотравмирующим потенциалом, может приводить к психологической «перегруженности» и, как следствие, нарастающей тревоге.

Выводы.

- Интервенционное лечение и его ожидание являются фактором риска возникновения тревожного состояния у пациентов с нарушениями ритма сердца.
- Для пациентов с выраженной предоперационной тревогой характерна большая фрустрированность ситуацией болезни в целом.
- Предоперационная тревога более типична для больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, женщин, а также лиц, не имеющих трудовой занятости.
- Предоперационная тревога возникает относительно независимо от уровня информированности о болезни и интервенционном лечении как результат переживания неподконтрольности актуальной ситуации у пациентов, склонных к сосредоточенности на своем эмоциональном состоянии и поиску внутренних (психологических) причин происходящих событий.

ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

Аносова Е.В., Подписнова Е.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

anosowaelena@yandex.ru

Шизофрения – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций) разной степени выраженности, длительным (непрерывным или приступообразным) течением с разной глубиной и выраженностью продуктивных (позитивных) расстройств (от невротозо- и психопатоподобных до галлюцинаторно-бредовых и кататонических) и разной степенью негативных изменений личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения.

За период с начала прошлого века и по настоящий момент в понимании места патопсихологических расстройств в общей картине болезни при шизофрении произошли глубокие изменения: от отрицания специфических нарушений памяти исследователи пришли к необходимости их выделения в качестве особых «маркеров» данного заболевания. Большинство иссле-

дователей (Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.) сделали вывод о том, что у пациентов с небольшой длительностью заболевания сохранность мнестических и других познавательных процессов выражена сильнее, тогда как в случаях прогрессивного течения процесса расстройства данные нарушения могут быть отчетливо выраженными. В связи с этим актуальным является изучение познавательных процессов у больных шизофренией с различными типами течения заболевания и разной его длительностью.

Целью проведенного исследования было изучение структуры шизофренического патопсихологического симптомокомплекса (познавательных процессов и индивидуально-личностных особенностей) у больных параноидной шизофренией в зависимости от типа течения заболевания.

В задачи исследования входило изучение познавательных процессов и индивидуально-личностных особенностей у больных параноидной шизофренией с непрерывно-прогрессивным типом и приступообразно-прогрессивными типами течения заболевания.

В 2011-2012 гг. в ГБУ Калужской области «Жиздринский психоневрологический интернат» и ОГУЗ «Курский клинический психоневрологический диспансер» обследовано 30 мужчин и 30 женщин с диагнозом «Шизофрения. Параноидная форма» в возрасте от 30 до 50 лет. Длительность заболевания у всех обследованных превышала 10 лет. В 1-ю группу включено 30 человек, у которых заболевание характеризовалось непрерывно-прогрессивным типом течения. Во 2-ю группу вошли больные параноидной формой шизофрении с приступообразно-прогрессивным типом течения заболевания. Критерием исключения из исследования было наличие последствий перенесенных ранее черепно-мозговых травм.

При проведении исследования использовался клинико-психопатологический метод, а также экспериментально-психологические методики: таблицы Шульте, «отсчитывание», «запоминание 10 слов», «пиктограммы», «исключение 4-го лишнего», «сравнение понятий», «госпитальная шкала тревоги и депрессии», «методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Немчинова Т.А.)», «шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергера-Ханина». Дополнительно проводилось изучение медицинской документации пациентов (медицинская карта стационарного больного).

Качественный и количественный анализ данных осуществлялся с использованием методов математической статистики: статистической программы STATISTIKA 6.0 Stat Soft.

В ходе исследования выявлены некоторые специфические особенности познавательных процессов и индивидуально-личностных особенностей у больных шизофренией в зависимости от типа течения данного заболевания.

Долевое распределение испытуемых 2-й группы, выполнивших отыскивание чисел по таблицам Шульте, было следующим: до 60 сек. – 23,0%, до 120 сек. – 37,0%, более 120 сек. – 40,0%. В 1-й группе это распределение

было таким: до 60 сек. – 40,0%, до 120 сек. – 50,0%, более 120 сек. – 10,0%. Обнаружены статистически значимые различия средних показателей времени поиска чисел по таблицам Шульте в группах больных с непрерывно-прогредиентным и приступообразно-прогредиентным типами течения шизофрении. ($p=0,004$). Средние показатели времени, затраченного на поиски чисел по таблицам Шульте в группе больных с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении значительно выше, чем в группе с непрерывно-прогредиентным течением. Выявленные изменения параметров внимания нашли отражение в нарушениях механической и логической памяти.

Так, у больных с приступообразно-прогредиентным типом течения заболевания показатели отсроченного воспроизведения в методике «10 слов», коэффициента воспроизведения в методике «Пиктограммы» значительно ниже, чем в группе больных с непрерывно-прогредиентным типом течения шизофрении. Об этом свидетельствуют следующие показатели: доля больных, имеющих снижение ретенции в 1-й группе равна 27,0%. Во 2-й группе с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении 43,0%. Низкая продуктивность запоминания в группе с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении (2-я группа) была выявлена у 90% обследуемых. В группе с непрерывно-прогредиентным типом течения заболевания (1-я группа) низкая продуктивность запоминания была выявлена у 77,0%.

У больных с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении значительно выше показатели ситуативной тревожности (результаты методики измерения ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина) и показатели уровня тревоги (результаты методики Тейлора). Долевое распределение показателей ситуативной тревожности в 1-й группе обследованных с помощью опросника Спилбергера-Ханина было следующим: низкая тревожность – 53,0%, средняя тревожность – 30,0%, высокая – 17,0%. Среди больных с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении (2-я группа) долевое распределение было следующим: низкая тревожность – 3,0%, средняя тревожность – 67,0%, высокая – 30,0%.

Статистически значимые различия по показателю уровня тревоги в группах больных с непрерывно-прогредиентным и приступообразно-прогредиентным типами течения заболевания подтверждают результаты статистической обработки ($p=0,001$). Долевое распределение в зависимости от показателя ситуативной тревожности, выявленной с помощью опросника Спилбергера-Ханина, в группе с непрерывно-прогредиентным типом течения шизофрении было таким: низкая тревожность – 17,0%, умеренная – 30,0%, высокая тревожность – 53,0%. Во 2-й группе: низкая тревожность – 3,0%, умеренная – 63,0%, высокая тревожность – 3,0%.

Установлено, что наряду с классическими, свойственными для шизофрении, нарушениями познавательных процессов и личностной сферы, были выявлены нарушения, не свойственные описанному ранее шизофре-

ническому патопсихологическому симптомокомплексу. Это позволяет предположить, что при длительном сроке течения шизофрении (более 10 лет) происходит трансформация нарушений познавательных процессов за счет нарастания изменений параметров внимания и, как следствие этого, снижение процессов механической и логической памяти. Статистически доказано увеличение времени отыскивания чисел по таблицам Шульте, снижение ретенции, снижение эффективности воспроизведения логически опосредованного материала, свойственные для органического патопсихологического симптомокомплекса. Это позволяет сделать вывод о влиянии на структуру и трансформацию шизофренического патопсихологического симптомокомплекса не только длительности заболевания, но и типа его течения. Полученные результаты, возможно, обусловлены длительной нейрорепитивной терапией, принимаемой больными шизофренией. Их необходимо учитывать в ходе оказания специализированной психиатрической помощи больным шизофренией, предусматривая включение в программу обследования консультации врача-невролога.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИАТОВ, В ПЕРИОД РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Архипова И.Н., Аносова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

arhipovamed@mail.ru

Нарушение социальной адаптации является одновременно одним из факторов риска развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и последствием их приема.

Злоупотребление ПАВ, клинические проявления химической зависимости представлены сложным комплексом расстройств психического здоровья, приводящим к формированию устойчивой дезадаптации (Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б. и др., 2003).

Наркомания относится к заболеваниям, имеющим выраженные социальные последствия (Бойко Е.О., 2009). Нарушение адаптации в обществе за счет прекращения трудовой деятельности, формирования криминальной направленности является значимым последствием наркомании (Гаспер И.Б., Чирко В.В., Демина М.В., 2006). Неотъемлемым результатом развития зависимости является значительное снижение трудоспособности больных: в подавляющем большинстве случаев они не работают, находятся на иждивении родственников, совершают преступления, связанные с поиском денег для приобретения наркотиков (Бойко Е.О., 2009).

Снижение количества и качества социальных связей и контактов при отсутствии адекватных реабилитационных мероприятий приводит к полной дезадаптации больных (Ненастьева А.Ю., 2007).

Употребление опиатов имеет тяжелые медико-социальные последствия. Уже на 2-й стадии заболевания обнаруживаются проявления деградации личности. Характерны изменения психики в виде пониженного фона настроения, снижения активности. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, морально-этическое снижение. Интересы наркомана сосредоточены вокруг наркотиков и способов их добывания. Следствием этого являются преступления, связанные с поиском средств для приобретения наркотиков. Сознание болезни в ряде случаев сохраняется, и больные пытаются оправдать образ жизни различными соображениями, имеющими защитный характер. Сопутствующий заболеванию асоциальный образ жизни несет в себе опасность смерти по причине несчастных случаев, травматизма (Великанова Л.П., Каверина О.В., Бисалиев Р.В., 2008, А.Г. Гофман, 2003).

Длительные и стойкие ремиссии опийной наркомании возникают редко, обычно после проведения полноценного курса лечения и поддерживающей терапии (Гофман А.Г., 2003).

Для первых месяцев становления ремиссии характерны субдепрессивные состояния с раздражительностью, тоскливостью, ощущением безрадостного существования. Длительность субдепрессивных состояний с преобладанием апатического или тревожного компонента, ипохондричности, аффективной лабильности колеблется от 2 недель до 6 месяцев и сопровождается сохранением патологического влечения к опиатам (Братанова С.Б., 2001; Гофман А.Г., 2003).

И.Д. Спирина с соавт. (2003) обнаружили корреляцию между продолжительностью ремиссии опийной наркомании, качеством социальной адаптации, с одной стороны, и снижением уровня общей тревожности и выраженности депрессивных переживаний – с другой (Спирина И.Д., Лагутин В.А., Серебритская О.В. и др., 2003).

По данным С.Э. Гольдрин (2003), формирование стойкой ремиссии с редуциацией основных аффективных расстройств и, как следствие, исчезновение патологического влечения к опиатам наблюдаются к концу 6-го месяца воздержания от наркотиков. После этого эмоциональные нарушения могут возникать как реакция на психотравмирующее обстоятельство или в результате высоких физических и психологических нагрузок, неустойчивости быта, личной жизни, трудностей приспособления к новому коллективу. На протяжении первого года воздержания от опиатов может появиться беспричинное снижение настроения, нарушение сна и аппетита, усиление влечения к наркотику (Гольдрин С.Э., 2003).

Рассматривая психическое состояние больных опийной наркоманией в период ремиссии, следует обратить внимание на состояние, определяемое как «синдром ангедонии», заключающееся в отсутствии психологического комфорта вне интоксикации опиатами. Указанный синдром включает в себя помимо аффективного и идеаторного также поведенческий компонент, представленный действиями, направленными на получение опиатов, обсуждение различных аспектов употребления наркотика с другими

больными, пассивность в повседневной жизни (Крупницкий Е.М., Бураков А.М., Романова Т.Н. и др., 2000), (Крупницкий Е.М., Масалов Д.В., Бураков А.М. и др., 2002).

Такие проявления аффективных расстройств, как тревога, раздражительность, конфликтность - с одной стороны, а также подавленность, безразличие к окружающему и идеи самообвинения - с другой, оказывают влияние на взаимодействие зависимых от ПАВ лиц с социумом. Аффективные нарушения в период ремиссии заболевания, включая поведенческий компонент синдрома ангедонии, могут утяжелять состояние больного и затруднять восстановление социального положения, присущего ему до начала заболевания.

В процессе изучения аффективных нарушений у лиц, зависимых от опиатов, нами было обследовано 37 больных с установленным диагнозом опийной наркомании 2-й стадии, находившихся на амбулаторном лечении в ОБУЗ «Курская наркологическая больница», на этапе формирующейся или стойкой ремиссии. В ходе обследования были использованы клинико-психопатологический метод, шкала Гамильтона для клинической оценки степени выраженности депрессивных нарушений.

При анализе причин обращения обследованных больных в наркологическую больницу были выделены три группы. В 40,0% случаев обращение за помощью было обусловлено решением суда в связи с совершением преступлений различной степени тяжести. Часть пациентов (35,0%) проходили лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационарного наркологического отделения. В 25,0% медицинская помощь оказывалась опийным наркоманам в рамках их пребывания на диспансерном учете, была связана с целью последующего снятия с учета.

Более половины обследованных (52,0%) имели стаж наркотизации менее 5 лет, от 5 до 10 лет – 40,0% и более 10 лет – 8,0%.

Продолжительность ремиссии менее 3 месяцев наблюдалась у 20,0% пациентов. Воздерживались от употребления наркотиков от 3 до 6 месяцев и более 6 месяцев по 40,0% обследованных.

Среди обследованных больных преобладали мужчины (89,0%). Минимальный возраст в исследуемой группе составил 21 год, максимальный – 35 лет, средний возраст – 28,9 лет. Изучение семейного положения показало, что на момент обследования 40,0% больных не состояли в браке, 35,0% были женаты (из них в 11,0% случаев брак не был официально зарегистрирован) и 25,0% – разведены. Таким образом, подавляющее большинство обследованных опийных наркоманов (65,0%) не были включены в устойчивые семейные отношения. Часть обследованных (40,0%) имели детей. Среди наркозависимых были как состоящие в браке, так и разведенные.

Таким образом, семейный статус обследованных опийных наркоманов является неблагоприятным. Необходимо, принимая во внимание средний возраст обследованных (28,9 лет), учитывать высокий процент лиц, не состоящих в браке, а также разведенных.

Уровень полученного образования существенно отличался. Не смогли окончить среднюю школу 8,0% испытуемых. Среднее образование имели 13,5% обследованных, 46,0% – среднее специальное и 32,5% – неоконченное высшее или высшее образование.

Официально трудоустроены были 30,0% больных. Несмотря на то, что должности не соответствовали полученному образованию и труд являлся низкоквалифицированным, сам факт трудоустройства и осуществления систематической трудовой деятельности необходимо рассматривать как прогностически благоприятный признак.

Однако большинство обследованных (70,0%) постоянного места работы не имели и либо вообще не работали, либо краткосрочно выполняли низкоквалифицированную работу без соответствующего документального оформления. В число неработающих вошли 46,0% пациентов, утративших постоянное место работы в связи с развитием зависимости от опиатов.

Результаты оценки степени выраженности депрессии по шкале Гамильтона показали, что в 16,0% случаев расстройства депрессивного спектра отсутствовали. Большинство испытуемых (59,0%) обнаруживали нарушения легкой степени выраженности и 25,0% – средней.

Значительная доля лиц, не имеющих постоянного места работы, а также потерявших его в связи с заболеванием, свидетельствует как об изменениях направленности личности, так и о трудностях адаптации в коллективе. Занятость низкоквалифицированным трудом, не соответствующим полученному образованию, косвенно отражает снижение профессиональной компетентности и трудности, возникающие при выполнении более квалифицированной работы, возможную неспособность справиться с ней.

В целом невысокий уровень полученного образования обусловлен как преморбидным неблагоприятным социальным положением больных, так и ранним возрастом начала употребления ПАВ, что повлекло за собой изменение направленности личности, в сочетании с искажением ценностных ориентаций. Формирование криминальной направленности, распространенность асоциального и антисоциального поведения подтверждается наличием значительной доли лиц, совершивших преступления и направленных на лечение по решению суда. Высокая криминальная активность усугубляет имеющиеся нарушения социальной адаптации.

Выявленные депрессивные нарушения преимущественно легкой степени тяжести отражают сохраняющиеся у больных в период ремиссии опийной наркомании аффективные расстройства. Проявления социальной дезадаптации в период ремиссии негативно влияют на аффективную сферу. Это требует включения в полипрофессиональную бригаду для оказания помощи наркозависимым помимо врача психиатра-нарколога и клинического психолога специалиста по социальной работе и социального работника.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОБЩЕСТВО: ПРЕОДОЛЕВАЯ БОЛЕЗНЬ

Афонина Н.Ю.

Тульский государственный университет, г. Тула

natalyaafonina.tula@yandex.ru

Сложная жизненная ситуация (СЖС) – понятие с чрезвычайно широкой семантикой, причудливой и разнообразной, как сама жизнь, когда за строго юридическим «нарушение жизнедеятельности человека» кроются судьбы «неспособных преодолеть», а значит, «реализовать внутренние потребности (стремления, мотивы, ценности)» - суть существования, имманентно присущую каждому из нас. Эта «невозможность» многолика: от клинического «болезнь», «инвалидность» до социального «сиротство», «безработица», «необеспеченность и нищета», «отсутствие определенного места жительства»; от внутрисемейного «жестокое обращение», «конфликты» до экзистенциального «одиночество»; от ребенка до взрослого.

Искать рецепт универсальной помощи – сомнительно в плане вероятного успеха, если не сказать – наивно, поскольку, как отмечают В.В. Николаева, Е.С. Андрианова, Г.А. Арина, О.Р. Пальмер – исследователи, организовавшие на базе НИИ детской онкологии АМН РФ психологическое изучение большой группы лиц с онкологическими заболеваниями, – «психологическое наполнение ситуации ... диктуется не ... конкретным содержанием самой этой ситуации», но «закономерностями развития сознания и самосознания» ее участников.

Таким образом, хотим мы этого или нет, преодолеть возникшую трудность силами общественной поддержки или врачебного вмешательства не представится возможным до тех пор, пока не будут учтены принципы душевной организации индивида – тонкие механизмы функционирования человеческой психики. Именно поэтому настоящая статья, вопреки традиции затрагивать юридические, административные и медицинские аспекты, в первую очередь отражает взгляд психолога на интеллектуальную недостаточность ребенка – один из вариантов сложной жизненной ситуации – и инклюзию как способ «цивилизованного» – отвечающего требованиям международных правовых актов («Декларация прав человека» и др.) – и «гуманистического» выхода их нее.

Итак, инклюзия – относительно молодой (1994 г., если говорить о внедрении термина в международный обиход) зарубежный проект «правильного» включения лиц с ОВЗ в систему массового образования, методология, делающая акцент на «гибкой образовательной среде» и «персонализации» обучения, эффективного для всех детей. С морально-правовых позиций инклюзия является гарантом соблюдения права каждого ребенка на получение общего образования и реализацию своих познавательных возможностей; шире – это идеология общедоступной окружающей среды, принимающей и поддерживающей индивида вне зависимости от его биологических данных.

Чем привлекательна практика инклюзии для общества и государства?

◆ Родители «особых» детей получают надежду преодолеть социальную изоляцию малыша, поскольку ребенок общается со своими сверстниками и посещает образовательное учреждение, находящееся недалеко от дома. Жители городов указывают на очевидное удобство последнего: не нужно забирать ребенка из специализированного детского сада или школы, которые, в силу необходимости выделения повышенного денежного довольствия (малая наполняемость классов и групп, дополнительные ставки специалистов), расположены далеко не в каждом районе. И если для городских детей получение специального образования в конечном итоге оказывается вопросом дополнительных «дорожных» времязатрат, «особые» дети из области вынуждены выбирать между домашним обучением и жизнью в специализированном интернате, а значит, неизбежно выпадает один из главных факторов коррекционного воздействия: коллектив или семья.

◆ Для обычных детей посещение инклюзивных групп и классов, как правило, связывают с перспективами личностного роста: формированием терпимости, отзывчивости, чувства общности, готовностью прийти на помощь и умением видеть достоинства окружающих людей. Фактически, это переход от конкурентности к партнерским отношениям, взаимодополняемой – а потому цельной – общности.

◆ На государственном уровне естественно рассматривать инклюзивное образование как долгосрочный, финансово выгодный проект, когда единовременное вложение средств в переоборудование общеобразовательных учреждений окупается за счет сокращения расходов на специальное образование. И далее, ранняя социализация детей-инвалидов позволяет прогнозировать их полноценное включение во взрослую жизнь вне преимущественной ориентации на призрение общества.

Исходя из вышесказанного, концепция инклюзии видится динамичной многофакторной системой предупреждения и коррекции вторичных отклонений в развитии ребенка.

Согласно взглядам выдающегося отечественного психолога Л.С. Выготского, дефективностью ребенка делает не биологическое отклонение, но реакция социума. «Само действие дефекта всегда оказывается ... отраженным. Непосредственное следствие дефекта – снижение социальной позиции ребенка; дефект реализуется как социальный вывих». То есть комплекс мер социальной поддержки, а именно постулируемые сторонниками инклюзии «приобщение», «поддержка», «принятие», вполне могут выступить в качестве созависимых элементов экзогенного воздействия – психологических основ преодоления болезни.

Значит ли это, что инклюзия и есть то самое недостающее звено из области психологии, предупреждающее негативные изменения в личности больного ребенка и купирующее развитие событий по типу «болезнь –

сложная жизненная ситуация»? Или иначе: обеспечит ли реализация психологических потребностей уход больного ребенка от СЖС?

Здесь мы намеренно не касаемся кадровых, финансовых и моральных проблем, связанных с внедрением инклюзии. Рассмотрение указанных аспектов заинтересованный читатель найдет в работах многих наших коллег, наиболее полно – у проф. Н.М. Назаровой. Приоритет же настоящей статьи – сравнительно-дифференциальный анализ изменений детской личности в условиях специализированного и совместного обучения. Объектом исследования являются особенности самой спорной с точки зрения возможности включения в массовый коллектив группы: детей с «пограничной интеллектуальной недостаточностью» - задержкой психического развития (ЗПР) церебрально-органического генеза.

В отличие от лиц с умственной отсталостью, относительно которых мнение представителей современной отечественной психологии звучит более-менее определенно и, в целом, развивает тезисы Л.С. Выготского, целесообразность инклюзии детей с ЗПР видится двояко: с одной стороны, подчеркивается временный характер ЗПР и, следовательно, во главе угла стоит изначальная направленность на перевод в общеобразовательное учреждение; с другой – особенности нервной организации, трудно поддающиеся не только педагогическому, но и медицинскому воздействию: эмоциональная лабильность, истощаемость психической деятельности или, напротив, излишняя возбудимость, - препятствуют достаточному освоению материала как самим ребенком, так и его «нормативными» товарищами. На данный момент в РФ схема обучения детей с ЗПР церебрально-органического генеза крайне близка к идеалистическому варианту, описанному Л.С. Выготским по отношению к умственно отсталым детям: малышам предлагается то же программное содержание, что и их нормально развивающимся сверстникам, при этом увеличивается срок освоения материала.

Итак, речь идет о различных способах пересечения с «нормативностью»: опосредованном «общностью целей и задач» специального образования при признании индивидуальности способа развития отсталого ребенка («для того, чтобы дефективный ребенок мог достичь того же, что и нормальный, следует применять совершенно особые средства»); непосредственном включении «особого» дошкольника или школьника в среду совместного обучения и воспитания.

Очевидно, для группы лиц с органическим поражением неинтеллектуального характера «широкое общение с миром», избегнув «паразитических опасностей», равно как и чувства малоценности, может послужить положительным социальным моментом. Успех подобного мероприятия среди детей с умственной отсталостью вызывает серьезные сомнения, прежде всего в силу качественного своеобразия законов их развития. Так, к ребенку-олигофрену не применима теория личностной компенсации дефекта, поскольку отсутствует необходимый источник начала компенсаторных процессов: у умственно отсталого ребенка нет чувства неполноценно-

сти, мучительного переживания и недовольства собой. Вероятно, суть данного явления – в недостаточном развитии когнитивных предпосылок формирования самооценки. Так или иначе, непризнание своей отсталости сегодня является классическим симптомом интеллектуального дефицита. И от того, характерна ли указанная особенность для детей с ЗПР, зависит научное обоснование перспектив включения этой пограничной категории в «массовый» коллектив. И здесь необходимо отметить, что безусловно большое количество конкретных сведений, которыми располагает отечественная психология относительно практики интеллектуальной инклюзии в российских образовательных учреждениях, является, говоря языком математической статистики, «сырой» - требующей дальнейшего уточнения и осмысления – эмпирической базой.

Во-первых, все еще не соблюдены принципиально значимые условия инклюзии «особого» ребенка: гибкая, доступная образовательная среда и соответствующая квалификация педагогов. Последнее особенно важно для детей с «пониженной одаренностью», поскольку взрослый выступает в качестве гаранта именно развивающего – направленного на преодоление интеллектуальной недостаточности – обучения. Перефразируя лозунг Гразера: мы должны дойти до того, чтобы каждый педагог инклюзивных детских садов или школ умел обучать и умственно отличных детей – т.е. обладал знаниями (и опытом!) специального педагогического персонала. Инклюзия, носящая стихийный характер, ставит под сомнение исходный гуманизм идеи, нивелируя классический, теперь междисциплинарный ориентир – «Не навреди!». В пилотных проектах, когда учреждение оказывается не подготовлено к инклюзивной деятельности, дети с особыми образовательными потребностями быстро приобретают статус неполноценных, а пребывание в «здоровом» коллективе только «усугубляет, отягощает первоначальную недостаточность» не-такого-как-все малыша. Таким образом, в рассмотренном аспекте критерием «правильности» инклюзии следует считать обучение взрослых.

Во-вторых, по-прежнему не удается преодолеть психологическую установку на восприятие дефективности ребенка. Опыт, транслируемый большинством образовательных учреждений, обнаруживает признаки, вероятно, неосознанной дифференциации норма-отклонение уже на этапе понимания теоретических основ инклюзии. Западному академическому видению, определяющему инклюзию как процесс приобщения, принятия и взаимоподдержки друг друга членами одной общины, отечественная педагогика противопоставляет «общее образование нормальных с ненормальными». Дискриминация усматривается в самой попытке избежать системы специального образования: непризнание способности «особых» детей быть «подходящей компанией» для такого же нестандартного ребенка есть глубокая несправедливость. И до тех пор, пока интуитивно мы будем стремиться ввести ребенка в «лучшее» окружение, инклюзивный коллектив будет делиться на опекающих и опекаемых, на оказывающих помощь и принимающих ее, на здоровых и инвалидов. Воспитание самих взрослых –

еще один критерий «правильности» инклюзии. В целом, обучение и воспитание взрослых, ответственных за реализацию инклюзии, это факторы внешнего порядка.

А каковы ощущения «особого» ребенка - непосредственного участника образовательного процесса? Ниже мы приводим описание нескольких психологических ситуаций, имевших место в нашей практике. Ориентирами оценки является триада сфер, предложенная Шварц и ее коллегами – итог пятилетнего исследования влияния инклюзивного образования на развитие «особых» детей. Очевидно, с позиции психологии «причастность», «отношение» и «знания/навыки» могут считаться легитимными, если не единственными из достаточно обоснованных, внутренними критериями успешности инклюзии.

Итак, взаимодействие ребенка с группой сверстников или причастность к сообществу.

«Денис Ф., 4 г.3 мес. Диагноз: ЗПР на резидуально-органическом фоне. СДВГ. Алалия.

До поступления в специальный детский сад Денис посещал группу кратковременного пребывания при частном образовательном центре, где был вторым ребенком с «особенностями». Единственный поверхностный контакт, который удалось установить малышу, – с педагогом. Вот пример типичного поведения Дениса: на несколько коротких секунд он подбегает к женщине, показывающей яркие контейнеры с пальчиковыми красками. Рука в руке взрослый обмакивает ладошку ребенка – один, другой, третий отпечаток среди таких же детских ладошек. Все рисуют листья дерева. Листок Дениса - в «кроне», на «земле», поверх чьего-то листика и на рубашке обиженного соседа. «Ничего, постираем, - говорит педагог. Иди сюда». Но Денис уже побежал вытирать ладошки о белые стены ... На момент вывода из группы Денис сам по себе. Даже на прощальной фотографии он стоит, приобнятый воспитателем. После 3 мес. специального образования на новогоднем утреннике среди таких же «особенных» детей – ведет хоровод».

Отношение – связь «особого» ребенка с отдельными детьми.

«Ксюша Т., 4 г. 1 мес. Диагноз: ЗПР на резидуально-органическом фоне. ДЦП.

Ксюша – хрупкая, миниатюрная, улыбчивая. Легко вступает в контакт. Сверстников восхищают ее «кукольность», неловкость. Помогают «маленькой» всей группой: то за ручку проведут, то подарят собственную пластилиновую грушу взамен неудавшейся. Переведена в специальный детский сад по направлению ПМПК. Ксюша не умеет завязывать шарф, причесываться, проводить прямую линию... Через 8 мес. на прогулке девочка, поддерживаемая педагогом, карабкается по железной лесенке. «А я вот, смотри», - радуется своей ловкости «особенный» Артем, стоящий на ступеньку выше. «И я могу, сейчас. Не держи меня» - это уже «мнительному» педагогу».

Знания/навыки.

«Мирослав А. 4 г.7 мес. Диагноз: ЗПР на резидуально-органическом фоне, расстройство социального поведения и функционирования.

Мирослав – домашний ребенок. В массовых детских садах от группы отказывают через несколько недель: основаниями для отвода являются дневной энурез и абсолютная несформированность навыков гигиены. Несколько раз в месяц Мирослав посещает развивающие курсы: тихо сидит среди «типичных» дошкольников. ПМПК рекомендовано обучение в группе для детей с ЗПР. Мальчик смотрит в глаза, но словно не видит педагога, при прикосновении улыбается или, наоборот, начинает плакать. Больше всего ему нравится лежать – раскинув руки и ноги – в сенсорном уголке, среди мягких модулей. Мирослав не знает, как его зовут, не умеет говорить и даже жестикулировать. Через 4 мес. обучения – садится за стол вместе со всеми, ест, периодически поглядывая на соседа. Играет в «ладушки» с педагогом, показывает «козу» - указательный и средний пальцы вытянуты вверх, остальные – сжаты. Старается «подпевать» дефектологу: мууу, меее, и-го-го.

Такова типичная картина трудного детства. Мы не будем делать напрашивающихся выводов, но заметим: в каждом из рассмотренных случаев болезнь – а ЗПР имеет собственный шифр в МКБ-10 – безусловно, являлась причиной выраженных трудностей - когнитивных, личностных, социальных. И далее, сама структура личности ребенка с ЗПР оказалась такова, что, несмотря на ряд особенностей, в целом, можно было говорить о своеобразном переживании детьми собственного недостатка. Денис, Ксюша, Мирослав, равно как и множество других «особенных» дошкольников, наблюдаемых нами, взрослея, стремились включиться в новую игру, заводили друзей, ссорились и мирились, плакали в ответ на проявленную строгость («Рисуй сам!», «Мы уходим. Ты оделся?») и хвастались маленькими победами, т.е. оставались просто детьми и лишь потом – субъектами образовательной деятельности. Вышесказанное позволяет нам утверждать: ЗПР не может быть показателем к ограничению общественных связей ребенка. Вместе с тем интеллектуальная инклюзия, в современном ее варианте, не является системой, способствующей реализации здорового потенциала детства. Но и специальное образование по-прежнему остается социальной кузницей дефективности. Сколько раз автору приходилось сталкиваться с презрительным «зэпээрки» или жалостливым «они и так обделены судьбой»! И сколько раз родители спрашивали «Ведь он не дурак?» и во что бы то ни стало стремились попасть в обычную школу, подсознательно, поматерински чувствуя: клеймо VII вида со временем поставит их ребенка в совершенно иные социальные условия.

Так существует ли по-настоящему действенный способ преодолеть социальные последствия биологического неравенства?

Западная психология видит выход в постановке специального знания на службу массе... Время покажет, насколько справедливы возлагаемые надежды. А пока, обращаясь к работам И.П. Павлова, подчеркнем: гибкая, податливая среда, принимающая индивида таким-как-сейчас, препятствует

реализации рефлекса цели; вне преодоления препятствий нет личностного роста, вне личностного роста нет развития цивилизации. Что касается социальных аспектов, современное общество может позволить себе быть терпимым, однако будет ли означать совместное сосуществование подлинное равенство?

Думается, путь отечественной психологии в другом, поэтому настоящую статью мы завершаем словами Л.С. Выготского: «жизнь бесконечно сложна и дифференцирована, в ней всегда может найтись место для активного ребенка» и даже более – для каждого из нас.

МУКОВИСЦИДОЗ В СЕМЬЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ

Барбова Н.И.

Национальный Центр репродуктивного здоровья и медицинской генетики Республики Молдова

[*barbova_genetica@mail.ru*](mailto:barbova_genetica@mail.ru)

Наследственная болезнь может стать препятствием для реализации жизненных планов, ограничивая сферу деятельности, круг интересов, изменяя характер и содержание общения, влияя на направленность и ценностные ориентации личности. Для успешного преодоления болезни ребенком необходима работа не только с ним, но и с семьей в целом, должны учитываться специфические представления ребенка о болезни и лечении, проводится коррекция внутренней картины болезни (Куртанова Ю.Е., 2003). Муковисцидоз (МВ) – наиболее распространенное летальное наследственное заболевание у лиц европеоидной расы (Ratjen F., Doering G., 2003), характеризующееся большим разнообразием клинических проявлений. МВ - это множественное поражение экзокринных желез, проявляющееся выделением секретов повышенной вязкости. Заболевание прогрессирует с возрастом. Вторично в патологический процесс вовлекаются легкие, поджелудочная железа и кишечник. Осложнениями МВ являются сахарный диабет и нарушение репродуктивной функции у взрослых больных. Продолжительность жизни больных МВ ограничена. В нашей стране – до 20 лет.

Популяционная частота МВ – 1:2000-3000 новорожденных. Больные дети рождаются только в тех семьях, где оба родителя являются носителями гена *CFTR*, генетический риск при МВ (вероятность рождения больного ребенка) составляет 25%. Этот высокий риск сохраняется для каждой последующей беременности, поэтому пациенты с МВ, их родители и другие родственники испытывают множество психологических проблем (Blair C., Cull A., Freeman C., 1994.).

Дети, страдающие МВ, являются инвалидами и нуждаются в постоянной опеке родителей. Необходимо ежедневно и систематически проводить активное лечение больному (регулярный прием ферментов, муколи-

тиков, антибиотиков и других лекарственных препаратов, проведение кинезотерапии). Участие родителей и других членов семьи в этом процессе обязательно (Симонова О.И., Волкова Е.П., Капранов Н.И., 1999, 13).

Цель исследования – выявить психологические проблемы, возникающие в семье, в результате рождения ребенка, больного МВ; оценить реакцию родителей на МВ в семье и определить их персональную ответственность за состояние здоровья детей.

Представлен 20-летний опыт амбулаторного наблюдения за 59 семьями из Республики Молдова, в которых 69 детей (37 мальчиков и 32 девочки) были больны МВ, с точки зрения педиатра-генетика. Возраст пациентов с МВ колебался от 1 месяца до 32 лет.

Все наблюдаемые семьи были разделены на 3 группы. В I группу вошли 44 семьи, имеющие 1 больного МВ ребенка. Во II группу – 6 семей, в которых было двое и более детей с МВ, а III группу составляли 9 семей, в которых были умершие от МВ дети.

У большинства пациентов (71,4%) I группы отмечалось тяжелое течение болезни, у 28,6% - средней тяжести, 81% больных страдали смешанной формой МВ с поражением легких и кишечника. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 5 лет - 26,2%, в возрасте 5-10 лет - 21,4% детей, больные от 10 до 13 лет составили 9,5%, преобладала возрастная группа от 13 до 18 лет – 42,9%.

При МВ кризис осознания болезни наступает в подростковом возрасте (13–16 лет) (Куртанова Ю.Е., Пятова С.В., Ульянова Л.В.). В I группе преобладали подростки, для этого возраста характерна автономизация от родителей, переоценка и перестраивание отношений с ними (Пятова С.В., 1998), но 85% наблюдаемых пациентов отметили, что им необходима тесная связь с родителями, особенно с матерью, для поддержания жизнедеятельности организма и продления жизни. Отношение к отцу у 42% подростков было отрицательным в связи с его уходом из семьи или отсутствием моральной и материальной поддержки с его стороны. Контакты со сверстниками у большинства подростков были ограничены. Среди факторов, способствующих этому, были мучительный кашель с большим количеством мокроты (75%), деформация грудной клетки и фаланг пальцев (62%), обучение на дому (40%), запаздывание полового развития (40%). У 42% больных школьного возраста выявлена тенденция к депрессии, причем в большей степени ей были подвержены девочки. Больные знали об ограниченной продолжительности жизни и о прогрессировании хронического бронхолегочного процесса, поэтому при тяжелом течении МВ профессиональное самоопределение ограничено и единственное желание, которое они проявляют, – это сохранение здоровья и продление жизни. Лишь 39% подростков, страдающих МВ, из этой группы продолжают учиться или работают.

Нормальные семейные взаимоотношения до установления диагноза наблюдались во всех 42 семьях этой группы, после установления диагноза 16 семей распались. Отец одной пациентки решил, что в ее болезни вино-

вата только жена, потому что в предыдущем браке у него была здоровая дочь. В последующем он отказался от ответственности за лечение ребенка. 48% родителей считали, что нарушались физические аспекты брака. Половина отцов и более 60% матерей считали, что заболевание ребенка нарушает семейную жизнь, так как уход за ним отнимает много времени. Примерно 80% матерей и 45% отцов жаловались на бессонницу, лабильность настроения, повышенную реактивность или депрессию. 2/3 опрошенных родителей из этой группы знали причину заболевания, были информированы о 25% генетическом риске рождения следующего больного ребенка и страдали чувством вины по отношению к больному МВ. Большинство семей (62%) могли избежать рождения больного МВ ребенка с помощью дородовой диагностики, но они пока воздерживаются от рождения детей, несмотря на то что в этих семьях больной МВ является единственным ребенком. Таким образом, модель поведения родителей в этих семьях можно охарактеризовать, как «уход в болезнь», когда вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку.

В то же время при сопоставлении врачебных назначений со степенью тщательности их выполнения родителями больных детей оказалось, что отношение родителей к рекомендациям неодинаковое. Так, в целом назначения выполняли 75% родителей, частично – 22,6%, игнорировали – 4,4%. Муколитические препараты и ферменты регулярно принимали 78% больных детей из этой группы, нерегулярно – 22%. С лечением антибиотиками и витаминами согласны 96% родителей и выполняют его, 4% не выполняют назначений врача. Часть родителей сами уменьшают дозу антибиотика и сокращают сроки лечения (28%). Кинезитерапию (массаж, ингаляции) регулярно используют 55% опрошенных родителей, нерегулярно – 22% и практически не используют – 23%.

Все вышеизложенное диктует необходимость постоянной работы врача с родителями больного ребенка по формированию у них правильного подхода к поведению в семье, взаимоотношениям друг с другом и с детьми. Необходимо разъяснять родителям, что их семья имеет особый статус, который определяется большей занятостью решением проблем ребенка, страдающего МВ. Особое внимание родителей должно быть направлено на неукоснительное соблюдение врачебных назначений, что повысит эффективность от проводимой терапии.

Во II группу вошли 6 семей в которых было 14 детей, страдающих МВ. Среди пациентов было 4 девочки и 10 мальчиков. В двух семьях было по трое больных МВ, в остальных шести – по двое больных детей. Учитывая неуклонное прогрессирование хронической инфекции в легких, на настоящий момент в 4 семьях осталось по двое больных детей, а в двух семьях – по одному ребенку. Возраст умерших колебался от 1 года до 20 лет. С целью профилактики МВ в этих семьях родителям был предложен метод пренатальной диагностики, но ни одна семья им не воспользовалась. В результате в 4 семьях родились больные МВ дети. Среди причин можно отметить религиозные убеждения, необычное поведение родителей, когда

они «закрывают глаза» на проблему, избегают советов специалистов и недоверие к врачам, из-за того, что они не могут вылечить их ребенка.

Все родители этой группы подвержены депрессии, постоянно испытывают страх перед будущим своих детей. Основное их желание - prolong life to the child at any cost. Normal family life was noted only in 1/3 of families, half of families were complete, mothers do not work in one of the observed families.

Резюмируя вышесказанное, можно констатировать, что в семьях, где двое и более детей больны МВ, родители мечтают о рождении здорового ребенка, но не используют метод пренатальной диагностики как один из эффективных способов профилактики МВ. Возрастает роль врача-генетика в работе с такими семьями. Она заключается в детальном информировании родителей о смысле и результатах проведенных исследований, а также в детальном объяснении всех нюансов существующей ситуации и прогноза.

В III группу вошли 9 семей, в которых были дети, умершие от МВ. Возраст умерших колебался от 1,5 месяцев до 26 лет. В 6 семьях было по одному умершему ребенку, в 2 семьях умерли по двое – трое детей с МВ. В 3 семьях дети умерли в возрасте 18, 22 и 26 лет. Анализируя психологические особенности этих пациентов, необходимо отметить, что они испытывали тревожность и чувство страха смерти при каждом обострении болезни. У двоих к тяжелому течению МВ присоединилась тяжелая бронхиальная астма, у одного – сахарный диабет. Родители двух пациентов выполняли все назначения врачей, всегда находясь рядом с больными детьми, не только освобождали их от тревоги и страха, но и делили с ними боль и страдание, до последнего момента поддерживали своих детей. Чувство вины за страдания и смерть детей так и остается у родителей спустя годы после их смерти.

Мать третьей пациентки, считая, что подход к ее ребенку неправильный, неоднократно обращалась к целителям и экстрасенсам, которые отменяли базовую терапию МВ. Мать игнорировала длительное назначение антибиотиков в большой дозе. Уникальность последнего случая заключалась в том, что мать отказывалась принять тот факт, что МВ – наследственное заболевание и просила всех врачей скрывать этот диагноз от дочери, заменяя его диагнозом «хронический бронхит». О неизлечимости МВ и его прогрессирующем течении девушка узнала из Интернета и впала в депрессию. В помощи психолога нуждалась не только она, но и ее мать.

Чем старше больной МВ, тем острее он ощущает свое состояние физически и морально. В связи с этим большое внимание следует уделять психологическим проблемам, возникающим у больных и членов их семей. Взрослый пациент имеет право знать диагноз, роль врача заключается в разъяснении необходимости непрерывного лечения и выработке у пациента правильного отношения к своему заболеванию, с которым ему предстоит жить всю жизнь.

Семьи, в которых были умершие от МВ в возрасте 18-26 лет, отказались от дальнейшего деторождения. Половина семей из этой группы, учи-

тывая детородный возраст родителей, решились планировать рождение следующего ребенка под контролем дородовой диагностики. В результате проведенной дородовой диагностики в семьях этой группы родились четверо здоровых детей.

Выводы:

1. Болезнь детей значительно влияет на психологию родителей: наиболее правильным типом реакции родителей на муковисцидоз у ребенка является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении.

2. Семья больного МВ – это важный лечебный фактор. Задача родителей – поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью.

3. Помощь врача-генетика необходима для решения вопросов планирования деторождения под контролем пренатальной диагностики в семьях с МВ.

4. Дети, страдающие МВ, и их родители нуждаются в помощи психолога для выработки правильного отношения к болезни, что может оказать существенное влияние на течение и исход заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ НА СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Беляева Е.В., Михайлова Е.В.

Курский государственный университет, г. Курск

lena-bel@yandex.ru

Семейные отношения составляют один из основных и наиболее значимых аспектов жизни любого человека. Семейная жизнь военнослужащего оказывает существенное влияние как на его отношение к службе, так и на его физическое и психическое здоровье. Поэтому можно сказать, что качество семейных отношений военнослужащих является одним из факторов боевой готовности. Но это фактор интимно-личностного свойства, не только регулирование, но и даже диагностика которого требует огромного такта и глубокого понимания происходящих психологических процессов. В этой сфере жизни военнослужащих абсолютно неприменимы административные методы воздействия, и любые действия могут быть основаны только на межличностном влиянии. Именно поэтому данная проблема является одной из наиболее важных и сложных в психологии.

Западная наука уже не менее столетия вплотную исследует феномен одиночества во всех его аспектах философы XIX в. - Аврелий Августин, Генри Девид Торо, Сёрен Кьеркегор; философы XX в. - Гуссерль, Ж.П. Сартр, такие классики зарубежной психологии, как Э. Фромм, Д. Рисмен, Э. Дюркгейм, Р. Мертон, Маргарет Мид, Мартин Бубер, Д. Перлман и Л. Энн Пепло, Д. Рассел, С. Френч и Крейг, А. Андерсон.

В отечественной психологии теме одиночества уделяют внимание Р.С. Немов, Л.Б. Шнейдер, А.Л. Бодалев, Л.Я. Гозман, Э.Г. Эйдемиллер, а также тематике удовлетворенности браком Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская.

Мы предположили, что неудовлетворенность семейно-брачными отношениями является источником переживания одиночества.

На основе теоретического анализа проблемы мы разработали структуру эмпирического исследования, которая включала в себя 2 этапа, каждый из которых был направлен на решение поставленных нами задач. Для решения поставленных задач нашего исследования и проверки исходной гипотезы был применен комплекс методов: беседа, наблюдение, тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ) (Столин и др., 1984), модифицированная шкала измерения одиночества UCLA (Д. Рассела). Количественный анализ полученных данных подвергся статистической обработке (коэффициент ранговой корреляции К. Спирмена).

Исследование проводилось на базе войсковой части Курского территориального гарнизона. В исследовании принимали участие семейные пары в возрасте от 25 до 45 лет с супружеским стажем от 4 до 25 лет, не имеющие повторного брака.

Можно утверждать, что исследуемые нами семьи находятся в сложных жизненных условиях в силу специфики профессии военнослужащих: это частые и длительные командировки, переезды, ненормированный рабочий день, опасность профессии.

Для диагностики степени удовлетворенности – неудовлетворенности браком в конкретной паре мы применили методику тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ) (Столин и др., 1984).

34% семей (23-26 баллов) продемонстрировали скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность. Эту группу семей можно отнести к проблемным, по тесту у каждого из супругов скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность браком, а также в эту группу вошли супружеские пары, которые по результатам шкалы измерения одиночества имеют высокий и средний уровни одиночества.

27% семей (29-32 балла) показали скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность, об этой группе можно сказать, что пары, вошедшие в эту группу, являются «пограничными», то есть нехватка одного балла отрывает их от группы со значительной удовлетворенностью, но при этом по шкале измерения одиночества супруги имеют разные уровни одиночества.

У 12% испытуемых (33-38 баллов) выявлена значительная удовлетворенность, в эту группу вошли супружеские пары с низким и средним уровнем по шкале измерения одиночества. Следовательно, мы можем предположить, что даже пары, которые значительно удовлетворены браком, изредка испытывают состояние одиночества.

27% респондентов (39-48 баллов) – показали практически полную удовлетворенность. Такие семьи оцениваются как благополучные. Супруги

в этих группах считают свои семейные отношения устойчивыми и стабильными. А по шкале измерения одиночества у женской половины пар этой группы высокий и средний уровни одиночества, тогда как у их партнеров низкий уровень.

Модифицированная шкала измерения одиночества UCLA (Д. Рассела) предназначена для измерения уровня субъективного переживания состояния одиночества.

Данные, полученные нами по методике Рассела (шкала измерения одиночества), позволили нам сделать следующие выводы.

44% испытуемых с низким уровнем одиночества получили меньше 30 баллов. К этой группе относятся люди, не чувствующие себя одиночками, легко устанавливающие социальные контакты, ощущающие себя частью группы, не испытывающие недостатка в дружеском общении;

23% респондентов со средним уровнем получили от 40 до 45 баллов. В состав этой группы входят люди, легко устанавливающие социальные контакты, но эти связи неглубоки, респонденты затрудняются обратиться к другим с какой-либо просьбой;

33% супругов с высоким уровнем одиночества набрали свыше 45 баллов. Этой группе присуще чувство заброшенности, изолированности, пустоты, замкнутости, неудовлетворенности.

Дальнейшее наше исследование было направлено на выявление взаимосвязи удовлетворенности браком в семьях военнослужащих и переживания субъективного состояния одиночества. Для статистической обработки полученных данных мы применили коэффициент ранговой корреляции К. Спирмена.

Полученный нами коэффициент ранговой корреляции находится в зоне значимости. Таким образом, можно утверждать, что неудовлетворенность семейно-брачными отношениями является источником переживания одиночества.

Семья является тем местом, где формируется личность человека. В ней так же, как и в любом коллективе, складывается свой социально-психологический климат. Но в жизни семьи это явление имеет большее значение, чем в жизни другой группы, так как семья - это первичный фактор социализации индивида. От характера психологического климата в семье во многом зависит будущая социальная и индивидуальная сущность человека, его психическое и физическое здоровье, настроение и деятельность.

БЕРЕМЕННОСТЬ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Блюм А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

anna_blum@mail.ru

Социальная ситуация беременности как факт индивидуальной жизни личности, включаясь в социальный контекст жизни, трансформирует систему социальных ролей, изменяет систему социальных взаимодействий человека, специфику его общения. Вследствие этого происходит изменение социально-ролевого статуса личности. Состояние беременности сопровождается определенным социальным стереотипом, строящимся на социальных представлениях о беременности. Незавершенный опыт беременности (аборт) создает трудную социальную ситуацию в жизни женщины. Если женщина не готова адаптироваться к новой социальной ситуации – ситуации беременности, у нее нет желания изменить субъективную картину жизненного пути и она предпочитает прежнюю социальную ситуацию развития, то перед ней вновь встает сознательный выбор прервать беременность. Ряд особенностей, таких как возраст человека, удовлетворенность браком, происходящие с ней жизненные события (социальный стресс), будут оказывать дополнительное влияние на женщину, находящуюся в социальной ситуации беременности.

Важно отметить, что состояние беременности является особым жизненным событием, однако если женщина уже однажды пребывала в этом состоянии и по собственному желанию прервала данный процесс, вторая беременность воспринимается совершенно иначе.

На социальную ситуацию беременности влияют события прошлого – особенно трудная ситуация в жизни женщины – незавершенный опыт беременности. Под незавершенным опытом беременности мы будем понимать аборт. Психологические параметры жизненного пути женщины в ситуации незавершенной беременности, вызванной наличием в прошлом опыта аборта, выступают как достаточно противоречиво организованная система чрезмерно высокого смыслового отношения к своему состоянию, сверхважности и ценности будущего ребенка, что может приводить к тревожному состоянию по поводу реализации материнской функции.

Ожидание и рождение ребёнка является для женщины не просто новой социальной ситуацией, требующей реализации специфических поведенческих актов, но и запускает процесс переживания.

В нашем исследовании мы используем выделенные Г.Г. Филипповой варианты типов переживания беременности, которые мы рассматриваем как индикаторы принятия роли матери. Адекватный тип переживания беременности устойчиво коррелирует с ценностью ребёнка и с адекватностью материнского отношения к нему. Эмоционально-отстранённый (игнорирующий) тип переживания беременности устойчиво сочетается с низкой ценностью ребёнка и эмоционально-отстранённым, регулирующим стилем материнского отношения. Тревожно-амбивалентный тип пережи-

вания беременности коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребёнка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения.

Каждый из типов переживания материнства мы также связываем с наличием или отсутствием противоречий и кризисов в освоении, выполнении и фиксации роли матери. Результаты исследований свидетельствуют о связи типов переживания беременности и принятия роли матери (адекватный тип переживания беременности - принятие роли матери, тревожный - амбивалентное принятие роли матери, игнорирующий - непринятие роли матери) и материнского отношения к ребёнку.

Таким образом, тип переживания беременности мы рассматриваем как индикатор принятия или непринятия роли матери.

В нашем исследовании мы выдвигаем гипотезу о том, что на принятие новой социальной роли – роли матери, критерием которой является адекватный тип переживания беременности, влияет наличие или отсутствие незавершенного опыта беременности (аборт).

При статистической обработке методики «Фигуры» Г.Г. Филипповой мы получили следующие результаты. В группе женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт), показатель адекватного стиля переживания беременности (57%) выше, чем у женщин, не имеющих опыта незавершенной беременности (49%). Это свидетельствует о том, что беременность после опыта аборта воспринимается эмоционально положительно, приятно по соматическому ощущению, а тревога и беспокойство связаны 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. Таким образом, происходит принятие роли матери.

В группе беременных женщин, не имеющих опыта аборта, отмечаются показатели тревожного (35%) и игнорирующего (16%) стилей переживания беременности выше, нежели у женщин, имеющих опыт незавершенной беременности (аборт). Это свидетельствует о неустойчивом отношении к ребёнку, постоянной тревоге по поводу ребёнка и адекватности своих действий, неудовлетворенности собой, недостаточной субъективизации ребёнка, резких переменах настроения. Это связано с тем, что ситуация первой беременности формирует переживание новой социальной роли женщины в качестве матери, перед ней встаёт главный вопрос о принятии роли матери.

При интерпретации проективной методики исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разработанном Т.Д. Василенко, нами было замечено, что показатели по сферам направленности на экзистенциальные проблемы у женщин с опытом незавершенной беременности (аборт) превышают показатели по этой же сфере беременных женщин без опыта незавершенной беременности. Экзистенциальные проблемы — это вопросы самого факта существования

человека и переживание своего способа существования. Женщины, имеющие в прошлом опыт аборта, сталкивались с очень сложным экзистенциальным выбором между тем, чтобы прервать жизнь ребенка, или же стать матерью – подарить новую жизнь. Событие аборта являлось критическим, психотравмирующим, влекущим за собой предрасположенность к самообвинению, чувство душевной боли, невосполнимой утраты. Таким образом, это объясняет факт сосредоточенности женщин, имеющих опыт незавершенной беременности, на проблемах экзистенциальной сферы.

У женщин без опыта аборта, отмечаются высокие показатели направленности на сферу собственной семьи.

На основании полученных результатов исследования можно сказать, что изначально поставленная гипотеза подтверждается: опыт незавершённой беременности (аборт) влияет на принятие роли матери. Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о том, беременная женщина на каждом этапе беременности претерпевает существенные изменения, которые определяют тип переживания беременности, являющийся критерием принятия роли матери.

АНАЛИЗ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Брылько Д.В.

Омский государственный педагогический университет, г. Омск

myratich@mail.ru

В наше время люди сталкиваются с многочисленными трудными ситуациями, которые возникают на протяжении всего жизненного пути, в разных сферах деятельности человека. В жизни людей появляются разного рода обстоятельства, способствующие развитию или регрессу личности, открывающие или закрывающие путь для ее нормального психического развития и функционирования. Но личность включается в совокупность причин и следствий своей жизни не только как зависимая от внешних обстоятельств, но и как активно их преобразующая, формирующая в определенных пределах стратегию своей жизни. Для каждой личности в соответствии с ее индивидуальностью характерен свой неповторимый, уникальный способ жизни, способ ее структурирования, организации. В жизни каждого человека могут возникнуть такие ситуации, когда человек не может реагировать на внешние воздействия привычным способом, ему нужно адекватно выходить из сложившегося затруднения (Абульханова-Славская К.А., 1991).

Трудная жизненная ситуация в современной науке рассматривается как проблемная. Ситуация может быть определена с позиции двух подходов: первый подход заключается в понимании ситуации как внешних условий протекания жизнедеятельности человека; второй подход рассматрива-

ет ситуацию как результат активного взаимодействия личности и среды. Ситуация, как объективная совокупность элементов среды, оказывает обуславливающее, стимулирующее и корректирующее воздействие на субъект, в свою очередь, подвергаясь активному воздействию субъекта. Ситуации, предъявляющие к людям требования, которые превышают их обычный адаптивный потенциал, описываются в разных терминах: жизненные трудности, критические ситуации, негативные жизненные события, стрессовые жизненные события, травматические события, нежелательные события, жизненные кризисы. Каждая из этих ситуаций таит в себе либо вызов, либо угрозу жизнедеятельности человека, а то и вызывает невозможные потери; ограничивает активность индивида, предъявляет ему требования, зачастую превышающие его способности, моральные и материальные ресурсы (Муздыбаев К., 2004).

Трудная жизненная ситуация переживается личностью по-разному. С одной стороны, она может оказать разрушительное действие, повышая тревогу и депрессию, чувство беспомощности и безнадежности, что может привести к жизненному кризису. А с другой придать жизни смысл, сделать ее более полной и содержательной. Именно в таких ситуациях человек приобретает удачный или неудачный опыт преодоления препятствий, определяет собственное отношение к трудностям, пробует, «примеряет» разные способы действия, вырабатывает наиболее приемлемую для себя тактику поведения (Василюк Ф.Е., 1984).

В любом случае столкновение с критической ситуацией болезненно переживается личностью и изменяет ее отношение к жизни, смерти, себе и ценностям, что формирует различные жизненные стратегии, помогающие человеку выйти из критической ситуации.

Молодежь как социальная группа привлекательна в качестве объекта исследования потому, что она является сосредоточением самых острых проблем современного общества; свойственные ему противоречия зачастую – и при этом в самых крайних формах – проявляются именно в молодежной среде, во взглядах, стремлениях, поступках.

Возрастной период человеческой жизни – молодость условно располагают на отрезке от 18-20 до 30 лет. Именно с этим периодом жизни связывают становление самостоятельности и ответственности человека за свои поступки, способности принимать «смысложизненные» решения, закрепление мировоззренческих ориентаций, построение устойчивого «образа мира», определение перспектив и целей жизни и т.д.

Кроме перехода ведущей деятельности к учебно-профессиональной в этом возрасте осуществляется становление системообразующих ценностей человека, вокруг которых конструируется ценностно-нормативная система. Молодой человек начинает воспринимать себя как сформировавшуюся личность, как социально значимого индивида. В период личностного развития и роста молодые люди сталкиваются с некоторыми сложностями. Первой из них является формирование собственного образа, стиля жизни. Молодые люди занимаются саморазвитием, выбирают свою социальную

роль, становятся взрослее и начинают лучше понимать себя (Ищенко О.В., 2010).

Молодому человеку, поступившему в высшее учебное заведение, открывается путь, требующий настойчивого и систематического труда, воли и целеустремленности.

Высшая школа, как и другие основные социальные институты, являющаяся источником норм нравственности, ответственна за приобретение молодыми людьми правильных знаний, выработку соответствующих взглядов и за надлежащее формирование их поведения, соответствующего нравственным ценностям, принципам и нормам, господствующим в обществе в целом.

Период обучения в вузе и получение высшего образования является не только определенной вехой в жизни каждого человека, но и одним из важнейших этапов социализации личности, способствующих формированию ее мировоззрения

Известно, что студент не только объект целенаправленного воздействия, т.е. обучение и воспитания, но и активный субъект социальной жизни. Время, проведенное им в вузе – время самоанализа и самооценок, формирования ядра личности – характера и мировоззрения. У каждого студента как индивида свой эталонный набор качеств: темперамент и характер, запросы и мотивы, интеллект, способности, чувства, воля, способность эмпатии и др.

Все эти изменения позволяют считать студенческий возраст периодом, на протяжении которого человек наиболее активно и осознанно занимается построением стратегии собственной жизни, как в профессиональном, так и в более широком контексте. Критерием успешности такой работы, может быть высокий уровень удовлетворенности жизнью. Смысло-жизненные ориентации и способность к преодолению трудных жизненных ситуаций в данном контексте являются доминантами, которые оказывают существенное влияние на уровень удовлетворенности жизнью (Скикевич А.А., Руденко Л.Н., 2003).

По мнению отечественных исследователей, существует шесть основных факторов, приводящих к возникновению проблемной жизненной ситуации у молодого поколения:

- молодой человек не имеет материальных ресурсов для решения своих проблем;
- дефицит информации, отсутствие знаний по проблеме ограничивают стратегии ее решения, требуют социально-педагогического вмешательства специалиста;
- проблема осмыслена молодым человеком, но его индивидуальные ресурсы истощены или исчерпаны, что провоцирует новые трудные жизненные ситуации;
- молодой человек испытывает сильное эмоциональное напряжение, вызванное проблемой, которое парализует ресурсы человека и блокирует рациональное управление ситуацией (Топилина Е.С., 2006).

Одним из главных личных затруднений учащихся принято считать проблему адаптации: к учебному заведению, на что обращается внимание при поступлении, переходе на другую специальность и т.д. Большое внимание также уделяется затруднениям, связанным с добровольным уходом из учебного заведения и отчислением, достижениям и затруднениям в обучении, потребностью в отработке конкретных учебных навыков, затруднением в выборе наиболее подходящих курсов обучения и т.п. Особое место в работе, требующее серьезной психологической и социально-педагогической подготовки, занимает разрешение личностных проблем и затруднений студентов: эмоциональных срывов, любовных неудач, трудностей в установлении взаимоотношений с преподавателями, однокашниками, семьей, утрата уверенности в себе и правильности выбора своего будущего и т.д.

Однако нередко круг вопросов, требующих содействия специалистов, значительно шире, они выходят за рамки чисто социально-педагогического содействия. Это и проблемы здоровья, и вопросы финансовой помощи, и размещения на работах, и возможности для внепрограммной деятельности, и жилищные вопросы, и проблемы питания и т.д. И все они, так или иначе, сказываются на самочувствии студенческой молодежи (Ищенко О.В., 2010).

Молодой человек как любая система не может долгое время находиться в неравновесном состоянии, с одной стороны, в этом случае расходуется много энергии, поэтому он стремится к устойчивости, к выходу из критической ситуации, с другой стороны, пытается избавиться от нестерпимых эмоций. В момент преодоления неравновесного состояния происходит смена пути развития системы.

Развивающаяся личность, познавая и осваивая окружающий мир, но, еще не обладая достаточным опытом, непременно будет сталкиваться с чем-то новым, неизвестным, неожиданным для себя. Это потребует от нее испытания собственных возможностей и способностей, что далеко не всегда может оказаться успешным и потому может послужить причиной для разочарований.

ВНУТРЕННИЙ ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ КАК ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ

Василенко Д.Ю., Василенко Т.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

tvasilenko@yandex.ru

Жизненные ситуации воспринимаются и перерабатываются человеком в зависимости как от жизненных условий, объективно существующих обстоятельств, так и от его жизненного опыта. Е.Ю. Коржова указывает на два важных обстоятельства взаимодействия человека с жизненной ситуацией: первое – единство или противопоставление человека и ситуации (в

первом случае ситуация естественна и человек находится в ней, во втором случае ситуация воспринимается как противоречие, проблема, ситуация становится объектом жизнедеятельности человека); второе – жизненный опыт человека и его индивидуальные особенности (речь идет об активной роли человека, влияющего на те ситуации, которые возникают в его жизни) (Коржова Е.Ю., 2002). Опираясь на идеи С.Л. Рубинштейна о событии как проблемной ситуации (Рубинштейн С.Л., 1997), анализируя взаимодействие человека и жизненной ситуации, автор подчеркивает, что «... только когда жизненная ситуация воспринимается человеком как проблемная, можно говорить о субъект-объектном взаимодействии человека и жизненной ситуации в процессе жизнедеятельности» (Коржова Е.Ю., 2002, с. 53). Восприятие жизненной ситуации как проблемной запускает процесс поиска способов и вариантов разрешения противоречия, который завершается выбором поведенческих стратегий как адаптивных, так и дезадаптивных (Коржова Е.Ю., 2002; Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998). Для нас представляет интерес предложенная Л.Ф. Бурлачуком и Е.Ю. Коржовой классификация стратегий поведения, включающая стратегии, соматически ориентированные, ориентированные на внутренний и внешний мир (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998). Если рассмотреть процесс субъект-объектного взаимодействия человека и жизненной ситуации как включающий в себя стадии восприятия противоречия как стратегической задачи, поиска причин противоречия, определение частных тактических задач и нахождение способа решения - выбор жизненной стратегии, то известный в клинической психологии механизм «замкнутого круга» получает новое объяснение: соматическая патология, воспринимаемая как жизненная проблема, вызывает к действию дезадаптивную соматически ориентированную стратегию поведения.

Телесность не может быть однозначно определена только качеством и содержанием патологического или иного процесса в организме, но зависит от того смысла, который приобретает телесный опыт в жизни личности. Любое вызванное состоянием процессов в организме телесное ощущение сопровождается целым комплексом переживаний личности, в том числе эмоциональных, оценочных, которые подвергаются смысловой переработке.

В исследовании феномена телесности А.Ш. Тхостов подчеркивает значение смыслового компонента, выделяет и описывает позитивный, негативный и конфликтный смыслы болезни (Тхостов А.Ш., 2002). Вместе с тем так и остается не реализованной в исследовании идея автора о том, что болезнь «... затрагивает самые основы существования человека», приводит к ограничению его свободы, сужению возможностей его деятельности, фрустрирует основные потребности социального и физического существования (там же, с. 128). «Болезнь не только ограничивает возможности человека в настоящем, но и сужает нормальную временную перспективу человеческой жизни, лишь в контексте которой она имеет смысл» (там же, с. 128). Все это указывает на необходимость рассмотрения состояний здоро-

вья и болезни, феномена телесности в контексте целосного жизненного пути личности.

В отечественной психологии, согласно концепции В.Н. Мясищева (Мясищев В.Н., 1960; 2003), психологический анализ предполагает рассмотрение личности как системы отношений, среди которых выделяются доминирующие. Для человека, находящегося в сложной жизненной ситуации, связанной, например, с тяжелым соматическим заболеванием, вероятно, доминирующим может быть его отношение к телесному опыту. В процессе «внутренней работы» личности будет происходить реконструкция прежней системы отношений или формироваться новые отношения, устанавливаться новая система отношений.

Согласно теории отношений В.Н. Мясищева, психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Эта система вытекает из всей истории развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, его переживания (Мясищев В.Н., 2003). Целостность определяется тем, что «относится к действительности человек в целом» (там же, с. 6). «Отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с самим предметом в целом, хотя в отношении к предмету или лицу могут выявляться разные стороны в связи с разными сторонами, например, отрицательными и положительными свойствами объекта. Так как свойства объекта существуют для всех, а действия и переживания, вызываемые объектом у разных людей, избирательны и различны, то очевидно, что источник особенностей переживания и действия лежит в индивидуальности, в человеке как субъекте отношений, в связи с особенностью его индивидуального опыта» (там же).

Таким образом, отношения к жизненной ситуации, связанной с телесным опытом, например, хронического соматического заболевания или иным, предстают в трех смысловых ракурсах, соответствующих трем компонентам отношения к болезни: эмоционального, поведенческого и когнитивного. В соответствии с этим эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и др.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз (Вассерман Л.И. и др., 2005).

В.Н. Мясищев писал: «Существуют различные виды отношений, вернее, стороны единого предметного отношения, определяемые многосторонней возможной реакцией человека и многосторонностью объектов.

Отношение как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступают то более, то менее отчетливо отдельные компоненты, которые можно назвать частичными отношениями, или сторонами отношения, или видами его. Эти стороны тесно связаны с характером жизненного взаимодействия» (Мясищев В.Н., 2003, с. 8).

Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), то есть отражает индивидуальный, или личностный уровень, оно носит субъективно-объективный характер, определяется природой заболевания и опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни. Кроме того, отношение больного к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности. Отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо (Вассерман Л.И. и др., 2005).

Жизненная ситуация, связанная с особым телесным опытом взрослого человека, таким как соматическое заболевание, особенно хронического течения, предполагает не только познание телесных ощущений, но и осознание ее воздействия на жизнь в целом. Такая жизненная ситуация может быть интерпретирована как состояние кризиса идентичности личности, так как, с одной стороны, содержит более или менее выраженные препятствия в реализации поставленных целей, жизненных стремлений, с другой стороны, - изменяет социальный статус человека, предполагает принятие новых ролей или изменение существующих.

Жизненные ситуации, связанные с внутренним телесным опытом, могут быть классифицированы по: влиянию на здоровье - свидетельствующие о нарушении здоровья (соматические заболевания) и соответствующие состоянию здоровья; длительности - ограниченные по времени (например, состояние беременности), неопределенные по длительности (хроническое соматическое заболевание длительного течения) и заболевания неизлечимые, с которыми человек проживет всю жизнь; степени тяжести течения; степени ограничения социального взаимодействия (совместимые с продолжением профессиональной деятельности или предполагающие инвалидность); социальному стереотипу, с которым связано заболевание (например, угрожающие жизни, смертельно опасные заболевания).

Смысловые образования в ситуации заболевания связаны с соотношением жизненной ситуации с целостным контекстом жизни, такой путь генезиса смысловых образований описывает Б.С. Братусь (Братусь Б.С., 1981; 1988).

Процесс взаимодействия личности и ситуации особого телесного опыта (мы не рассматриваем нормативные ситуации телесного опыта, связанные с онтогенетическими процессами взросления или старения) составляет содержание телесности в процессуальном аспекте, в котором мы вы-

деляем четыре процесса: нозогнозию, означение, переживание и осмысление в контексте целостной жизни субъекта, интеграцию телесного опыта в субъективную картину жизненного пути личности. В качестве результата такого взаимодействия выступают феномены телесности - отношения к телесному опыту (как многоуровневые образования) - внутренняя картина болезни, внутренняя картина беременности и внутренняя картина здоровья.

Таким образом, познание телесного опыта, его понимание, смысловая интерпретация, формирование отношения личности к нему осуществляется в контексте целостной жизни человека, в процессе взаимодействия личности и жизненной ситуации, связанной с телесным опытом.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛИЧНОСТИ И СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ: ПРОЦЕССЫ ПОНИМАНИЯ И ОСМЫСЛЕНИЯ

Василенко Т.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

tvasilenko@yandex.ru

Взаимодействие личности и сложной жизненной ситуации можно описать, используя термин «внутренняя работа личности» (термин, встречающийся в работах С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева, А.Н. Леонтьева, В.В. Николаевой), который отражает процесс решения задачи на смысл, занятия позиции, совершения поступка, связывания многообразия деятельностей в «узлы» личности. С точки зрения Магомед-Эминова, в понятии «работа личности» конкретизируются понятия: «работа сознания», «смысловая работа», «мотивационная работа», «темпоральная работа» (Магомед-Эминов М.Ш., 2009).

Содержание внутренней работы личности в сложной жизненной ситуации может быть представлено процессами понимания (Знаков В.В.), переживания (Василук Ф.Е., Лэнгле А.), осмысления (Леонтьев А.Н., Леонтьев Д.А., Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Знаков В.В.) ситуации в контексте целостного жизненного пути, в результате чего формируется новое отношение в единстве эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов (Мясищев В.Н.), выражающее внутреннюю позицию личности (Божович Л.И., Николаева В.В.), или позицию по отношению к жизни (Лэнгле А.).

Процесс понимания личностью сложной жизненной ситуации связывается многими авторами с процессом осмысления; В.В. Знаков считает, что «понимание – это всегда смыслообразование...» (Знаков В.В., 2007, с. 66), при этом «смысл в значительной степени является не когнитивным, а экзистенциальным образованием» (там же, с. 66).

«Процесс самопонимания дает субъекту возможность перехода к другим интерпретационным схемам, выхода на метауровень анализа себя,

обращения как к глубинам, так и вершинам своего Я» (там же, с. 66). Для осуществления такого анализа требуется или особая ситуация, или особая процедура. Этот анализ не совершается на уровне полного осознания как вербализации, здесь много глубинных процессов, не вполне осознанных, но результат понимания фиксируется в сознании посредством открытия новых смыслов. «В результате человек становится способным выйти за свои пределы, в более широком, чем раньше, контексте представить и оценить себя. Такое самопонимание, с одной стороны, характеризуется меньшей осознанностью, но с другой – более явным субъективным ощущением глубины, невысказанности и потенциальных возможностей развития собственного Я» (там же, с. 66).

В.В. Знаков вводит понятие «понимающий субъект», но, по мнению автора, далеко не каждого субъекта и далеко не во всех ситуациях можно назвать понимающим (Знаков В.В., 2005). Автор выделяет два условия, при соблюдении которых человек становится понимающим субъектом: человек должен оказаться в ситуации, которая побуждает его к пониманию, и сам человек должен иметь мотивацию понять эту ситуацию (там же, с. 75).

Сложные жизненные ситуации, такие как тяжелое соматическое заболевание (например, онкология), нарушение репродуктивной функции женщины, ставя человека перед необходимостью понять их, могут не совпадать с наличными механизмами понимания или блокировать их вместе с блокированием рефлексивных процессов, что может рассматриваться как проявление кризиса. Сложная ситуация не может быть понята с позиции прежних ценностей, требуется формирование новой системы, а для этого человек должен по-новому себя соотносить с социальной группой (например, принять роль больного, или найти силы бороться с болезнью и осознать себя как сильного человека, или у женщины с бесплодием должно произойти изменение идентичности с женщины-матери на женщину-ученого и т.п.). Таким образом, сложные жизненные ситуации могут блокировать процесс понимания, даже при соблюдении условий, выделенных В.В. Знаковым.

«Понимающий субъект не дистанцирован от изучаемого мира, а находится внутри него, погружен в природную и социальную действительность. Мир оказывается таким, каким субъект его видит, какие методы познания он применяет, какие вопросы ставит», - пишет Знаков о понимающем субъекте (Знаков В.В., 2005, с. 19). Мы полагаем, что процесс понимания субъектом мира и себя в мире предполагает не только погруженность в мир, но и погруженность в свой жизненный путь, который всегда выступает контекстом любой жизненной ситуации субъекта. В.В. Знаков приводит сходную идею – о взаимосвязи понимания и самопонимания: «Известно, что любое понимание всегда включает в себя самопонимание. Самопонимание дает человеку возможность обратиться к своим истокам, ответить на вопросы о том, какой он и что с ним происходит» (там же, с. 119). В самопонимании выделяют две стороны: когнитивную и экзистенциальную; когнитивная представлена рефлексией и сознательным са-

моанализом, экзистенциальная – в смыслах и ценностях, которые не осознанны и не рефлексивны (там же, с. 120). Вместе с тем автор сам себе противоречит, подчеркивая неразрывную связь самопонимания и рефлексии: «Самопонимание (в отличие от самосознания) всегда основано на таком рефлексивном анализе своего опыта, который в результате умственных операций и действий приводит к переструктурированию, переосмыслению, т.е. *преобразованию* внутреннего мира субъекта» (там же, с. 120). Мы считаем, что наряду с рефлексивным преобразованием своего бытия имеет место и экзистенциальное самопонимание, или постижение своего внутреннего мира, в результате которого рождаются, открываются новые смыслы своего существования. Умственные операции не всегда могут обеспечить это преобразование и даже помешать ему.

По мнению А.Б. Демидова, свое собственное существование – тот факт, что он есть, человек принимает во внимание и осознает благодаря феномену смерти, в котором открывается, что человека может не быть. Иначе говоря, именно возможность не быть побуждает человека осмыслить, что же такое быть. Пребывать в мире, быть живым – значит существовать к смерти. Человек, в отличие от других живых существ, способен осознавать свою смертность и тем самым – истину своего бытия, что он – есть (Демидов А.Б., 1999). Магомед-Эминов, описывая процесс столкновения жизни и смерти в жизни человека (например, в ситуации боевых действий), также утверждает, что происходит процесс темпоральной реконструкции посредством изменения смыслов и ценностей бытия человека (Магомед-Эминов М.Ш., 2009). О придании смерти смысла жизни находим размышления и у Н.Н. Трубникова (Трубников Н.Н., 1990, 1996). Телесный опыт тяжелого хронического соматического заболевания с неопределенным прогнозом и отсутствием надежды на выздоровление ставит человека в условия осознания столкновения жизни и смерти и формирования новой системы ценностей и реконструкции отношений.

В.В. Знаков выделяет 4 ступени развития процесса самопонимания: некоторое событие, побудившее самопонимание; рассогласование ожиданий субъекта, его представлений о должном, и реальности; понимание того, как и почему субъект понимает других людей именно так; размышления, направленные на анализ себя и причин своего поведения (Знаков В.В., 2005, с. 214-215).

Самопонимание как когнитивный феномен представлен способностью и склонностью субъекта к рефлексии, сознательному самоанализу и формируется на основе ментальных (когнитивных) репрезентаций (там же, с. 227). Самопонимание как экзистенциальный феномен, в процессе которого и происходит открытие смыслов и смыслообразование, не рефлексивно и потому неосознанно, так как, согласно В. Франклу, любой самоанализ процессов смыслообразования невозможен, смысл нельзя сконструировать (Франкл В., 1990). Подлинное знание себя не может быть рациональным: оно спонтанно, эмоционально насыщено и непосредственно переживаемо (Роджерс К., 1994).

Следует отметить, что понимание связано с духовной сферой личности. Субъект, стремясь к совершенствованию, является существом духовным. А.В. Брушлинский считал духовное атрибутом субъекта (Брушлинский А.В., 2003). Проблема духовности субъекта рассматривается в работах многих ученых (Абульханова К.А., 1997; Братусь Б.С., 1997; Шадриков В.Д., 2006; Слободчиков В.И., 2002; Пономаренко В.А., 1997; и др.).

Критериями сформированного самопонимания являются: автономность, самоуважение, искренность самовыражения; понимание мотивов своего поведения и их влияния на жизнь; способность изменения установок и убеждений, разрушающих гармонию с собой и миром (Знаков В.В., 2005, с. 228).

Содержание внутренней работы личности включает в себя и процессы осмысления, для осуществления которых имеет значение контекст. В памяти хранятся события, имеющие смысл, составляющие контекст понимания новых ситуаций; со сменой жизненных ситуаций из памяти вычерпываются те события, которые смысловым образом связаны с задачами, проблемами текущего этапа жизни. Подтверждение этой идеи мы находим у А.Ю. Агафонова: «... смысл не может рассматриваться как изолированная сущность, а только в отношении к другим смыслам» (Агафонов А.Ю., 2003, с. 90). Действительно, осуществление субъектом своей жизни в плане внутреннего содержания представляет собой движение по разветвленным сетям смысловых связей, с переходом по уровням этих связей в контексте конкретной жизненной ситуации с ее «задачей на смысл», или «задачей на жизнь» (Леонтьев А.Н., 2000). Кроме того, всегда имеет значение контекст.

Смысл, являясь содержанием сознания и в целом психики, не всегда вербально означен, опосредствован словесно, но в процессе осуществления предметной деятельности или в ситуации, требующей активной рефлексии, смысл проявляется, как повторно осознанный человеком. Человек, оказавшись в критической или любой другой сложной жизненной ситуации, где запускается рефлексивная активность, открывает смыслы через связывание их с другими смыслами, при этом вычерпывая содержание не только актуальных смыслов, но и тех, которые соотносятся с прошедшими и будущими событиями, упорядочивая их задачами на смысл текущего бытия.

НЕРОДИВШИЙСЯ РЕБЕНОК В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

*Газазян М.Г., Оловаренко Л.В., Пономарева Н.А., Лебедев А.С.,
Иванова О.Ю.*

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Ivanovaol@rambler.ru

История человека в течение девяти месяцев, предшествующих его рождению, вероятно, является более интересной и содержит события

большой важности, чем все три по двадцать и десять лет в последующем (Самюэль Тейлор Колридж, 1840).

Состояние психического здоровья в раннем возрасте и его прогноз является очень тревожным. В отдельных регионах мира с неблагоприятной психосоциальной обстановкой общее количество психосоматически нездоровых детей в возрасте до 5 лет составит около 53 млн. Поэтому актуальным остается вопрос о роли беременности в формировании психосоматических нарушений человека.

Для недождённого ребёнка внешней средой, влияющей на его полноценное развитие, является организм матери. Судьбоносное влияние на последующее здоровье человека могут оказать как соматическое её здоровье, так и психосоциальные факторы, в которых она вынашивает беременность. Широко известны многочисленные факты рождения здорового ребёнка при тяжёлой соматической патологии матери, но в условиях комфортного психосоциального окружения, и факты антенатальной (дородовой) гибели ребёнка в условиях тяжёлых средовых факторов. Скрытое или явное нежелание материнства, некомпетентность матери, обусловленная её инфантильностью, несовершеннолетием, стрессовым состоянием, депрессией, агрессивностью, повышенной тревожностью, играют отрицательную роль в антенатальном становлении мозга плода.

Несмотря на то что беременность и роды являются наиболее естественными и физиологическими событиями в человеческой жизни, эти основополагающие процессы крайне ранимы и подвержены многочисленным эндо- и экзогенным воздействиям. Причины, негативно влияющие на течение беременности и родов, столь многообразны, что трудно найти фактор, который не мог бы способствовать нарушению их гармоничного течения. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствует о том, что идеальные беременность и роды встречаются редко. С целью прогнозирования осложнений беременности разрабатываются многочисленные шкалы перинатального риска, использование которых возможно для решения конкретных практических задач.

Знаменательным событием последних десятилетий является доказательство правомерности существования дородовой психологии, основанное на анатомических, физиологических, психологических и социальных аргументах (Батуев А.С., 2007). Томас Верни, основатель ассоциации перинатальной психологии, доказывал, что мысли и чувства беременной передаются плоду посредством нейrogормонов подобно тому, как передаются лекарственные вещества, никотин и алкоголь, употребляемой будущей матерью. Не только соматические расстройства и недомогания, связанные с экстрагенитальными и другими соматическими заболеваниями, но ещё в большей степени тревога, страх, беспокойство оказывают отрицательное воздействие на плод, вызывая ненормальную активизацию его эндокринной системы и приводя к спастическим состояниям органов (изменение перистальтики гладкомышечной мускулатуры кишечника и мочевыделительной системы, изменение частоты и ритма сердечных сокращений, дви-

гательной и дыхательной активности плода). Залог успешной профилактики антенатальных гипоксических повреждений плода состоит в чётко разработанной диагностической процедуре ранних симптомов страдания ребёнка.

Целью проведенного исследования явилось выявление наиболее значимых для растущего плода маркёров предстоящих гипоксических повреждений.

Согласно положению о системной организации функций (Анохин П.К., 1968), раннее содружественное функционирование фетоплацентарной системы и материнского организма является основой и условием для физиологического течения беременности. Нами изучено становление гемодинамической системы матери и плода и материнско-плодовых отношений в периоды основных перестроек, связанных с потребностями растущего плода, с помощью доплерометрического исследования фетоплацентарного комплекса и эхо-кардиографического исследования центральной гемодинамики матери.

Физиологическое течение беременности характеризовались периодами наиболее выраженного прироста показателей объемной работы сердца с параллельным снижением периферического сосудистого сопротивления на сроках 18-20 и 28-30 недель. В третьем триместре беременности отмечался период стабильно высоких показателей центральной гемодинамики с минимальными значениями периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одновременно с изменениями материнской гемодинамики происходило постоянное увеличение интенсивности маточного и пуповинного кровотока с наиболее выраженным приростом в периоды первой и второй волн инвазии трофобласта.

При осложненном течении беременности общий прирост объемных показателей работы сердца и, соответственно, снижение ОПСС были в 1,5 раза ниже гестационной нормы. Течение третьего триместра характеризовалось коротким периодом максимальных гемодинамических нагрузок, а затем – быстрым снижением объемных показателей работы сердца и повышением ОПСС до конца беременности. При осложненном течении интенсивность гемодинамических скачков в периоды первой и второй волн инвазии трофобласта была в 1,5-2 раза меньше в сравнении с контрольной группой, что привело к стабильно высоким показателям резистентности маточных и пуповинных артерий в динамики третьего триместра.

Проведенное нами исследование позволило сделать вывод о том, что имеется тесная взаимосвязь и взаимовлияние гемодинамических систем матери и плода. Нарушение баланса в этих системах ведет к патологическому течению беременности – гестозам, преждевременным родам, плацентарной недостаточности, тяжелым состояниям плода.

Раннее выявление нарушений в сопряженных гемодинамических системах способствует своевременному выявлению осложнений беременности, их коррекции и выработке оптимальных сроков родоразрешения. Однако при отработанной тактике растёт число оперативного родоразре-

шения, недоношенных и незрелых детей. Поэтому актуальными и неизученными являются вопросы наиболее раннего выявления признаков страдания плода (до появления признаков нарушения кровотока в фетоплацентарной системе) и разработки методов, выявляющих эти страдания.

Предпосылкой для выполнения данной работы были данные, свидетельствующие о большом значении эмоциональной сферы женщины в формировании здоровья и общей стабильности во время беременности (Коваленко Н.П., 2003). Материнство, забота и привязанность к ребёнку настолько глубоко заложены в природу женщины, что только очень сложные социальные установки и ценности современной цивилизации (карьерный рост, материальное благополучие) могут подавить их, хотя у большинства женщин исход беременности и родов - громадный сдвиг к зрелости, взрослению и самоуважению (Миронова Т.А., 1996).

Наличие данных факторов в первую очередь изменяет поведение ребёнка до появления очевидных изменений кровотока в системе мать-плацента-плод и хронической фетоплацентарной недостаточности. Нами были выявлены несколько поведенческих реакций плода, возникающих в ответ на состояние хронического стресса матери: уменьшение или учащение шевелений плода, изменение периодов покоя и двигательной активности, характера и времени движений, учащение икательных движений, нарушение членорасположения, появление сосательных движений. Неправильное членорасположение плода сохраняется и во время родов, что зачастую приводит к аспирации околоплодными водами, нарушает биомеханизм рождения плечевого пояса и увеличивает осложненное течение периода адаптации новорожденных.

Обычно такие феномены наблюдались после сообщения беременной каких-то сведений о предполагаемом нарушении течения беременности или опасности для ребёнка. Проведение правильной психокоррекционной, успокаивающей беседы, разъяснение ситуации в благожелательном спокойном тоне приводило к улучшению и поведенческих реакций ребёнка. Сохранение травмирующей стрессовой реакции приводило к появлению гемодинамических расстройств фетоплацентарном комплексе, которые вынуждали использовать медикаментозные средства. Исход беременности у таких детей был сопряжён с повышенной частотой оперативного родоразрешения в связи с неэффективной родовой деятельностью, нарастающей гипоксией плода, неправильным членорасположением ребёнка или патологическим вставлением головки. Закономерно нарастала частота и тяжесть перинатальных гипоксически-ишемических повреждений центральной нервной системы.

В настоящее время имеется острая необходимость пропаганды культуры деторождения, единения усилий врачей, педагогов, психологов. Знания о чрезвычайной чувствительности нерождённого ребёнка к стрессам матери и отца, о существовании у человека памяти рождения (Дэвид Чемберлен, 2004), об интенсивном развитии разума ребёнка во время прена-

тального развития позволило бы многим отцам и матерям более ответственно и осознанно подходить к восприятию своего младенца как личности.

Для выполнения этих задач в 1994 году совместными усилиями кафедр КИНПО (ПК и ПП) СОО и кафедры акушерства и гинекологии КГМУ была организована программа «Семья». В течение 18 лет совершенствовались методики работы с супружескими парами, основной целью которых являлось создание культуры деторождения. Необходимость работы по воспитанию родителей основывается на потребности ребенка в образованных родителях, на существовании связи между качеством домашнего воспитания и социальными проблемами общества.

Первая и очень существенная часть программы была посвящена работе с подростками, с которыми наше общение было как с будущими родителями. В беседах с ними мы обращались к личному опыту ранних детских переживаний, страхов, неуверенностей или положительному опыту восприятия жизни через общение с родителями, когда слова: «Мама, расскажи, как я была маленькой» имеют уже прагматическое значение для моделирования своего поведения в будущем как родителя.

Следующая часть программы состояла в общении как с супружескими парами, вынашивающими беременность, так в ряде случаев и семьей, т.к. на занятия приходило как младшее, так и старшее поколения, что придавало ещё больший характер будущим родам как семейному процессу. Длительное наблюдение (18 лет) за супружескими парами, посещавшими программу «Семья», показало длительную духовную и психологическую общность, меньшее количество психосоматических заболеваний у детей, значительно более высокий уровень их интеллектуального развития.

Таким образом, думающие акушеры, неонатологи, психологи должны сформировать у населения представление об индивидуальности личности нерожденного ребенка, психологических трудностях, которые он испытывает внутриутробно. Проблема будущего оздоровления нации состоит в ответственном отношении и просвещении по вопросам репродуктивного и психологического здоровья.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТОМОЙ КИШЕЧНИКА

Дейнека Н.В.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

deineka74@mail.ru

Одной из самых важных в процессе всей реабилитации стомированных людей является проблема психологической реабилитации. Потеря контроля эвакуаторной функции кишечника, необходимость постоянного ухода за стомой, потеря трудоспособности, изменение жизненного стереотипа вызывают отрицательные психологические реакции пациентов, ограничивают социальную активность. Изменение привычного образа тела

приводит к ощущению физической и психологической неполноценности, формированию заниженной самооценки и высокой степени неудовлетворенности качеством жизни. Личностный ответ отражается во внутренней картине болезни. Формирование субъективной картины болезни, как правило, начинается с соматических ощущений. Перцептивный образ, строящийся на основе соматических ощущений, отталкивается от представления о внутреннем строении тела. Особенности психической сферы пациентов, сложность соматопсихических и психосоматических соотношений, с формированием неврозоподобных, тревожных и ипохондрических расстройств, усугубляют психосоциальную дезадаптацию. Значимость личностных переживаний пациентов, специфика аффективных реакций требуют своевременной и качественной психологической помощи в предоперационном и послеоперационном периоде.

Задачей системы комплексной реабилитации людей, перенесших операцию по наложению кишечной стомы, является интеграция клинических, психологических и социальных составляющих реабилитационного процесса. Каждый этап характеризуется специфическими задачами, которые определяются структурно-иерархическими изменениями мотивационных, потребностных, ценностных ориентаций личности больного. Так, для начального этапа больным свойственна озабоченность, тревожность, страх смерти, растерянность, негативное отношение к оперативному вмешательству. В основе психологического конфликта – предполагаемый крах жизненных ожиданий и возникновение реальной угрозы жизни. Именно на этом этапе первоочередной задачей является коррекция иррациональных, негативных представлений о характере заболевания, ориентация на определенное лечение и особенности последующей жизни со стомой. В послеоперационной фазе пациент нуждается в одобрении и эмоциональной поддержке, он ощущает себя физиологически и психологически зависимым. В целом, значение предоперационного и раннего послеоперационного этапов для дальнейшей реабилитации очень велико, так как именно в это время закладываются основные представления пациента о болезни и мобилизуются ресурсные возможности личности. В том случае, если эмоциональная переработка переживаний происходила неполно, на постгоспитальном этапе преобладают негативные эмоции, дезадаптивные формы психической защиты, формирование необоснованного самоограничительного поведения.

Цель исследования: на основе многомерного исследования особенностей личностного реагирования разработать систему психологической реабилитации пациентов со стомой кишечника.

Основную группу составили 180 пациентов с кишечными стомами, в возрасте от 47 до 66 лет со сроком функционирования стомы в среднем 6 – 12 месяцев. В контрольную группу вошли 135 человек, не имеющие стомы кишечника, идентичного половозрастного состава и социального статуса.

Методы исследования: 1) методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн; 2) Интегративный тест тревожности; 3) Тест рисуноч-

ной фрустрации Розенцвейга; 4) Метод «незаконченных предложений»; 5) Торонтская алекситимическая шкала; 6) Опросник «Стома – качество жизни».

Данные семейного анамнеза позволили определить, что преобладающее число пациентов проживают с семьями (92%), 8% проживают одни, но имеют близких родственников. 80% респондентов имеют инвалидность II группы, 16% находятся на инвалидности I группы, 4% с инвалидностью III группы. Большая часть испытуемых имеют высшее образование (64%), средне-специальное образование получили 20%, общее среднее образование имеют 16%. В трудоспособном возрасте находятся 56% пациентов, 44% пациентов пенсионного возраста.

В результате проведенного исследования у 72% испытуемых выявлена тенденция к предъявлению жалоб на снижение настроения, 64% отметили социальные ограничения в связи с наличием стомы, у 56% испытуемых стома вызывает чувство неполноценности. Необходимость психологической помощи отметили 100% пациентов. Для пациентов с кишечной стомой характерна пониженная самооценка (72%), главным образом за счет неудовлетворенности собой и своим здоровьем. Эмоциональное состояние стомированных пациентов характеризует высокий уровень ситуативной (40%) и личностной тревожности (60%), основным компонентом в структуре которой является тревожная оценка перспективы. Этот компонент достоверно коррелирует с неблагоприятной сферой «отношение к будущему», которая является одной из самых проблемных для данных пациентов ($r=0,5$; $p<0,01$). Данное состояние, возможно, обусловленное не только наличием стомы, но и основным заболеванием, позволяет говорить о проекции страхов и опасений в будущее и в целом свидетельствует о необходимости коррекции внутренней картины болезни. Наличие стомы вызывает эмоциональное напряжение, беспокойство, чувство вины. Пациенты склонны концентрироваться на своих проблемах, отдаляясь и ограничивая общение даже с близкими им людьми, что подтверждается выявленной конфликтностью семейной сферы.

Сопоставление основной и контрольной групп показало, что в ситуации фрустрации у испытуемых основной группы достоверно преобладают экстрапунитивные реакции эго-защитного типа ($p<0,05$). Выявлено достоверное снижение суммарного показателя реакций препятственно-доминантного типа ($p<0,01$). Получены следующие общие образцы: 1) $E > M > I$; 2) $ED > NP > OD$; 3) $ED > E > M$; 4) $E > I > M'$. В ситуации прямого обвинения чувство ответственности у испытуемых заменяется неконструктивным переживанием чувства вины, они склонны оправдываться и нуждаются в защите (повышенное значение формулы $\underline{E} + \underline{I}$ (15%) за счет повышенного \underline{I} (8,9%), а также пониженное значение формулы $I - \underline{I}$ (4,8%)). Суммарный показатель самообвинительных, а также внешнеобвинительных реакций снижен, что подтверждается и резко пониженным значением формулы $E - \underline{E} = 17,7\%$ (чистое значение внешнеобвинительных реакций)

($\Sigma E = 43\%$; $\Sigma I = 25,8\%$). Показатель микросоциальной адаптации GCR снижен (32,1%).

При изучении системы отношений у пациентов со стомой кишечника выявлено наличие чувства вины и страхов, нарушение отношения к будущему, неблагополучие в сфере семейных отношений, и отношения к себе. Наиболее значимыми проблемными сферами являются «отношение к будущему» (56%), «чувство вины» (64%), «отношения с членами семьи» (48%), «страхи и опасения» (48%), «отношение к себе» (46%).

При анализе данных исследования по Торонтской алекситимической шкале выявлено достоверное преобладание алекситимических черт у испытуемых основной группы (среднее значение $71 \pm 3,9$ у 72% респондентов), в контрольной группе преобладающее количество испытуемых (68%) представляют собой неалекситимический тип личности (среднее значение $61 \pm 2,5$). Как известно, под алекситимией понимают ограниченную способность к восприятию эмоций и их словесному выражению. Алекситимический тип личности характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс.

В результате исследования основной группы с помощью опросника «Стома – качество жизни» мы обнаружили, что общее среднее значение качества жизни пациентов с кишечными стомами составляет $57,1\% \pm 5,3$. При этом у женщин этот показатель, в сравнении с мужчинами, достоверно ниже ($49,8 \pm 6,6$ и $65,6 \pm 5,5$ соответственно) ($p < 0,01$). Наиболее значимыми факторами, влияющими на качество жизни стомированных пациентов, являлись: адекватное информирование и психологическая подготовка в пред- и раннем послеоперационном периоде; оказание своевременной психологической помощи и восстановление социальной активности; принятие и эмоциональная поддержка семьи.

На основании данных психодиагностического исследования нами была разработана программа психологической помощи стомированным больным, включающая в себя три последовательных этапа: информационный, психодиагностический и этап психокоррекционного вмешательства.

Информационный этап проводится совместно с врачом и включает в себя: установление контакта; установление эмоционально стабильных, доверительных отношений между психологом и пациентом; снижение аффективного напряжения; создание атмосферы конструктивного взаимодействия. На начальном этапе психолог знакомится с пациентом, выясняет особенности его личности, ценностных ориентаций, ведущих мотивов. Основная задача – выяснить отношение пациента к заболеванию. Именно эти знания ложатся в основу разрабатываемой и внедряемой программы психотерапии и реабилитации. Также на этом этапе происходит осуществление адекватного информирования пациента о его болезни, о причинах и

последствиях стомирующей операции, о возможностях компенсации нарушенных функций организма, о способах получения специализированной медико-психологической и социальной помощи, т.е. работа с внутренней картиной болезни.

На психодиагностическом этапе исследуются психологические особенности стомированных больных, определяются факторы, неблагоприятно влияющие на социально-психологическую адаптацию, выделяются мишени психологической коррекции. Осуществляется планирование психокоррекционных мероприятий и формирование позитивной мотивации на принятие психологической помощи. Процедура психологического исследования является запуском психокоррекционной программы. Так, уже в ходе психодиагностического исследования и процессе клинической беседы происходит осознание ранее не воспринимаемых (подавляемых) внутриличностных конфликтов и проблем в межличностных отношениях.

Вслед за этапом психодиагностики последовательно проводится психокоррекция. Основной задачей психокоррекции является формирование позитивной установки на выздоровление и способность своего организма сопротивляться заболеванию; изменение самовосприятия и самоотношения. Психологическая помощь заключается в работе с «Я-концепцией» и направлена на принятие нового телесного образа, повышение самооценки за счет переориентации интересов личности, выявление неосмысленных возможностей и вовлечения пациентов в психотерапевтическую работу внутри групп взаимопомощи с актуализацией ресурса социальной поддержки. При искажении когнитивного компонента внутренней картины болезни применяется алгоритм разъяснений с противопоставлением существующим отрицательным установкам системы положительных представлений.

Выводы:

1. Формирование кишечной стомы наряду с основным заболеванием оказывает значительное психотравмирующее влияние, вызывая негативные личностные реакции, эмоциональные и поведенческие расстройства, затрудняющие адаптацию пациентов и существенно снижающие качество жизни.

2. В структуре самоотношения стомированных пациентов возникают нарушения, вызванные изменением образа «физического Я». Неприятие своего «телесного Я» в сочетании с зависимостью от критического отношения социального окружения перерастает в негативное эмоционально-ценностное отношение к собственной личности, чувство зависимости от телесного дефекта.

3. Факторами риска возникновения дезадаптации пациентов со стомой кишечника являются искажение внутренней картины болезни, использование неконструктивных копинг-стратегий, снижение социальной активности с формированием ограничительного поведения, дестабилизация эмоционального состояния; конфликтные межличностные, в том числе, внутрисемейные отношения.

4. Анализ специфики личностного реагирования и выделение основных дестабилизирующих факторов в ходе клинико-психологического исследования дают возможность разработки адекватных комплексных реабилитационных мероприятий для больных данного профиля.

5. Разработка и применение методов психологической реабилитации должна осуществляться с учетом индивидуально-психологических характеристик стомированных пациентов, особенностей их реагирования на свое состояние, а также клинических параметров, длительности и тяжести течения основного заболевания.

6. Своевременная, правильно и качественно организованная психологическая помощь пациентам со стомой кишечника представляется важной составляющей всего реабилитационного процесса. Основными задачами психологической реабилитации являются осознание пациентом психологических механизмов болезни, создание позитивного отношения и принятия пациентом факта стомирования, реконструкция нарушенных отношений личности больного, компенсация неадекватных реакций и неадаптивных стратегий поведения путем воздействия на все основные компоненты внутренней картины болезни.

СТРУКТУРА ОТНОШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКОВ МОЗГА КАК ОСНОВА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ

Доронин А.И.

**Екатеринбургский филиал Уральского государственного
университета физической культуры, г. Екатеринбург**

alexandrivanovichDoronin@gmail.com

«Современная психология в значительной степени представлена обыденным знанием, или «обыденной психологией», под которой понимается основанное на здравом смысле, не требующее точных определений понимание психических понятий и состояний» - пишет со ссылкой на Churchland (1986) Ю.И. Александров. Психология давно уже вышла из донаучного детства, объективные исследования поставили её в ряд с точными науками. Тем не менее отдельные понятия психологии еще не только далеки от точности определения, но и достаточно трудны для экспериментального исследования. К таким понятиям относится одно из ключевых в психологии – «Личность». Примечательно, что это слово даже не упоминается в словаре учебника «Психофизиология» Ю.И. Александрова.

«Личность - понятие, выработанное для отображения *социальной природы человека*, рассмотрения его как субъекта социокультурной жизни, определения его как носителя индивидуального начала, самораскрывающегося в контекстах социальных отношений, общения и предметной деятельности».

Под «личностью» понимают: 1) человеческого индивида как субъекта отношений и сознательной деятельности («лицо» - в широком смысле слова) или 2) устойчивую систему социально значимых черт, характеризующих индивида как члена того или иного общества или общности. Хотя эти два понятия - лицо как целостность человека (лат. *persona*) и личность как его социальный и психологический облик (лат. *personalitas*) - терминологически вполне различимы, они употребляются иногда как синонимы.

Таким образом, структура личности рассматривается с одной стороны как субъект отношений, с другой стороны, как система социально значимых черт.

Подчеркивая социальную сторону личности, приходится для иных характеристик человека вводить, такие термины, как индивид, субъект, индивидуальность. Выбирая необходимый термин, мы неизбежно упираемся в классификацию, созданную другими людьми, авторами теорий, и, используя готовую терминологию, мы связываем себя мировоззрением автора. Пытаясь выйти за пределы этого мировоззрения, мы, как правило, оказываемся на территории, оформленной иной терминологией, и понятия здесь имеют иное содержание. Мы всего лишь создали еще одну систему, в лучшем случае создающую дополнительные трудности для студентов.

Это обусловлено бессубстратностью рассматриваемых терминов психологии. Отсутствие материального наполнения и допускает широкий диапазон в трактовке термина. Во избежание многозначности толкования необходимо материальное содержание термина, опирающиеся на материальный субстрат. Материальный же субстрат – телесная сущность человека.

Фрейд первым выделил в структуре личности сознательный и бессознательный компоненты, на основе которых строилась дальнейшая теория психоанализа.

По мнению Фрейда, сознание и бессознательное находятся в постоянном конфликте, и задачей психоаналитика является установление гармонии и равновесия двух важнейших сторон человеческой психики.

Бессознательное, по Фрейду, включает в себя Оно (или Ид), которое отвечает за важнейшие человеческие инстинкты.

Инстинкты, согласно мнению основателя психоанализа, являются подлинными двигателями человеческой жизни. Из сублимации либидо, например, возникла потребность в творчестве, а необходимость контроля над иррациональными инстинктами повлияла на возникновение табу в человеческом обществе.

К бессознательному также относится Сверх-Я (Супер-Эго), которое включает в себя моральные нормы и предписания, выполняя роль цензора в структуре психики. Сознательная часть личности - Я или Эго - призвана поддерживать гармонию между Оно и Сверх-Я, уравнивать человеческое стремление к удовольствиям и необходимость подчиняться определенным моральным стандартам.

Представитель транзакционизма, небезызвестный Э. Берн (Берн Э., 2006), рассматривая взаимоотношения между людьми, обратил внимание на то, что существует определенное количество типов поведения. «Взятые вместе, тип поведения и психическое состояние определяют состояние Эго. Количество состояний Эго ограничено у каждого индивида. Как правило, их три.

1. Родительское, или напоминающее отцовские поведение и чувства.

2. Рациональное, Взрослое, в котором факты окружающей действительности рассматриваются нейтрально и объективно.

3. Архаичное, детское, похожее на состояние детей и младенцев» (Берн Э., 2006).

Э. Берн подчеркивает, что количество состояний личности у одного индивида строго ограничено (Берн Э., 2006).

Таким образом, мы видим и у отца психоанализа, и у представителя транзакционализма сходную трехзвенную структуру. Близкое соответствие между Эго и Взрослым, Ид и ребенком, и Супер-Эго и Родителем видны невооруженным взглядом.

На тот же невооруженный взгляд, увидеть связь с материальным субстратом нам поможет Ананьев с его онтогенетической теорией. С его точки зрения, личность – субъект общественных отношений и коммуникаций.

«Образование индивидуальности и обусловленное ею единое направление развития индивида, личности и субъекта в общей структуре человека стабилизируют эту структуру и являются важными факторами высокой жизнеспособности и долголетия» - пишет он, тем самым обращая внимание не только на феномен индивидуальности, но и на единое направление развития индивида, личности и субъекта.

Ананьев указывает на гетерохронность становления компонентов индивидуальности. «Начало индивида - долгий и многофазный процесс эмбриогенеза», «начало личности - долгий и многофазный процесс ранней социализации индивида, наиболее интенсивно протекающий на втором-третьем годах жизни человека».

«Еще до самостоятельного передвижения и активной речи складываются необходимые для предметной деятельности сенсомоторная структура и наиболее общие типы предметных действий рук. Одновременно со свойствами субъекта познания формируются свойства субъекта деятельности. На оба вида новых свойств (непосредственно детерминированных свойствами предметного мира, объективными свойствами и предметной деятельностью) огромное влияние оказывает комплекс социальных связей, из которого берет начало личность».

«Становление человека как личности связано с относительно высоким уровнем нервно-психического развития, что является необходимым внутренним условием этого становления. Под влиянием социальной среды и воспитания складывается определенный тип отражения, ориентации в окружающей сфере и регуляции движения у ребенка, вырабатывается соз-

вание, т.е. самая общая структура человека как субъекта познания» (Ананьев Б.Г., 2008).

«В дальнейшем становление свойств личности протекает неравномерно и гетерохронно, соответственно последовательности усвоения ролей и смены позиций ребенка в обществе. Эта гетерохронность личностного формирования накладывается на гетерохронность созревания индивида и усиливает общий эффект разновременности основных состояний человека» (Ананьев Б.Г., 2008).

«Следовательно, наступление зрелости человека как индивида (физическая зрелость), личности (гражданская), субъекта познания (умственная зрелость) и труда (трудоспособность) во времени не совпадает, и подобная гетерохронность зрелости сохраняется во всех формациях» (Ананьев Б.Г. 2008). Видно, что речь идет о вполне материальных вещах, гетерохронность созревания которых вполне аналогична гетерохронности созревания биологических структур.

Таким образом, мы в проявлениях индивидуальности, которые Ананьев называет индивид, субъект деятельности и познания, личность, мы видим ту же трехзвенную структуру. Индивиду, по Ананьеву, соответствуют Ид психоанализа и Ребенок транзакционизма, субъект соотносится с Эго и Взрослым, а личность с Супер-Эго и Родителем.

Гетерохронность становления индивидуальности как неповторимого своеобразия базируется на гетерохронности развития отделов нервной системы. О каких отделах нервной системы здесь идет речь?

Строение головного мозга достаточно сложно, и даже среди специалистов - неврологов нечасто встретишь знающего одинаково хорошо строение и функции всех отделов мозга. Для психологов же необходимость такого знания неочевидна. Тем не менее А.Р. Лурия значительно упростил постижение функций ЦНС для психологов. Он выделил в ЦНС три функциональных блока, «...каждый из которых играет свою особую роль в обеспечении психической деятельности».

«Первый из них поддерживает нужный тонус коры, необходимый для того, чтобы как процессы получения и переработки информации, так и процессы формирования программ и контроля их выполнения протекали успешно.

Второй блок обеспечивает самый процесс приема, переработки и хранения информации, доходящей до человека из внешнего мира (от аппаратов его собственного тела).

Третий блок вырабатывает программы поведения, обеспечивает и регулирует их реализацию и участвует в контроле за их успешным выполнением.

Все три блока размещаются в отдельных аппаратах головного мозга, и лишь слаженная их работа приводит к успешной организации сознательной деятельности человека» - находим мы у него (Лурия А.Р., 2006).

Первый блок анатомически включает в себя ствол мозга, средний и промежуточный мозг, а также древнюю или лимбическую кору, располо-

женную на медиальных и нижних поверхностях полушарий и тесно связанную с вышеназванными отделами мозга.

Второй функциональный блок мозга – блок приема, переработки и хранения информации. «Он включает в свой состав аппараты, расположенные в задних отделах головного мозга и в отличие от аппаратов первого блока имеет модально-специфический характер» (Лурия А.Р., 2006).

«Третий функциональный блок мозга - блок программирования, регуляции и контроля деятельности. Все эти функции осуществляются передними отделами мозга и их лобными долями» (Лурия А.Р., 2006).

Подразделение головного мозга на три функциональных блока недостаточно для понимания связи морфологической классификации с функциональной классификацией Павлова. Мы проследим эту связь в два этапа: в функциональной асимметрии полушарий и связи функции полушарий с вторым и третьим функциональными блоками мозга, по А.Р. Лурии.

Функциональная асимметрия полушарий отражена в многочисленных работах (Семенович А.В., 2010). Из них известно, что левое полушарие, как правило, связано с функцией речи, то есть является важнейшим для социальных связей по сравнению с правым. Для нашей работы важно то, что у левшей и леворуких речевые отклонения носят выраженный характер и связаны с задними отделами коры головного мозга. У правшей и праворуких речевые отклонения связаны с передними отделами мозга (Копейкина Я.А.).

Правое полушарие функционально связано с задними отделами коры головного мозга, а левое полушарие – с передними отделами, а отсюда второй функциональный блок мозга, по А.Р. Лурии, соответствует не только задним отделам полушарий, но и правому полушарию, а третий функциональный блок – соответствует не только передним отделам мозга, но и левому полушарию.

Таким образом, у нас есть основания ассоциировать индивида с первым функциональным блоком мозга и психоаналитическим Ид и локализовать его в стволе мозга и старой лимбической коре. Субъектом деятельности и Эго является второй функциональный блок мозга и локализуется он в правом полушарии. Личность и супер-Эго локализуются в левом полушарии и действуют как третий функциональный блок мозга.

При таком рассмотрении мы можем установить возрастные периоды становления личности, субъекта, индивида, выявить функциональные связи между Ид, Эго и супер-Эго не только методами психоанализа, имеющими известный налет субъективности, но и методами объективной психологии.

СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Дремина Т.Ф.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

tat-dremina@yandex.ru

В настоящее время существует множество социально-психологических факторов, способствующих благополучному или неблагоприятному протеканию беременности (стрессовые факторы, уровень социального благополучия, особенности взаимодействия с социальным окружением, особенности жизненного пути, удовлетворенность в браке и пр.). Цель нашего исследования состоит в том, чтобы выявить особенности психологических компонентов структуры социальной идентичности у женщин, ожидающих первого и второго ребенка, находящихся на втором и третьем триместре беременности.

В психологии беременности достаточно много исследований посвящено изучению первой беременности. Актуальность нашего исследования заключается в том, что мы исследуем особенности социальной идентичности женщин, ожидающих второго ребенка и имеющих опыт взаимодействия с первым ребёнком.

Объектом исследования являются психологические компоненты структуры социальной идентичности женщин в период беременности.

Предметом исследования является психологическая структура социальной идентичности женщин, ожидающих первого и второго ребенка, на втором и третьем триместре беременности.

Основная задача исследования заключается в сравнении психологической структуры социальной идентичности женщин, ожидающих первого и второго ребенка, на этапе шевеления и к окончанию периода беременности.

В своей работе мы предполагаем, что у женщин, ожидающих первого и второго ребенка, на втором и третьем триместре беременности, психологическая структура социальной идентичности будет различна.

Также мы предполагаем, что на психологическую структуру социальной идентичности будут влиять: тип переживания беременности и принятие роли матери, контекст жизненного пути, социальная ситуация (ожидание первого/второго ребенка, второй/третий триместр беременности) и индивидуальные личностные особенности (рефлексивность, эгоцентризм, локус субъективного контроля).

Нами представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2011 году на базе женской консультации и родильного дома МУЗ ГKB № 4.

Вся экспериментальная выборка была разбита на подгруппы:

- ✓ женщины, ожидающие первого ребенка, на втором триместре беременности;
- ✓ женщины, ожидающие первого ребенка, на третьем триместре беременности;

✓ женщины, ожидающие второго ребенка, на втором триместре беременности;

✓ женщины, ожидающие второго ребенка, на третьем триместре беременности.

Выборка составила 60 человек: беременные со сроком 16 – 40 недель, женщины, ожидающие первого ребенка (35 человек), на втором триместре беременности (17 человек), на третьем триместре беременности (18 человек) и беременные женщины, ожидающие второго ребенка (25 человека), на втором триместре беременности (12 человек), на третьем триместре беременности (13 человек).

Важными условиями отбора испытуемых в нашем исследовании являются:

1. Срок беременности.
2. Ожидание первого/второго ребенка.
3. Отсутствие негативного опыта (аборт, выкидыш).

В контрольную группу вошли женщины, ожидающие первого ребенка, экспериментальную группу составили беременные женщины, в анамнезе которых был опыт завершенной беременности. Впоследствии эти группы были разделены по срокам беременности, с целью проследить психологические особенности социальной идентичности на разных триместрах беременности у женщин с первой беременностью и у женщин со второй беременностью.

В результате статистической обработки были получены следующие данные.

Рассматривая смысловой компонент переживания беременности (по тесту СЖО Д.А. Леонтьева), мы выявили статистически значимые различия по шкалам «процесса» что свидетельствует о том, что женщины, ожидающие второго ребенка, воспринимают процесс своей жизни как наиболее интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом по сравнению с женщинами, ожидающими первого ребенка.

Данные по шкале «Цели» характеризуют наличие в жизни беременной женщины целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. В нашем случае, у женщин, ожидающих первого ребенка и находящихся на втором триместре беременности, показатели наличия целей ниже, чем у женщин, находящихся на третьем триместре беременности, следовательно, их планы не имеют реальной опоры в настоящем, потому как не в полной мере осознают своё новое социальное положение, они только готовятся к принятию новой социальной роли, и цели пока не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. В то время как женщины, ожидающие второго ребенка, живут настоящим и ставят перед собой цели, которые имеют реальную опору.

В результате полученных данных, мы можем говорить о том, что женщины, ожидающие второго ребенка, воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыс-

лом, оценивают пройденный отрезок жизни, исходя из ощущения того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.

Рассматривая ролевой компонент психологической структуры социальной идентичности беременных женщин, мы наблюдаем, что у женщин и на втором и на третьем триместре беременности преобладают показатели по шкалам «Социальное Я» и «Рефлексивное Я», которые характеризуют их персональную идентичность, отношение к себе, а также семейную принадлежность, проявляющуюся через обозначение семейной роли, роли дочери, жены. Эти данные свидетельствуют о принятии новой социальной роли – роли матери.

Женщины, ожидающие первого ребенка и находящиеся на третьем триместре беременности, строят отношения с супругом, учитывая все варианты отношений для того, чтобы создать благоприятную атмосферу для появления долгожданного ребенка. Ценность ребенка определяется не только его появлением в семье, но и тем, что ребенок дополняет сложившийся психологический климат между партнерами, где женщина будет себя чувствовать благоприятно в новой социальной роли – роли матери.

В результате полученных данных по методике «Локус субъективного контроля», мы наблюдаем, у женщин, ожидающих второго ребенка, уровень общей интернальности выше, чем у женщин, ожидающих первого ребенка, что свидетельствует о том, что они отличаются уверенностью в том, что силы, влияющие на судьбу человека, находятся внутри него самого; то, что происходит с человеком, в значительной степени является результатом его активности, и, следовательно, ответственность за собственную жизнь лежит на самом человеке, а не на каких-либо других, внешних по отношению к нему, силах.

Кроме того, были обнаружены статистически значимые различия по показателю эгоцентризма: женщины, ожидающие первого ребенка, имеют более высокий уровень эгоцентризма, чем женщины, ожидающие второго, и, следовательно, эти женщины обладают низким уровнем готовности к материнству, что ведет к трудностям в принятии роли матери, к низкому уровню значимости данной роли для будущей матери.

Анализируя уровень рефлексивности, было выявлено, что у женщин, находящихся на втором триместре беременности, уровень рефлексивности выше, чем у женщин, находящихся на третьем триместре беременности. У женщин, находящихся на втором триместре беременности, рефлексивность приобретает гибкий и адаптивный характер, что позволяет им принимать своего ребенка в целостности, и, следовательно, принимать свою социальную роль – роль матери.

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод о том, что формирование типа готовности к материнству как критерия принятия новой социальной роли – роли матери – зависит от срока беременности и наличия опыта материнства. Это подтверждает наше предположение.

Таким образом, результаты нашего исследования дают основание сформулировать основные выводы, соответствующие задачам исследовательской работы:

1. Особенности психологических компонентов структуры социальной идентичности у женщин, ожидающих первого и второго ребенка, находящихся на втором и третьем триместре беременности, различны.

2. Принятие новой социальной роли матери, критерием которой является готовность к материнству, зависит от срока беременности и наличия опыта материнства.

3. Принятие роли матери связано с переживанием беременности, представленного смысловым и эмоциональным компонентами, и контекстом жизненного пути, представленного узловыми событиями прошлого, настоящего и будущего, а также опытом детско-родительских отношений и взаимоотношений с собственной матерью.

СТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ВРАЧА НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Есенкова Н.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

esenkovanj@yandex.ru

Профессиональная направленность ориентирует деятельность личности в профессиональном пространстве, придает этой деятельности устойчивость к внешним факторам, отражает и обуславливает мотивы деятельности, цели и отношение к действительности, опосредованное процессом профессионализации.

На основе анализа теоретико-эмпирических исследований (Андреева Ю.В., Жукова К.В., Зыбина Л.Н., Климов Е.А., Кузьмина Н.В., Кунц Л.И., Маркова А.К., Митина Л.М., Нагорнов И.В., Платонов Ю.П., Щеглова Т.М.) в качестве основы целенаправленного личностно-профессионального развития в системе высшего медицинского образования была предложена модель становления профессиональной направленности личности врача на этапе обучения в вузе.

В нашем исследовании профессиональная направленность представляет собой интегративное образование, включающее следующие блоки: ценностно-смысловой (смысложизненные ориентации, жизненные стремления, удовлетворенность базовых потребностей); эмоциональный (удовлетворенность учением, обучением, удовлетворенность профессией); регуляционный (временная перспектива, общий уровень саморегуляции, ее компонентов); операциональный (уровень сформированности учебно-профессиональных компетенций).

Для исследования особенностей становления было проведено исследование 220 студентов 2, 5 курсов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Исследование проводилось на

базе лаборатории экспериментальной психологии кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета и психологического Центра.

Для статистической обработки были использованы методы описательной и сравнительной статистики: анализ средних тенденций, методы оценки значимых различий (U-Манн-Уитни). Математическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ StatSoft STATISTICA 6.0 для Windows.

Решая задачу выявления особенностей компонентов профессиональной направленности врача на разных этапах вузовской подготовки, обратимся к рассмотрению уровней выраженности компонентов ценностно-смыслового эмоционального, регуляционного, операционального блоков профессиональной направленности врача на начальном и завершающем этапах подготовки к профессии.

Анализ средних значений шкал осмысленности жизни показал, что все показатели у студентов второго и пятого курсов представлены нормативными индикаторами. Это дает основания заключить, что как на начальном, так и завершающем этапах обучения в вузе будущие врачи имеют четкие жизненные цели, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, положительно переживают свой настоящий период жизни, осмысленным и продуктивным воспринимается ими и пройденный отрезок жизни, обладают внутренней свободой, независимостью, способностью самостоятельно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Рассмотрим динамические особенности жизненных стремлений врачей на этапе додипломной подготовки. На начальном этапе вузовского обучения уровень жизненных стремлений представлен нормативными индикаторами по всем шкалам. На завершающем этапе вузовского обучения уровень жизненных стремлений представлен также нормативными индикаторами по всем шкалам. К выпускному курсу выявлено значимое снижение сосредоточенности на получение внешних удовольствий и признание окружающих через популярность и известность; значимо снижается ориентация на ценность «внешность». Будущие врачи достоверно ниже оценивают достижение намеченного уровня личностно-профессионального развития, значимо падает важность самосовершенствования и самореализации в профессии, достоверно уменьшается желание работать на общественное благо, помогать окружающим и участвовать в общественной жизни, расширять свои межличностные связи, реализовывать социальные роли. У студентов-медиков также достоверно ниже выражены стремления на достижение физического здоровья и психологического благополучия. Полученные результаты соответствуют данным, свидетельствующим о нарастании экзистенциального эскапизма, неумолимом сокращении направленности студентов на ценности самоактуализации.

На начальном и завершающем этапах обучения удовлетворяются все базовые потребности во взаимосвязи с другими людьми, в компетентно-

сти, автономии. Студенты проявляют гибкость в управлении во взаимодействии со средой, действуют на основе собственного выбора, управляют своими действиями, направленными на результат, переживают компетентность, самоэффективность в ходе выполнения учебно-профессиональной деятельности, устанавливают надежные и удовлетворяющие его отношения с профессиональным сообществом.

Уровень удовлетворенности обучением у студентов второго курса находится на высоком уровне выраженности, т.е. студенты удовлетворены процессом и содержанием профессиональной подготовки; высокий уровень удовлетворенности будущей профессией говорит о том, что студенты рассматривают свою будущую профессию как перспективную. Уровень удовлетворенности обучением у студентов второго и пятого курсов находится на среднем уровне выраженности, студенты положительно оценивают различные аспекты учебного процесса, взаимодействия в учебной среде. К пятому курсу значительно снижаются показатели удовлетворенности обучением, обучением, будущей профессией, при этом они остаются на среднем уровне развития, что рассматривается нами как предпосылка для усиления активности личности студента, как источник поиска новых способов работы, самовоспитания и самосовершенствования.

Результаты, отражающие сформированность системы осознанной саморегуляции активности, свидетельствуют, что к концу обучения происходит значимое снижение осознанного планирования учебно-профессиональной деятельности за счет способности вносить коррективы в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий, умения определения последовательности исполнения учебных действий в процессе выполнения учебных заданий, умения контролировать результаты и корректировать учебные действия на основе индивидуально-принятых эталонов успешности обучения. Мы отмечаем, что на более поздних этапах подготовки по мере углубления и дифференциации представлений о своей профессии особенности переживания временной перспективы выражаются в значимом усилении гедонистического отношения ко времени и жизни, ориентации на удовольствие, наслаждение в настоящем, достоверно возросшей ориентации на планирование и достижение будущих целей, построение жизненных и профессиональных планов на будущее, и значимом росте теплого, сентиментального отношения по отношению к прошлому.

Коммуникативные способности и организаторские склонности студентов, как пятого, так и второго курсов находятся на высоком уровне развития. По результатам исследования у будущих врачей выявлен заниженный показатель эмпатии. Отсутствие значимых различий свидетельствуют, что эмпатия не претерпевает значительных изменений по мере профессионального обучения.

Таким образом, выявлен неоднозначный характер становления профессиональной направленности будущих врачей на этапе вузовской подготовки.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Жукова Л.А., Гуламов А.А., Кузнецов Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

profzhukova@mail.ru

В настоящее время, в связи с оптимизацией методов лечения сахарного диабета (СД), ожидается снижение уровня инвалидизации и смертности от осложнений данного заболевания, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни (Пузикова О.З., 2006). Особую важность приобретает необходимость улучшения качества жизни больных, вовлечения их в активную трудовую деятельность. На первый план выходят проблемы состояния церебральных функций у пациентов с СД.

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют о различных нарушениях состояния центральной нервной системы (ЦНС), которые расцениваются как симптомы диабетической энцефалопатии (ДЭ).

При изучении аффективных расстройств у больных СД различными авторами (Лайнгер М.А., 1983; Robinson N., 1988; Kovacs M., 1997) выявлены повышенная тревожность и склонность к депрессии. В исследованиях Lustman P.J. и Freedland K.E. (1998) были описаны не только классические проявления депрессии, но и депрессивные эквиваленты, проявляющиеся в виде болевого синдрома (при диабетической невропатии) и даже симптомов, обычно относимых к соматическим проявлениям диабета.

Глубина аффективных расстройств у больных диабетом сопоставима с таковой у пациентов с ишемической болезнью сердца и хирургической патологией и значительно выше, чем у больных с другими соматическими болезнями. Важно отметить, что только 20% больных диабетом, выздоровевших от депрессии, сохраняют хорошее самочувствие в течение 5 лет (Елфимова Е.В., 2008).

Таким образом, церебральные нарушения у больных диабетом неблагоприятно влияют на течение самого заболевания, а также затрудняют социальную адаптацию больных. Поэтому перспективным направлением является изучение особенностей развития аффективных расстройств у страдающих СД пациентов с энцефалопатией.

Цель: определить патогенетические закономерности формирования нарушений эмоциональной сферы при диабетической энцефалопатии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, госпитализированных в эндокринологическое отделение городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведено обследование 77 пациентов, страдающих СД 2 типа, с метаболической диабетической энцефалопатией различной степени тяжести, госпитализированных в эндокринологическое отделение городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Курска в 2011 г. Из них лица женского пола составили 59,74% об-

следованных, мужского пола — 40,26%. Длительность заболевания — от 5 до 25 лет. На момент проведения исследования пациенты находились в состоянии оптимального или субоптимального гликемического контроля СД. Наличие декомпенсации углеводного обмена и тяжелых неврологических, психических или соматических заболеваний на момент проведения исследования являлись критериями исключения.

Самооценка реактивной и личностной тревожности проводилась по методике Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. Наличие депрессивных расстройств определялось с помощью опросника, разработанного в НИИ психоневрологии им. Бехтерева. Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, используемых при сравнении средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей. Различия считали достоверными при вероятности ошибки I рода менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. По степени развития энцефалопатии все пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 24 больных (31,17%), имевших умеренно выраженную (компенсированную) энцефалопатию (I стадии). Вторую группу составили 28 больных (36,36%) с выраженной (субкомпенсированной) энцефалопатией (II стадии). Третью группу составили 25 пациентов (32,47%) с резко выраженной (декомпенсированной) энцефалопатией (III стадии).

Согласно результатам обследования по шкале депрессии НИИ им. Бехтерева, признаки маскированной и легкой депрессии достоверно чаще ($p \leq 0,5$) встречались у пациентов 2-й и 3-й групп (32,14% и 56,00%, соответственно). Среди больных 1-й группы подобные особенности психоэмоциональной сферы были обнаружены лишь в 8,33% случаев.

Так как патогенетические механизмы развития депрессивных состояний связаны с нарушением регуляции норадренергической системы, функциональным дефицитом серотонинергической системы и дисбалансом функциональной активации полушарий головного мозга, полученные данные можно интерпретировать как свидетельство нарастания дисфункции данных структур при развитии энцефалопатии у больных СД.

Показатели высокой личностной тревожности, по данным теста Спилбергера в адаптации Ханина, достоверно чаще ($p \leq 0,5$) определялись у пациентов с субкомпенсированной и декомпенсированной энцефалопатией (46,43% и 68,00%, соответственно). Среди больных с умеренно выраженной энцефалопатией подобные особенности психоэмоциональной сферы были обнаружены в 20,83% случаев.

Выявленный у большинства пациентов с диабетом высокий уровень личностной тревожности свидетельствует о восприимчивости к стрессу, а также склонности переживать негативные эмоции, связанные с жизненными трудностями, гораздо острее, чем у людей с низким уровнем тревоги. Это приводит к более лабильному течению заболевания и выраженному поражению систем неспецифической регуляции мозга, в частности являющейся анатомическим субстратом эмоций лимбической системы. В резуль-

тате психоэмоционального стресса, вызванного самим фактом наличия болезни, а также вследствие воздействия метаболического стресса имеет место длительное перенапряжение нервной деятельности, которое при ослаблении контроля со стороны передних областей коры головного мозга приводит к усилению активности гиппокампа.

Увеличение количества пациентов с высокой личностной тревогой в группах с более тяжелыми стадиями энцефалопатии свидетельствует о нарастании дисфункции перечисленных выше структур головного мозга при формировании церебральных нарушений у больных сахарным диабетом.

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

[*irina-zemzyulina@yandex.ru*](mailto:irina-zemzyulina@yandex.ru)

Материнство – проблема, которая лишь недавно стала изучаться как в зарубежной, так и отечественной психологии, но за сравнительно короткий период ее изучение достигло большого размаха. 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. Все больше внимания уделяется здоровью детей, потомства, и все большую роль играет психологическое здоровье, то, о чем раньше менее всего заботились, что оставалось на заднем плане и, как результат, – породило массу серьезных проблем современного общества.

В своей работе мы обратились именно к изучению вопросов патологии беременности и попытались, используя знания психологии, ответить на вопрос: в какой мере такое личностное образование как эгоцентризм – направленность на себя, фиксированность на себе и своем «Я», - способно стать фактором риска развития соматической патологии в период беременности.

Предполагая, что эгоцентризм как свойство личности может стать фактором риска развития соматической патологии в период беременности, воздействуя на телесность через конфликт, развивающийся во внутреннем плане сознания, вследствие диссоциации ценностно-смысловых и мотивационных аспектов, мы поставили перед собой следующую цель: проследить связь эгоцентризма как свойства личности с развитием соматической патологии женщины во время беременности, выявить психологические факторы развития соматической патологии, опираясь на изучение мотивационно-смысловой и эмоциональной сферы женщины, обладающей эгоцентрической направленностью. На основании этого мы предлагаем программу психологического сопровождения беременных женщин.

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод, что эгоцентризм как свойство личности действительно оказывает значительное влияние на соматическое состояние женщин во время беременности, являясь фактором риска развития патологии. Будучи подсознательной структурой, эгоцентрическая направленность становится наименее осознанным и контролируемым элементом, перестраивает потребностно-мотивационную сферу женщины, делая главным удовлетворение собственных потребностей и игнорируя одновременно потребности материнства. Эгоцентризм воздействует на телесность через внутренний конфликт, в основе которого лежит рассогласование в ценностно-смысловых и потребностно-мотивационных аспектах. На основании данных, полученных в исследовании, следует предположить, что для женщин, обнаруживающих черты эгоцентризма, сама беременность несет более отрицательную смысловую нагрузку, для них характерна излишняя фиксированность на событиях прошлого с одновременной недооценкой событий настоящего и будущего, в том числе факта беременности и предстоящего материнства. Для женщин, не обладающих этими чертами, характерен более оптимистичный взгляд в будущее, более четкая постановка жизненных целей и определения перспектив с ориентацией на их достижение; материнство является для них ценностью, несет положительную смысловую окраску и обозначается как событийное «Мы», тогда как эгоцентрическая направленность рассматривает беременность (да и материнства в целом) через призму собственного «Я», своих потребностей, интересов, желаний, и она в таком случае воспринимается либо как препятствие на пути достижения собственных целей, либо как своеобразный способ их достижений. Вообще, для женщины с чертами эгоцентризма характерна более активная личностная позиция, стремление доминировать и выраженная потребность в обладании жизненными благами, что само по себе не противоречит эгоцентризму, так как способствует достижению эгоцентрических целей и удовлетворению потребностей, связанных с собственным «Я», в то время как для женщин не обладающих эгоцентрической направленностью, характерны такие черты как надежда на успех, выраженная эмотивность, эмоциональная вовлеченность, оптимистичность, непосредственность чувств. Они же склонны к более частым проявлениям тревоги, что объясняется естественной заботой о здоровье – своем и своего ребенка. Эгоцентричные женщины, напротив, обладая более выраженной патологией, склонны к меньшим проявлениям тревоги: беременность и материнство само по себе имеют для них меньшее значение, чем собственные интересы, и угроза для жизни ребенка не воспринимается ими как угроза для себя, поэтому не вызывает тревогу.

Говоря о механизме развития «патологии», следует обратить особое внимание на то, что большинство женщин с подобным диагнозом находятся на ранних и средних сроках беременности, то есть тех сроках, на которых происходит обострение внутреннего конфликта вследствие закономерно происходящих изменений в теле и сознании женщины. Наиболее значимым является первый и второй триместр, период, когда начинают по-

являться первые ощущения, первые телесные признаки беременности, появляется шевеление ребенка, которое в это время воспринимаются неоднозначно и, попадая под влияние смысловых диспозиций эгоцентрически направленной женщины, приобретают отрицательную окраску, означаются как неприятные, дискомфортные, болезненные ощущения и разворачиваются в симптом, требующий медицинской помощи. Самым «лучшим» исходом беременности для эгоцентрически фиксированной женщины будет ее отсутствие, то есть в данном случае ее прерывание как разрешение конфликта, и именно этот диагноз демонстрируют в своем большинстве женщины с чертами эгоцентризма – диагноз «угрозы прерывания беременности», который развивается благодаря вторичному значению первичных симптомов. И это есть способ выражения внутреннего противоречия, способ преодоления конфликта. Впоследствии, по мере развития беременности происходит поиск других компенсаторных механизмов, способных сгладить конфликт, происходит некоторое внедрение в ценности материнства в общую структуру ценностей, и оно обретает иной смысл – не препятствие, которое нужно преодолеть, а необходимость, которую необходимо принять и смириться с ее существованием, научиться жить с ней единой жизнью поскольку невозможно уже что-либо изменить. Третий триместр, вероятно, - время перемен, когда находятся другие пути преодоления конфликта, которые на данном этапе исследования не определены и требуют дальнейшего изучения.

В русле подобных представлений верными оказываются наши концептуальные предположения. Действительно, в основе материнства лежит потребностно-мотивационная сфера, которая во многом зависит от ценностно-смысловой ориентации женщины. И от личностной зрелости, способности безоговорочно принять ценность ребенка и отказаться от ценностей социально-комфортной среды, зависит здоровье будущей матери, здоровье ее ребенка, тогда как иное построение иерархии ценностно-смысловых ориентаций с акцентом на доминирование собственных интересов, влечет за собой развитие внутреннего конфликта, неблагоприятно сказывающегося на здоровье матери и ее ребенка, что, в данном случае, мы наблюдали, изучая феномен «эгоцентризма» в период беременности.

Целью предложенной нами программы является: преодоление эгоцентрических тенденций и формирование ценности материнства, способствующих стабилизации психологического и соматического состояния беременной женщины.

Задачи программы:

- оптимизация содержания и динамики развития материнской сферы женщины, включая мать и ребенка как членов единой семьи;
- формирование у матери высокой степени включенности в жизнь ребенка, выстраивание коммуникативного взаимодействия уже на этапе беременности;
- осознание идентификации со своим детским «Я»;
- осознание ответственности и необходимых изменений своей жизни;

- интеграция и усиление «Взрослого Я» беременной, его дифференциация от внутренних переносов и деструктивных чувств;
- снятие запретов на выражение собственных чувств, телесных и эмоциональных проявлений;
- воспитание чувства доверия к себе и своему телу;
- осознание личностных смыслов и ценностей материнства.

Предложенная нами программа не является неизменной и должна варьироваться в зависимости от каждой конкретной психокоррекционной ситуации. Работа, направленная на преодоление эгоцентрических установок и формирование ценности материнства, должна способствовать преодолению рассогласования в ценностно-смысловой сфере женщины, принятию ею своего ребенка и материнства в целом, формированию адекватного к ним отношения и, как результат, должна существенно повлиять на протекание беременности и родов, физическое и психологическое состояние матери и ребенка.

Таким образом, материнство – явление, которое начинает свое развитие не в момент рождения ребенка и даже не в момент его зачатия, а гораздо раньше и находит свои корни еще в родительской семье, но проявляет себя, реализует, достраиваясь, именно в период беременности, рождения и последующего развития ребенка. Материнство само по себе является частью личностной сферы женщины и во многом определяется ее ценностно-смысловыми ориентациями, и от того, какое место оно занимает в иерархии личностных ценностей, зависит физическое и психологическое здоровье матери и ее ребенка.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН, ОЖИДАЮЩИХ ПЕРВОГО РЕБЕНКА

Ившина М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

tvasilenko@yandex.ru

Проблеме материнства посвящено множество теоретических и прикладных исследований. Мы считаем актуальным выявление закономерностей смысловых, ценностных компонентов идентичности.

В нашем исследовании мы ставим цель выяснить, каким образом первая беременность влияет на формирование ценности ребенка, его смыслового содержания.

Исследование проводилось на базе областного перинатального центра г. Курска с 2005 по 2011 год.

Важными условиями отбора испытуемых для исследования являются: возраст женщины 22 – 27 лет (как самый оптимальный возраст для рождения ребенка); первый ребенок; семейное положение, в исследовании принимали участие женщины, состоявшие в браке, акушерский анамнез без патологий.

Работа велась индивидуально с каждой женщиной. Непосредственно перед тестированием использовалось структурированное интервью, позволяющее решить следующие задачи: личное знакомство с испытуемым; установление доверительного контакта; информирование испытуемого о целях и задачах исследования, его методах; мотивирование; предоставление беременным женщинам права выбора свободного участия в исследовании. В заключение с каждым испытуемым также проводилось структурированное интервью, направленное на решение следующих задач: выяснение отношения беременной женщины к выполненным заданиям; предоставление предварительных результатов исследования.

Исследование проводилось следующими психодиагностическими методиками: структурированное интервью, тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой для выявления типа переживания беременности, методика Д.А. Леонтьева «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО).

Выборку составили 199 беременных женщин, из которых было сформировано три группы. В первую группу вошли беременные женщины в возрасте 18 – 27 лет, находящиеся на третьем триместре беременности, адекватного типа переживания беременности (n=90). Вторую группу составили беременные женщины в возрасте 18 – 27 лет, находящиеся на третьем триместре беременности, тревожного типа переживания беременности (n=61). Третью группу составили беременные женщины в возрасте 18 – 27 лет, находящиеся на третьем триместре беременности, игнорирующего типа переживания беременности (n=48).



Рис. 1. Распределение относительной частоты встречаемости типов переживания беременности во всей выборке у женщин III триместра беременности, ожидающих первого ребенка

В результате исследования по типам переживания беременности выборка разделилась следующим образом: 45% - это женщины с адекватным типом переживания беременности, 30% - это женщины с тревожным типом переживания беременности, 25% - это женщины с игнорирующим типом переживания беременности. Женщины с адекватным типом переживания беременности (45%) готовы принимать своего ребенка, чувствовать себя, принимать на себя и нести ответственность за новую социальную роль матери. Женщин же с тревожным типом переживания беременности 30%, что

свидетельствует об амбивалентном принятии новой социальной роли матери. И 25% женщин с игнорирующим типом переживания беременности. Данный тип беременных женщин не готовы принимать свою новую социальную роль матери и не готовы устанавливать ранние диадические отношения с малышом в период его вынашивания, не способны чувствовать себя и своего малыша, а следовательно не способны отвечать на потребности малыша в период его внутриутробного развития.

В нашем исследовании мы предположили, что на формирование новой социальной роли – роли матери (т.е. на готовность к материнству) оказывает влияние событийный и смысловой контекст жизненного пути личности.

В результате статистической обработки с уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям смысловой сферы в группе беременных женщин с адекватным, тревожным и игнорирующим типом переживания беременности.

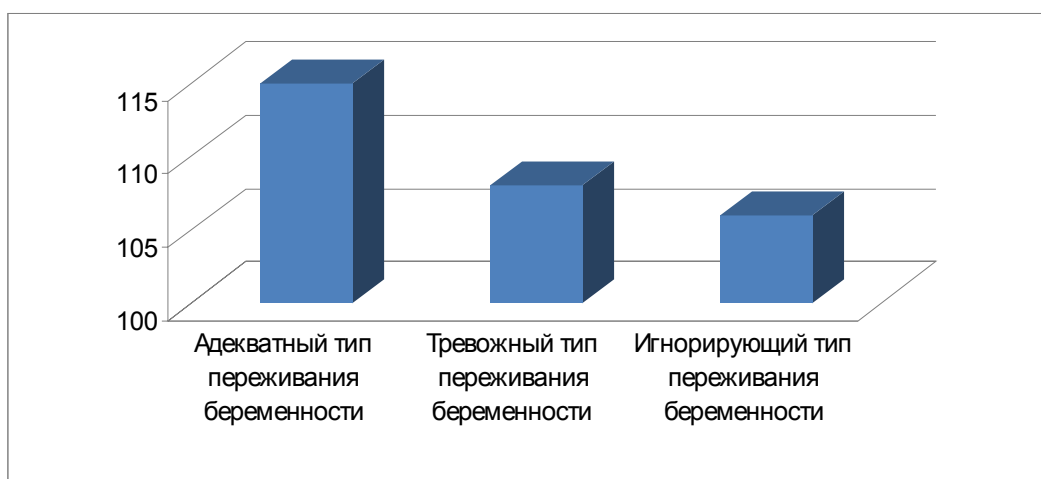


Рис. 2. Уровень осмысленности жизни у беременных женщин с различными типами переживания беременности

Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с адекватным типом переживания беременности общий уровень осмысленности жизни выше, чем у женщин с тревожным и игнорирующими типами переживания беременности. Это характеризует женщин с адекватным типом переживания беременности как женщин, имеющих ценность ребенка, понимающих необходимость установления контакта, отвечающих на потребность ребенка ещё в период внутриутробного развития. Это свидетельствует о возможности принятия новой социальной роли матери у женщин с данным типом переживания беременности. У женщин же с тревожным и игнорирующими типами переживания беременности общий уровень осмысленности ниже, что свидетельствует о страхе и о низкой осмысленности женщиной предстоящего этапа её материнства. Это может свидетельствовать о неготовности принятия новой социальной роли матери.

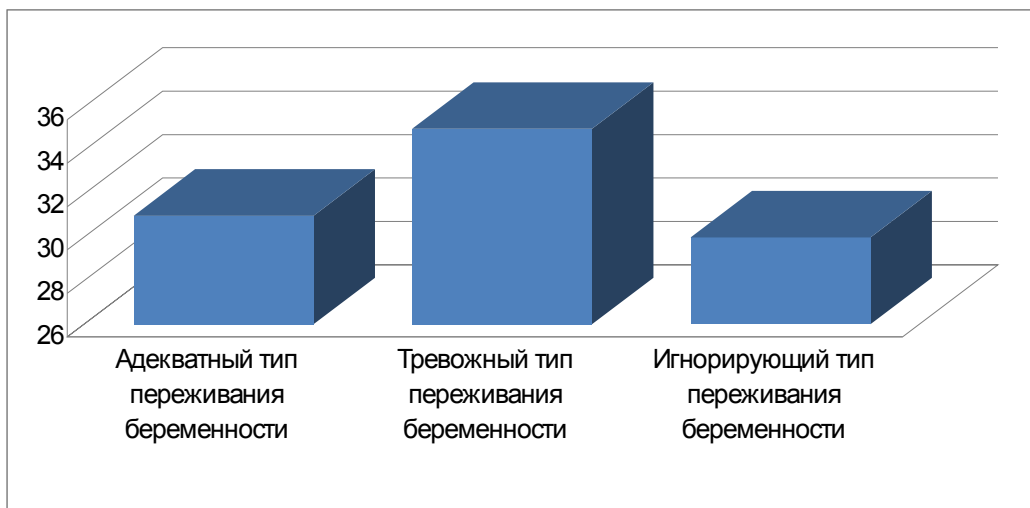


Рис. 3. Уровень локуса контроля-жизнь у беременных женщин с различными типами переживания беременности

Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин адекватного типа переживания беременности менее значим контроль своей жизни, они осмысленно и ценностно подходят к рождению ребенка, но при этом решают множество других задач, которые отвечают их потребностям и потребностям ребенка. Новая роль матери принимается ими с легкостью. У женщин с тревожным типом переживания беременности преобладает убеждение в том, что она самостоятельна, может контролировать свою жизнь, и решения стать матерью принимает свободно и самостоятельно, воплощая это желание в свою жизнь. Новая роль матери в её жизни связана с множеством тревог и опасений. У женщин с игнорирующим типом переживания беременности менее значим контроль своей жизни, они решают множество задач и вопросов, которые связаны с их благополучием, при этом игнорируют факт и ощущения, связанные с рождением ребенка. Новая роль матери не принимается и отвергается данным типом женщин.

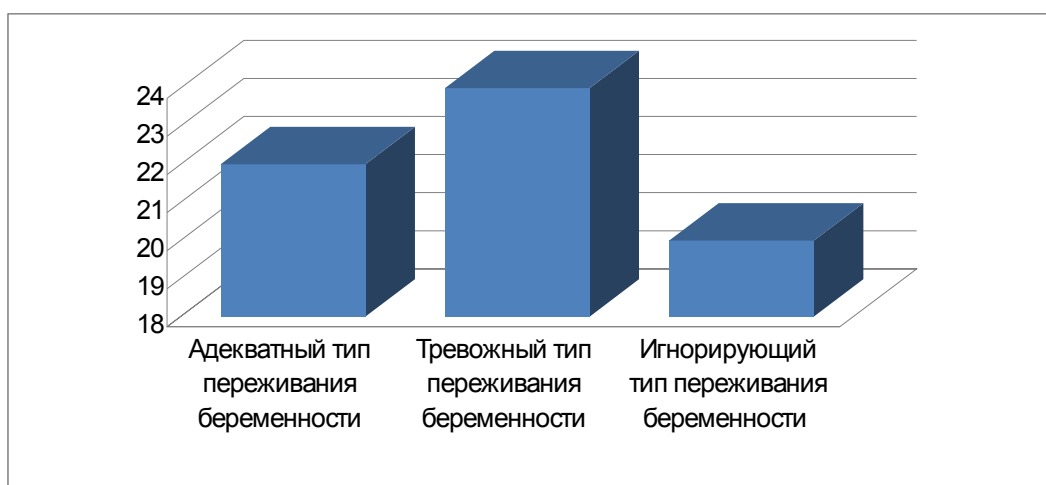


Рис. 4. Уровень локуса контроля-Я у беременных женщин с различными типами переживания беременности

Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины с адекватным типом переживания беременности считают, что они могут контролировать свою жизнь по мере возможности и в жизни контролируются все события не только ей самой, а многими другими внешними социальными факторами. Осознание влияния внешних и внутренних факторов на развитие жизни женщины свидетельствует о готовности принять новую социальную роль – роль матери. Женщины с тревожным типом переживания беременности строят свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле жизни. Цель их жизни - стать матерью, и все свои действия они направляют на то, чтобы достичь этой цели. Женщины с игнорирующим типом переживания беременности считают, что их жизнь не зависит от их контроля от контроля Я, а зависит от внешних факторов. Что говорит о непринятии роли матери.

Выводы:

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод о том, что тип переживания беременности влияет на принятие роли матери.

1. В смысловом компоненте принятия роли матери женщины с адекватным типом переживания беременности живут настоящим, ставят цели, имеющие реальную опору, у этих женщин происходит постепенное формирование принятия роли матери, в их истории жизни множество положительных моментов, а момент настоящего имеет огромную ценность в их жизни, они принимают свою новую социальную ситуацию, роль матери. Процесс контроля своей жизни происходит гармонично и сглаженно, так как помимо рождения ребенка и присвоения новой социальной роли, у них существует множество других жизненных задач. Они осмысленно и ценностно подходят к рождению ребенка, отвечают своим потребностям и потребностям ребенка. Новая роль матери принимается ими с легкостью. У них широкое поле осознания своей деятельности. К значимым событиям жизни относятся следующие этапы жизни: переживание беременности, появление ребенка, встреча спутника жизни. Значимы личные взаимоотношения.

2. У женщины с тревожным типом готовности к материнству преобладает убеждение в том, что она самостоятельна, может контролировать свою жизнь, и решения стать матерью принимает свободно и самостоятельно, воплощая это желание в свою жизнь, новая роль матери в её жизни связана со множеством тревог и опасениями. У неё поле осознания сужается, наиболее значимое событие в жизни женщины приобретает само переживание беременности.

3. У женщин с игнорирующим типом готовности к материнству большое значение приобретают материальные ценности, и поле осознания значительно сужено. А сам факт беременности приобретает негативный характер переживания, а также наблюдается большое количество психологических травм, которые женщина несет в себе на этапе подготовки принятия роли матери.

ПРОБЛЕМА СООТНОШЕНИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЗАДАПТАЦИИ

Калин Н.И.

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

tasha.kalinka@inbox.ru

Понять что такое девиантное (отклоняющееся) поведение, не простая задача. Это сложное явление изучается в разных науках: социологии, правоведении, медицине, психологии. Определение самого термина можно встретить самое разное даже в рамках одной науки. Несмотря на это, в большинстве определений девиантного поведения основными критериями выступают принятые в обществе нормы (социальные нормы) и ожидания (Руденко Л.Д., 2007). В нашей работе мы постараемся представить основные определения и подходы к определению девиантного (отклоняющегося) поведения и соотнести их с проявлениями дезадаптации.

Одно из определений девиантного поведения, данное в свое время Я.И.Гилинским (2007), определяет его как поступок, действие человека (группы лиц), не соответствующие официально установленным или же фактически сложившимся в данном обществе (культуре, субкультуре, группе) нормам и ожиданиям. Причем под «официально установленными» понимаются здесь формальные, правовые нормы, а под фактически сложившимся – нормы морали, обычаи, традиции. В свою очередь, Н.В. Губина (2003) понимает под девиантным поведением любое отклонение от одобряемых обществом социальных норм. Исходя из этого, девиантами можно считать и преступников, и людей, не соблюдающих традиции, и аскетов, и революционеров. Девиантом может считаться даже человек, который не соблюдает групповые нормы, то есть, нормы принятые в той или иной малой группе, например, в классе, в молодёжной группировке, в банде и т.д.

Что касается других авторов, то, к примеру, Ю.А. Клейберг (2006) предлагает такое определение: девиантное поведение – это специфический способ изменения социальных норм и ожиданий посредством демонстрации личностью ценностного отношения к ним. Как видно, при этом девиантные действия выступают уже в качестве средства достижения значимой цели и как способ психологической разрядки, замещения заблокированной потребности и переключения деятельности, и как как самоцель, удовлетворяющая потребность в самореализации и самоутверждении. Исходя из этого, определение Е.В. Змановской (2007) кажется более адекватным, поскольку под отклоняющимся (девиантным) поведением она понимает устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся её социальной дезадаптацией. Данное определение кажется нам достаточно обоснованным, если не учитывать некоторой размытости формулировки, связанной с «наиболее важными соци-

альными нормами». На наш взгляд, социальные нормы не могут быть наиболее или наименее важными, нет критериев для определения данного свойства норм. Здесь мы можем говорить лишь об относительности социальных норм. Действительно, в последующих работах Е.В. Змановской (2010) мы находим ссылки на социальные нормы вообще без выделения наиболее и наименее важных.

Другими словами, помимо собственно терминологического разнообразия самого понятия «девиантного поведения», мы обнаруживаем и область его применения, когда его используют и в отношении поведения конкретного человека (поступок, действие), и в отношении поведения целой группы людей, рассматривая его уже как социальное явление. Таким образом, если социальные нормы являются ориентиром отнесения поведения к девиантному, то необходимо иметь четкое понимание того, что есть социальная норма.

Понятие «социальная норма» является полифункциональным и довольно широко представлено различными определениями этого феномена. Порой кажется, что этих определений столько, сколько авторов занималось данной проблемой. Так, А.А. Ручка (1976) говорит, что «социальные нормы – совокупность требований и ожиданий, которые предъявляет социальная общность (группа, организация, класс, общество) к своим членам с целью осуществления деятельности (поведения) установленного образца». В то же время Я.И. Гишинский (2007) указывает, что социальные нормы конструируются как результат отражения (адекватного или искажённого) в сознании и поступках людей закономерностей функционирования общества. Но всем известно, что в природе, в реальной социальной действительности не существует явлений, видов деятельности, форм поведения «нормальных» или «девиантных» по своей природе, по содержанию. Те или иные виды, формы, образцы поведения «нормальны» или «девиантны» только с точки зрения сложившихся (установленных) социальных норм в данном обществе в данное время («здесь и сейчас»). Не существует ни одного поведенческого акта, который был бы «девиантен» сам по себе, по своему содержанию, независимо от социального контекста.

Таким образом, социальные нормы не являются постоянными и формируются под влиянием общественных изменений. Социальные нормы отличаются не только в разных обществах и в разное время, но и у разных групп в одном и том же обществе и в одно и то же время. Одно и то же поведение в разных группах может восприниматься по-разному, в одной группе определенная форма поведения может считаться отклонением, в другой такое же поведение воспринимается как нормальное. При этом каждый человек одновременно может выполнять различные социальные роли и, соответственно, может быть включен в различные социальные группы. А ведь социальные нормы и ожидания в разных группах могут не просто быть различными, а иногда и прямо противоположными. То, что в одной группе в одно и то же время будет правильным, нормальным, в другой будет восприниматься как отклоняющееся, девиантное поведение. Эта от-

носительность социальной нормы и ожиданий приводит к тому, что и поведение может считаться девиантным тоже относительно. Таким образом, некоторые виды поведения сложно однозначно отнести к нормальному или к отклоняющемуся (девиантному) поведению. Поэтому для того, чтобы оценивать поведение с точки зрения отнесения его в разряд девиации, недостаточно только соотносить его с социальной нормой и ожиданиями. Необходимы и другие специфические признаки. С этих позиций предложение Е.В. Змановской (2010) рассматривать девиантное поведение в рамках медицинской нормы кажется разумным в части, где она же приводит ряд конкретных признаков, специфичных для девиаций:

1. Наличие отклонений от общепринятых или официально установленных социальных норм (т.е. нарушение не любых, а лишь наиболее важных для данного общества в данное время социальных норм).
2. Обязательное присутствие общественного порицания данного явления.
3. Деструктивность поведения (способность его наносить реальный ущерб самой личности или окружающим людям).
4. Стойко повторяющееся поведение (многократное или длительное).
5. Снижение качества жизни и социальная дезадаптация в связи с особенностями поведения.
6. Выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие.
7. Существование такого поведения в связи с реализацией значимых потребностей индивида, приносящее скрытую или явную «выгоду» личности (группе).

В то же время П.Б. Ганнушкин (2000) наличие в поведении человека таких признаков, как склонность к дезадаптации, тотальность и стабильность, склонен рассматривать не как изолированную поведенческую патологию, а как психопатию (расстройство личности). Сравнив признаки девиантного поведения, которые выделяет Е.В. Змановская (2010) и П.Б. Ганнушкин (2000), мы приходим к выводу, что они совпадают по двум позициям: склонности к дезадаптации и стабильности, на счет тотальности вопрос остается открытым, оставляя девиантное поведение в разделе донозологических отклонений. Исходя из этого, девиантное поведение можно рассматривать как отклоняющееся поведение без признаков психической патологии, так и на базе психопатологии в рамках пограничных состояний.

Таким образом, именно определение девиантного поведения, которое дает В.Д. Менделевич (2008), представляется нам более приемлемым. По его мнению, девиантное поведение человека можно определить как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации и уклонении от нравственного и этического контроля над собственным пове-

дением. И это не противоречит мнению Е.В. Змановской, которая указывает на наличие признаков социальной дезадаптации. Ведь даже в рамках педагогического подхода понятие «отклоняющееся поведение» применительно к подросткам часто отождествляется с понятием «дезадаптация» (Егоров А.Ю., Игумнов С.А., 2005).

Действительно, вначале термин «дезадаптация» упоминался именно в трудах детских психиатров и психологов - П.Б. Ганнушкина, В.П. Кащенко, В.В. Ковалёва, А.Е. Личко и др. Довольно часто его можно встретить и у зарубежных авторов - Ф. Александера, Р. Беннедикта, Дж. Долларда, К. Леонгарда, М. Мида, Н. Миллера, Т. Раттера, Г. Френча и др. Однако на данный момент термин «дезадаптация» также интерпретируется неоднозначно, а проблема дезадаптации изучается и в педагогике, и в социологии, и в психологии и во многих других науках.

Мысль о том, что отклоняющееся поведение приводит к неадаптивности наиболее полно раскрывает В.Д. Менделевич (2008): дезадаптация - это состояние сниженной способности (нежелания, неумения) принимать и выполнять требования среды как лично значимые, а также реализовывать свою индивидуальность в конкретных социальных условиях.

Известно, что адаптация человека реализуется на трёх функциональных уровнях: физиологическом, психологическом и социальном. Остановимся на психической адаптации, поскольку механизмы адаптации имеют, прежде всего, психическую природу и, следовательно, психическая адаптация представляется нам наиболее значимым уровнем, который способствует успешной адаптации человека, что также важно учитывать при изучении девиантного поведения (Налчаджян А.А., 2010). Основными характеристиками психической адаптации являются понятия «адаптивности-неадаптивности», которые представлены в учении В.А. Петровского (1992), писавшего о том, что адаптивность-неадаптивность - это тенденции функционирования целеустремленной системы, которые определяются соответствием (несоответствием) между ее целями и достигаемыми в процессе деятельности результатами. Таким образом, согласно В.А.Петровскому, психическая адаптивность выражается в согласовании целей и результатов.

Стоит отметить, что отклоняющееся поведение, как правило, сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации, однако само состояние дезадаптации также может стать самостоятельной причиной отклоняющегося поведения личности.

Кратко рассмотрев основные определения девиантного поведения и дезадаптации, мы приходим к выводу, что в настоящее время в науке существуют некоторые пробелы в изучении данных феноменов: нет единой классификации видов девиантного поведения и нет единого мнения относительно того, является ли дезадаптация причиной девиантного поведения, либо же оно является проявлением отклоняющегося поведения. Практическая значимость изучения данной проблемы связана с непосредственными потребностями современного общества в контроле и предотвращении

формирования девиантного поведения, в особенности, в молодежной, подростковой среде и повышения адаптивности членов общества, что, в свою очередь, приведет к развитию гармоничного, здорового общества.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У МУЖЧИН ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ И ПОЛИПОТОМИИ НОСА

*Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благодравов М.Л., Зализко А.В.,
Стефанова М.В.*

Российский университет дружбы народов, г. Москва

ikastyro@gmail.com

Проблема диагностики и патогенетического лечения боли занимает в настоящее время одно из центральных мест в современной медицине. Такая значимость объясняется тем, что болевой синдром является зачастую ведущим проявлением какого-либо патофизиологического процесса в организме. Накопленные экспериментальные и клинические данные об этиопатогенезе патологической боли позволили группе экспертов на VIII Всемирном конгрессе «Клиника боли» рассматривать боль, как «многомерное ощущение, в восприятии которого участвуют сенсорно-дискриминативная, мотивационно-аффективная и измеряющая интенсивность боли системы» (8th World Congress «The Pain Clinic», Tenerife, Spain, 1998). Таким образом, боль – это многомерный феномен, включающий ноцицепцию, ощущение, переживание боли и болевое поведение (Адашинская Г.А. и др., 2001).

Существует множество шкал субъективной экспресс-диагностики уровня боли (визуально-аналоговая шкала (ВАШ), цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ), вербально-рейтинговая (ВРШ), вербальная шкала-«молния» (ШМ) и др.), вербальные опросники (опросник МакГилла). Одним из новых подходов к решению проблемы оценки состояния пациента для выбора адекватной терапии или дальнейшей направленной диагностики является использование, наряду с расширением вербального описания болевых ощущений, невербального символа – цвета. Цвет является невербальным символом, кодом отношения субъекта к объекту, в том числе и в сфере интрацептивных болевых ощущений. Представления о том, что системы смыслов разных модальностей взаимопроектируемы на структуры субъективного опыта, позволяют сделать предположение о существовании знаковой и смысловой связей между цветом и интрацептивным болевым ощущением. Физиологическим механизмом реализации этой связи может рассматриваться явление синестезии (Адашинская Г.А. и др., 2001).

Методика цветowych выборов Люшера — психологический тест, предложенный доктором Максом Люшером, который полагает, что восприятие цвета объективно и универсально, но цветовые предпочтения являются субъективными. Такое различие позволяет более точно измерить субъективные состояния с помощью цветового теста. В цветовом

тесте М. Люшера не используются чисто красный и чисто синий цвета. Тестовые цвета экспериментально подобраны из 4500 цветовых тонов таким образом, чтобы цвета выражали определенные физиологические и психологические основные функции как можно более сильно и в чистом виде. Значение цветов является универсальным, оно остается неизменным для разных стран, не зависит от возраста, одинаково для мужчин и женщин, образованных и необразованных или «цивилизованных» и «нецивилизованных» (Собчик Л.Н., 2007).

Проведено исследование предпочтения и отвержения цвета в зависимости от интенсивности болевых ощущений и формы болевого синдрома у пациентов с неврогенным, соматогенным, психогенным болевыми синдромами и у здоровых людей. Получены данные по цветовой семантике интрацептивного восприятия боли, семантическая цветовая категоризация представлена в виде шкал предпочтения и отвержения цвета в зависимости от интенсивности боли и формы болевого синдрома, что нашло отражение в различии цветовых выборов в зависимости от интенсивности болевых ощущений. Описан диагностически значимый феномен цветовой перверсии в выборе цвета у пациентов с психогенным болевым синдромом, который выражается в предпочтении при болях высокой и средней интенсивности – желтого, фиолетового, красного цветов, а при отсутствии боли – серого, зеленого цветов (Адашинская Г.А., 2003). Разработан Многомерный вербально-цветовой болевой тест (МВЦБТ), позволяющий осуществлять дифференцированные подходы к изучению боли, разработке эффективных медикаментозных и немедикаментозных методов обезболивания (Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., 2005).

В доступной литературе работ, посвященных оценке острого послеоперационного болевого синдрома в оториноларингологии с помощью Многомерного вербально-цветового болевого теста, нами найдено не было.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие здоровые мужчины с искривлением перегородки носа в возрасте от 19 до 60 лет (25 человек – 1 группа) и 23 мужчины с полипозным риносинуситом в возрасте от 37 до 75 лет (2 группа). Риносептопластика всем пациентам проводилась под местной анестезией 2% раствором лидокаина, а полипотомия носа выполнялась под местной аппликационной анестезией 10% раствором лидокаина. После каждого оперативного вмешательства проводилась передняя тампонада носа марлевыми турундами с антибактериальной мазью «Левомиколь». Тампоны удалялись через двое суток, слизистая оболочка носа обрабатывалась «сложной» мазью с содержанием ментолового масла, дексаметазона, вазелина и др. Также пациенты самостоятельно ежедневно проводили туалет полости носа с помощью физиологического раствора. Послеоперационная аналгезия проводилась «по требованию» с помощью 5 мл 50% раствора анальгина и 1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно. Уровень болевого синдрома оценивался через одни и на третьи су-

тки после операции с помощью вербально-цветового теста – компонента МВЦБТ.

Результаты. В 1 группе через сутки после операции у 48% (12 человек) определился соматогенный вид боли, у 32% (8 человек) – нейрогенный болевой синдром, а у 20% (5 человек) – психогенный. В группе пациентов после полипотомии носа у 43,5% (10 человек) выявлен соматогенный патогенез боли, у 30,4% (7 человек) – психогенный патогенез, у 26,1% (6 человек) – нейрогенный болевой синдром.

На третьи сутки в первой группе соотношение патогенетических вариантов болевого синдрома было следующим: нейрогенный вариант – 40% (10 человек), соматогенный вариант – 44% (11 человек), психогенный вариант – 16% (4 человека). Во второй группе у 2 человек определился нейрогенный тип боли (9%), у 12 человек – соматогенный тип (52%), у 9 человек – психогенный (39%).

Выводы. Среди пациентов обеих групп нельзя выделить преобладание какого-то одного патогенетического механизма формирования острой послеоперационной боли через сутки после хирургического вмешательства. На третьи сутки у пациентов 1 группы можно отметить тенденцию к относительному росту нейрогенной боли, а во 2 группе ярко выражено уменьшение удельного веса нейрогенной боли и увеличение процентного соотношения соматогенного и психогенного болевого синдрома. Также можно сделать вывод о нецелесообразности назначения в целях обезболивающей терапии устаревших препаратов и методики анальгезии «по требованию». В связи с этим необходимо выявлять вид боли с помощью экспресс-метода у пациентов в послеоперационном периоде и назначать в дальнейшем соответствующую патогенетическую терапию (нестероидные противовоспалительные препараты, антибактериальную терапию, антигистаминные средства, антидепрессанты и др.), что обязательно должно соответствовать концепции мультимодальной анальгезии. У мужчин с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом в послеоперационном периоде таким экспресс-методом дифференциальной диагностики патогенетического механизма может служить вербально-цветовая шкала.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

Ковшова О.С.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

O11955ga@yandex.ru

Одной из актуальных проблем современности является проблема повышения эффективности коррекционного процесса у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями и отклонениями в развитии. Психосоциальные факторы, влияющие на процессы адаптации детей к

заболеванию, доказывают необходимость психологической и социальной коррекции семьи на основе дифференциального подхода к личностным особенностям родителей и детей, реконструкции детско-родительских взаимоотношений и гармонизации межличностных отношений между членами семьи.

На основе комплексного анализа психологических и социальных факторов сформирована и внедрена система психокоррекционных мероприятий, направленных на психологическую и социальную адаптацию детей, профилактику эмоциональных нарушений, повышение психолого-педагогической культуры родителей.

Объект исследования: особенности психического и социального развития детей младшего школьного возраста с ДЦП.

Предмет исследования: особенности личности родителя, их установки, детско-родительские отношения и воспитание детей с ДЦП.

Цель исследования: выявить особенности личности родителей и детско-родительские отношения у детей с ДЦП и оказать клинко-психологическую помощь.

В процессе исследования ставились следующие задачи:

- анализ детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями и дефектами развития
- выявление социально-психологических проблем детей-инвалидов с нарушениями развития, особенностей их взаимодействия с родителями
- разработка и внедрение программы «Психолого-педагогического сопровождения детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями и нарушениями развития».
- формирование эмоционально-положительного контакта ребенка с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями и нарушением развития в семье и обществе;
- развитие внимания, восприятия и мышления детей с дефектами развития и детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями и нарушением развития
- гармонизация семейного воспитания, социализация этого контингента детей, их подготовка к самостоятельной жизни в обществе.

Исследование проводилось на базе Государственного учреждения «Детский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Самара в 2010. Обследовано 30 родителей.

Методы исследования родителей, имеющих ребенка-инвалида:

Индекс Жизненного стиля индекс (Life Style Index, LSI); Методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument - PARI); психологический тест СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования личности).

Установлены взаимосвязи между психологическими характеристиками личности родителей, типом детско-родительских отношений и особенностями развития детей с ДЦП корреляционным анализом по методу ранговой корреляции Спирмена.

Анализ личности родителя и особенности детско-родительских отношений доказывает их влияние на психическое развитие и поведение детей-инвалидов. Так, по шкале ипохондрии по методике СМОЛ имеет значимую обратную корреляцию со шкалой «отношение к матери» ($R_s = -0,635$, при $p \leq 0,05$), а также отрицательную значимую корреляцию с уровнем развития аналитико-синтетической способности мышления ребенка ($R_s = -0,716$, при $p \leq 0,05$). Вероятно, погруженность матери в собственные проблемы, связанные со здоровьем, препятствуют формированию эмоционально-доверительных отношений с ребенком и его нормальному интеллектуальному развитию.

Собственное психическое неблагополучие матери препятствует полноценному выполнению родительских обязанностей по отношению к ребенку и, как результат, его нормальному интеллектуальному развитию. Депрессия у матери имеет отрицательную значимую корреляцию с уровнем развития аналитико-синтетической способностью мышления ребенка ($R_s = 0,690$, при $p \leq 0,05$).

Психическая защита по типу «отрицание» у матери проблем, связанных со здоровьем ребенка, сопровождается отсутствием оказания ему помощи в установлении межличностных контактов со сверстниками, что подтверждается значимой отрицательной корреляцией со шкалой «отношение к друзьям» ($R_s = -0,875$, при $p \leq 0,05$).

«Детское» поведение матери - защита по типу «регрессии» не способствует формированию авторитета родителя, доверия к нему - отрицательная значимая корреляция по отношению к старшим ($R_s = -0,644$, при $p \leq 0,05$).

Анализ детско-родительских отношений выявил:

По шкале «Предоставление ребенку возможности высказаться» имеет значимую обратную корреляцию с количеством конфликтов в сфере общения ($R_s = -0,719$, при $p \leq 0,05$), можно предположить, что свобода общения, предоставляемая ребенку дома, положительно влияет на его коммуникативную активность вне дома.

Вероятно, это связано с тем, что ограничение самостоятельности ребенка родителями, диагностируемое по шкале «Оберегание ребенка от трудностей», приводит к феномену «выученной беспомощности» и к безынициативности, что выявляется значимой положительной корреляцией с количеством конфликтов по шкале «любопытность» ($R_s = -0,679$, при $p \leq 0,05$).

По шкале «"Жертвенность" родителей» имеет прямую значимую корреляцию с количеством конфликтов в сфере отношений к родителям ($R_s = 0,705$, при $p \leq 0,05$). Демонстрация родителями отказа от собственных интересов ради больного ребенка способствует формированию чувства вины перед родителями и росту конфликтов в данной сфере.

По шкале «Власть матери» имеет прямую положительную корреляцию со шкалой отношения к прародителям ($R_s = 0,769$, при $p \leq 0,05$). Преобладание строгости и агрессивности по отношению к ребенку в воспита-

тельном воздействии матери приводит к эмоциональной близости ребенка к прародителям.

По шкале строгости родителей имеет прямую значимую корреляцию с показателем доминантности ($R_s = 0,23$, при $p \leq 0,05$). Мы полагаем, что доминантность возникает как компенсаторная реакция при подавлении активности ребенка дома.

Таким образом, появление в семье больного ребенка или ребенка с нарушением развития приводит семью в замешательство, родителям приходится привыкать к новой жизни.

Длительный опыт работы с детьми с церебральным параличом показал важность совместных усилий психолога и родителей по преодолению и коррекции двигательных и психических нарушений. Данными современной медицины доказана необходимость как можно более раннего начала лечебно-воспитательных мероприятий для детей с церебральным параличом, потому что именно в первые годы жизни мозг ребенка развивается наиболее интенсивно. Кроме того, на ранних этапах развития детей за счет автоматизации двигательных и речевых функций формируются двигательные и речевые стереотипы. Для правильного их формирования необходимо тесное взаимодействие специалистов и родителей (Эриксон Э., 1995).

Эмоциональные пертурбации в семье отражаются, прежде всего, на взаимоотношениях супругов, появление больного ребенка усиливает и проявляет скрытый внутренний конфликт: неизбежны взаимные обвинения в рождении больного ребенка, отношения становятся все более напряженными, и часто достаточно одного неосторожного слова родственников или врача, чтобы семья распалась (Алёшина Ю.И., 1993).

Подобная безысходная ситуация складывается в семье с детьми-инвалидами, в частности с тяжелыми формами ДЦП. В таких случаях муж старается реже бывать дома, избегает общения с ребенком, тогда как жена сильно привязывается к больному ребенку, часто в ущерб остальным детям и супругу. Муж, лишенный внимания жены, может почувствовать ненависть к ребенку, на котором оно сконцентрировалось, - и даже может покинуть дом, чтобы найти утешение на стороне (Шипицына Л.М., Мамайчук И.И., 2004).

Возможен и другой сценарий развития взаимоотношений – отец целиком поддерживает стремление матери заниматься прежде всего ребенком и не тревожит ее своими эмоциональными претензиями. В результате происходит формирование культа ребенка при дегенерации самого брака. Такие отношения могут длиться бесконечно долго и распасться практически мгновенно (Акатов Л.И., 2004).

Усилия специалистов в этот период должны быть направлены не только на диагностику и лечение больного ребенка, но и на психологическую и социальную помощь семье с целью принятия сложившейся ситуации такой, какая она есть, с ориентацией родителей на активную помощь малышу. Поэтому семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии, нуж-

даются в постоянной психологической помощи и поддержке (Ярская-Смирнова Е.Р., 2004).

Таким образом, все семьи, воспитывающие детей-инвалидов, характеризуются определенными признаками:

- родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка;

- личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей, и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность; семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются; социальный статус семьи снижается — возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; родители стараются скрыть факт нарушения психического и физического развития у ребенка от друзей и знакомых, соответственно круг внесемейного функционирования сужается; особый психологический конфликт возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка; в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, роли, как правило, изменены. Интересы семьи сосредоточены на инвалиде. Мать, занятая его воспитанием, зачастую становится формальным лидером. В то же время сам особый ребенок обладает значительно меньшей свободой и социальной значимостью, чем обычные дети.

Целью нашей программы было психолого-педагогическое сопровождение и повышение психическо-социальной адаптации семьи, имеющей детей с ДЦП. Применялась психокоррекционная программа с использованием когнитивно-поведенческой психокоррекции. Для когнитивно-поведенческой психотерапии характерно глубокое уважение к пациенту и вера в его возможность быть полноценным и равноправным партнером в психотерапевтическом процессе. Родители и дети получали полную информацию о представлениях и методах, лежащих в основе психотерапевтического процесса. С ними же совместно формулировались цели и задачи предстоящей работы, в соответствии с которыми структурировались последующие терапевтические сеансы. Сеансы проводились 1-2 раза в неделю. После завершения всего курса психокоррекции проводился «поддерживающий» режим более редких встреч. Основные направления работы: психокоррекция семейных отношений; психокоррекция эмоционального состояния в болезни; обучение эмоциональному отреагированию негативных переживаний; обучение продуктивным стратегиям совладания со стрессом; психокоррекция социального взаимодействия; помощь в профессиональном ориентировании. В задачи программы психокоррекции входило: формирование базового доверия к миру; обучение навыкам нервно-мышечной релаксации; обучение эмоциональной экспрессии; формирование уверенности в себе, повышение самооценки; формирование образа-Я; обучение навыкам адаптивного социального взаимодействия; повышение стрессо-

устойчивости, обучение продуктивным стратегиям совладания со стрессом; профессиональное ориентирование; психокоррекция семейных отношений; адаптация образовательной среды. Как и многие другие виды психокоррекции, когнитивно-поведенческая психокоррекция имеет свои разновидности. В нашей работе мы использовали следующие методические приемы: 1. Когнитивная терапия. Давались примеры позитивных умозаключений, которые можно использовать на практике до полной замены старого стереотипа «неудачника» на образ успешного человека. 2. Терапия методом скрытого моделирования. Пациенты используют техники релаксации, что позволяет им избавиться от чувства тревоги и снизить действие стрессобразующих факторов. Данный метод применим при лечении страхов и неуверенности человека в собственных силах. 3. Рационально-эмотивная терапия - умение принимать реалистичные и адекватные мысли, что ограждает человека от лишних стрессов, он перестанет быть зависимым от своих фантазий. 4. Терапия методами решения проблем. При применении данного вида терапии пациенты сами контролируют процесс сопоставления средств решения и предполагаемых результатов, а также обучаются способности самостоятельной оценки собственного поведения.

Таким образом, семьи, имеющие детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и проблемами развития, такими как ДЦП, нуждаются в организации специальных условий обучения и воспитания, включающих психокоррекционные и коррекционно-развивающие занятия. Отличительной чертой и важным преимуществом когнитивно-поведенческой психокоррекции явилось развитие навыков саморегуляции у детей с ДЦП и их родителей, пациенты обучились целому ряду приемов, позволяющих им самостоятельно справляться с вновь возникающими негативными переживаниями и жизненными проблемами.

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАК СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Коломиец В.М.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

vlacom@mail.ru

В настоящее время проблему депрессии рассматривают специалисты различных специальностей, не только психиатры и врачи терапевтического профиля. Ведь депрессия как психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным аффектом в виде подавленного настроения с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего, может возникать при любом заболевании как сложной жизненной ситуации. Наряду с угнетенностью депрессия включает вялость, пассивность, торможение двигательных и мыслительных процессов со снижением побуждений к деятель-

ности или тревожным возбуждением и соматовегетативными дисфункциями.

Распространенность депрессивных расстройств неуклонно растет. Так, по данным ВОЗ, к 2020 г. они займут второе место как причина нетрудоспособности после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Совершенно очевидно, что психиатры не смогут справиться с таким потоком больных. Течение соматического заболевания при депрессии ухудшается, что повышает частоту обращений за медицинской, и не только специализированной помощью. Отсюда, согласно позиции ВОЗ, ключевая роль в диагностике и лечении депрессии, должна принадлежать врачам общемедицинского профиля и до 80% антидепрессантов в мире назначают именно врачи общесоматических специальностей.

В России по результатам исследований терапевтами, кардиологами и неврологами (программа КОМПАС - Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) в 2002 году 10 541 пациентов из 31 города России выяснилось, что почти 50% пациентов на приеме у врача общесоматического профиля необходимо обследовать на наличие депрессивного расстройства, при этом каждый четвертый больной, посещающий терапевта, кардиолога и невролога по поводу соматического заболевания, нуждается в назначении антидепрессанта. Депрессивное расстройство оказывается четвертым по распространенности диагнозом на приеме у врача общесоматического профиля и уступает только артериальной гипертонии, ИБС и остеохондрозу позвоночника. Как факторы риска депрессивного расстройства программа КОМПАС позволила рассматривать следующие факторы:

- низкая оценка самочувствия пациента
- наличие психотравмирующих ситуаций за последний год
- предшествующее лечение успокаивающими растительными препаратами (валериана, зверобой), транквилизаторами и антидепрессантами
- женский пол
- одинокое семейное положение (разведены, вдовы)
- безработица
- низкий доход, пожилой возраст
- частые посещения поликлиники, госпитализации
- диагнозы «нейроциркуляторная дистония», «хроническая обструктивная болезнь легких», «язвенная болезнь желудка»

Авторами исследований КОМПАС предлагалась лечебная тактика в зависимости от тяжести основного заболевания и выраженности депрессии, представленная схематично на рисунке.

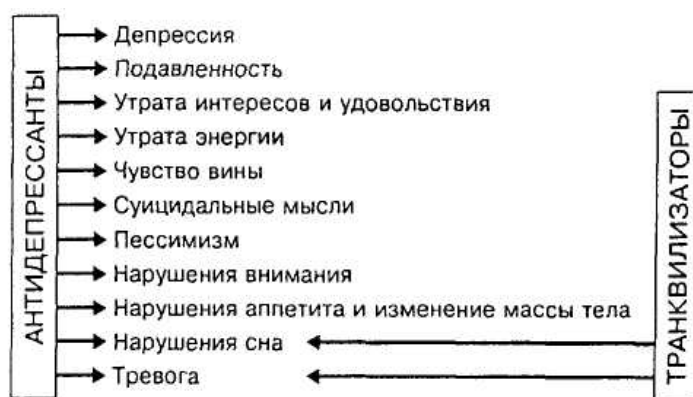


Рис. Необходимость в лечении депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями

Для лечения депрессии 1189 пациентов прошли 6-недельный курс лечения, в том числе 703 больных принимали коаксил в дозе 3 таблетки (37,5 мг) в день. Использование коаксила в схеме лечения позволило достичь значительного улучшения у 78% больных не только психического состояния, но и течения основного терапевтического заболевания.

Распространенность туберкулеза продолжает оставаться на высоком уровне, и даже в условиях реализации Федеральной целевой программы (ФЦП) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007 - 2012», в т.ч. подпрограммы «Туберкулез» удалось лишь стабилизировать эпидемическую ситуацию. Уровень пораженности недопустимо высок – при заболеваемости в стране 77,4 сравнительно со странами ЕС – 8,2 на 100.000. Если анализировать факты, обуславливающие развитие депрессии при общесоматических заболеваниях, к которым относится и туберкулез, то очевиден вывод о возможности развития депрессии у больных туберкулезом. Тем более, что до 50% из них являются социально дезадаптированными лицами (СДЛ). Нами проведены исследования больных туберкулезом различными клиническими формами и давности заболевания.

ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ КАК СПОСОБ ИЗОБРАЖЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ТВОРЧЕСТВЕ Н.В. ГОГОЛЯ

Коржова Е.Ю.

Российский государственный педагогический университет

им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург

korjova@gmail.com

В целенаправленной реконструкции способа изображения личности персонажа Гоголя исходя из замысла самого писателя будет справедливо отдать первенство выдающемуся киевскому психиатру и психологу И.А. Сикорскому. В своей речи в Университете св. Владимира в 110-летие Гоголя о психологическом направлении художественного творчества Го-

голя (1911) И.А. Сикорский обращает внимание на важные для характеристики персонажа природную предрасположенность, жизненные обстоятельства и направленность личности: «...исследуя человека, художник всякий раз задает себе три вопроса: 1) каким человек вышел из рук природы, 2) каким он затем стал, 3) что именно сделало его таким» (с. 5). Но этим Гоголь не ограничивается. Он раскрывает 4) сущность нравственной порчи и 5) средство исцеления, испытанное на самом себе. Используя врачебную терминологию, И.А. Сикорский пишет о том, что Гоголь раскрывает патологию, диагностику и терапию нравственного зла (особенно в «Мертвых душах»); он дает прогноз, а также предлагает лекарство от изображаемого нравственного зла. У Гоголя даже Чичиков и Плюшкин должны были исправиться. По мнению И.А. Сикорского, никто из писателей так далеко не пошел: «В этом состоял всеобъемлющий, единственный в своем роде, художественный проект и план, охватывающий разом и художественные, и нравственные цели, и теоретические, и нравственные задачи» (Там же).

Ниже представлены предлагаемые нами, с учетом особенностей творческого метода Гоголя и изображения им своих персонажей в разное время, на разных этапах творчества, ряд характеристик, с помощью которых можно дать психологическое описание личности персонажей. В зависимости от стадии творчества эти параметры выступают как более или менее значимые, вплоть до отсутствия некоторых из них.

Поверхностный, видимый, «слой» личности (поведение и внешность, «опредмечивание» личности в предметах и явлениях внешнего мира, грехи).

Этот показатель важен для понимания личности персонажа на протяжении всего творческого пути Гоголя. Часто «видимый слой» выступает в качестве символа, «сжато» характеризующего внутренний мир в единстве с внешними параметрами, что особенно характерно для этапа творческого цикла «Вечеров на хуторе близ Диканьки», личность в котором выступает как слитное субъект-объектное единение. Наиболее широко и сознательно этот прием в полной мере Гоголь использовал в «Мертвых душах». По замечанию И.А. Сикорского, при описании душевных качеств для Гоголя обязательно изображение внешних признаков («антропологические особенности субъекта»), включая внешность, физиогномику индивидуальности, расовые признаки. В.А. Летин (1999) называет два способа намеренной «дегуманизации» Гоголем персонажей: развернутое сравнение (сближение человека с миром вещей) и «опредмечивание» временной жизни персонажа (отождествление человеческого образа и пространства). Например, в «Женитьбе» Агафья Тихоновна вписывается между объектами недвижимости своего приданого (дом на Московской стороне и огород на Выборгской) и воспринимается как набор предметов.

Роль внешних обстоятельств в формировании личности (напр., должность в «Ревизоре», помещичья жизнь в «Мертвых душах»).

«Фон» становления личности во многом характеризует и ее саму, тесно с ним связанную. В качестве такого «фона» могут выступать условия воспитания и обучения, влияние окружающих людей и взаимодействие с ними, род занятий, повседневные жизненные события, сливающиеся в единый ряд. В святоотеческом учении есть понятие «Божий Промысел» — «непрекращающееся, непрерывно продолжающееся и в самых разнообразных видах открывающееся действие Божие в отношении созданному миру, имеющее целью сохранение его и приведение к предназначенной цели» (Шиманский Г.И., 2006). Гоголь писал матери М.И. Гоголь 4.06.1842 г.: «Не унывайте и вы и будьте всегда светлы душой. Помните, что все, что ни посылается, посылается от Бога и для нашего же счастья» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 67).

Роль внешних обстоятельств в проявлении внутреннего содержания (жизненное событие как проявитель внутреннего мира, необходимость поступка, испытание, когда требуется осуществить выбор).

Неожиданное событие, резко меняющее привычный ход жизни, Гоголь искусно ставит в центр повествования, что позволяет рассмотреть влияние одного и того же события на разных по организации внутреннего мира персонажей. Молодой Гоголь во время работы над комедией «Владимир III степени» в конце 1832 — начале 1833 года писал (отрывок «Комедия. Материалы общие»):

«Старое правило: уже хочет достигнуть, схватить рукою, как вдруг помешательство и отдаление желанно<го> предмета на огромное расстояние. Как игра в накидку и вооб<ще> азартная игра.

Внезапное или неожиданное открытие, дающее вдруг всему делу новый оборот или озарившее его новым светом» (Полн. собр. соч., т. 9, с. 18-19). Комментаторы собрания сочинений Гоголя В.А. Воропаев, И.А. Виноградов (1994) обращают внимание на то, что это правило положено в основу ряда произведений: «Владимира» (чиновник вот-вот получит орден, да что-то и помешает; последняя неудача сводит его с ума), «Вечера накануне Ивана Купала» (сундук уходит в землю, как только Петро хочет достать его), «Мертвые души» (предприятия Чичикова один за другим срываются) и др.

В святоотеческом наследии трудные жизненные события рассматриваются как важное условие духовной жизни. По учению св. Исаака Сирина, под видом неприятностей уготовано премудростью Божией промышление Божие о нем, в соответствии с его внутренним устройением. Действительной причиной событий являются собственные «сокровенные язвы»: «<Человек> немощный не видит перст <Божий>, действующий через эти обстоятельства, но негодует, досадует и огорчается внешними событиями» (1992, с. 264). Однако призыв Бога человек нередко не слышит: «... он часто и радостные, и печальные события своей жизни приписывает случаю, а упреки совести, сотрясения души, неопределенный страх перед неизвестным будущим, готов приписать своему малодушию, расстроенному воображению и проч. Поэтому требуются часто другого рода вещания, вещания

сильные, ясные» (Епископ Варнава (Беляев), 2005, с. 393). Преп. Амвросий Оптинский говорил, что нам посылаются скорби, для того «чтобы мы осмотрелись и обратили душевный взор свой к приобретению благ не временных, а вечных, которые прочны и никогда не изменяемы» (1997, с. 101). Подобным образом, по Гоголю, «страданиями и горем определено нам добывать крупички мудрости, не приобретаемой в книгах» (8, 282). О значении жизненных трудностей Гоголь неоднократно писал в письмах, свидетельствующих о его понимании смысла событий, близком к свято-отеческому: М.П. Погодину, май 1836 г., Санкт-Петербург: «Все, что ни делалось со мною, все было спасительно для меня. Все оскорбления, все неприятности посылались мне высоким провидением на мое воспитание. И ныне я чувствую, что не земная воля направляет путь мой. Он, верно, необходим для меня» (Полн. собр. соч., т. 11, с. 46). А.А. Иванову, август 1842 г., Гастейн: «Не беспокойтесь ни о чем, и Боже вас сохрани предаться какому-нибудь унынию. В жизни нашей много бед, но все они даются нам как временное испытание, и верьте, что мы никогда не можем знать вначале, какое благодетельное следствие принесет нам то, что нам казалось жестоким несчастием» (Полн. собр. соч., т.12, с.99). М.И. Гоголь, август 1842 г., Гастейн: «... если вы услышите, что где-нибудь страждет благородный душою человек, терпит горе жизни и готов предаться отчаянию, то спешите к нему первые ему на помощь. Скажите ему прежде всего: он должен благословить свою бедность и несчастья. Они становятся человека ближе к Богу; они доставляют ему случай совершить те подвиги добродетели, которые редко доводится совершить человеку, ибо среди бедности, среди угнетений стать твердо, не упасть и совершить благородный подвиг несравненно выше, чем совершит такой же подвиг среди богатства и довольства» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 101).

М.С. Щепкину, декабрь 1842 г., Рим: «... благодарите Бога за всяки препятствия. Они необыкновенному человеку необходимы: вот тебе бревно под ноги – прыгай! А не то подумают, что у тебя куриный шаг и не могут вовсе растопыриться ноги!» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 131). М.В. Гоголь во второй половине марта — апреле 1843, Рим: «Несчастья суть крылья наши и приближают нас ближе к цели» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 168). М.П. Погодину, ноябрь 1843 г., Дюссельдорф: «Все события, особенно неожиданные и чрезвычайные, суть Божьи слова к нам. Их нужно вопрошать до тех пор, пока не допросишься: что они значат, чего ими требуется от нас? без этого никогда не сделаемся мы лучшими и совершеннее» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 229-230). М.П. Погодину 20.12.1844, Франкфурт: «Несчастья суть великие знаки Божией любви. Они ниспосылаются для перелома жизни в человеке, который без них был бы невозможен; ибо природа наша жестка и ей трудно без великого душевного умягченья преобразоваться и принять форму лучшую. И потому после всякого счастья мы должны строже, чем когда-либо прежде, взглянуть на самих себя» (Полн. собр. соч., т.12, с. 400-401). Литературные критики, писавшие о Гоголе, подмечали ключевую роль в описании героев «мотива испытания» (Кри-

вонос В.Ш., 1994), «мотива потрясения» (Шульц С.А., 1994), экстремальных «романных ситуаций» (Бойко М.Н., 2005).

Жизненное событие как поворотный этап жизненного пути, значительное жизненное изменение, неизменно привлекало к себе внимание психологов и писателей, поскольку выступало в качестве «проявителя» внутреннего мира. В психологии имеются традиции изучения жизненного события как элемента, единицы анализа жизненного пути и психологического времени личности как осмысления своей жизни, анализа событий недавнего прошлого в аспекте их стрессогенности и др.

Более глубокое проявление внутреннего мира (механизм, организации личности, источник и принцип, страсти как устойчивые (привычные) наклонности).

Внешние обстоятельства-события выступают в роли своеобразной пробы внутренней «крепости» личности, душевные движения которой рассматриваются, как правило, в случае более сложной внутренней организации (более сложной личности). В заметках, набросках на отдельных листах Гоголя встречается следующая запись: «Одно только здесь ясно, что крест дан. Тем, кто дает одно благо, благо в разных видах, или в виде ясного, понятного нам счастья, или в виде тяжкого, непостижимого для нас страдания. В таком убеждении великая сила; но и эту силу мы получаем от Бога» (Полн. собр. соч., т. 6, с. 383). В трудной, проблемной для личности ситуации в первую очередь проявляется ее внутренняя активность (субъектность): осмысление своей жизни и выбор стратегий поведения – поступка (Коржова Е.Ю., 2006). Трудная ситуация побуждает к нравственному выбору, характеризуя личность и с этой важной стороны. Как указывает В.Ш. Кривонос (1994), испытание у Гоголя не является чисто сюжетной функцией, а провоцирует событие экзистенциального кризиса. В.Ш. Кривонос видит связь мотива испытания с архетипической схемой инициации (начиная с «Петербургских повестей»). Герой обретает возможность стать личностью с живой душой. Но он, как правило, эту возможность не использует, всего лишь меняя маску. Их жизнь протекает как серия ошибок и поправок, личность хиреет и понижается. Только крупная ошибка приводит к исправлению, т.к. человек видит последствия.

События могут казаться либо заданными извне, или самостоятельно спровоцированными, на что обратил внимание М.Н. Бойко: «Если в “Носе” и “Шинели” героев выбивает из колеи некое происшествие, то в “Записках сумасшедшего”, в “Коляске”, в “Ревизоре”, в “Женитьбе” и в “Мертвых душах” герои скорее сами провоцируют происшествия» (2005, с. 323). Тем не менее во всех случаях события тесно связаны с личностью персонажей. Внешняя реальность как бы идет навстречу: «Случайности, часто не отличимые от закономерностей и образующие вполне романное стечение обстоятельств, словно подталкивают героев к реализации их судьбы, которая неотделима от их душевного склада, темперамента, иерархии ценностей» (Там же, с. 278). Например, богатырская натура Тараса Бульбы жаждет войны, чтобы развернуться, — и она оказывается необходимой. «Мотив

потрясения» является залогом преображения персонажа для позднего Гоголя (Шульц С.А., 1994). Так, в повести «Портрет» потрясение от создания портрета ростовщика, несущего зло, ведет художника в монастырскую обитель, к очищению души и просветлению творчества.

Возможности духовного преображения (доступность видения духовного мира (читателю), проблески духовной жизни в прошлом и настоящем, грядущие события, реминисценции святоотеческой литературы в характеристике персонажа).

На каждом новом этапе творчества Гоголь все в большей мере обращает внимание на духовное развитие личности, видя в нем главный стержень личностного бытия. От искажений образа Божия в человеке вплоть до такой степени, когда его вообще не видно (личность-«персона» (маска) в драматургии Гоголя), писатель переходит к изображению элементов духовной жизни, свидетельствующих о том, что душа еще жива («Мертвые души», том 1) и к поиску путей духовного преображения («Мертвые души», том 2; еще в большей степени духовная проза). Размышления Гоголя на эту тему находят отражение в его письмах, например, В.А. Перовскому 20.04.1844, Франкфурт: «Как бы ни был бесчувствен человек, как бы ни усыплена была его природа, в две минуты может совершиться его пробуждение. Нельзя даже ручаться в том, чтобы развратнейший, презреннейший и порочнейший из нас не сделался лучшее и святее всех нас, хотя бы пробуждение случилось с ним за несколько дней до смерти» (Полн. собр. соч., т. 12, с. 292). При всей испорченности, нелепости, несовершенстве героев «Гоголь готов признать за ними некие проблески глубоких залежей духовности» (Бойко В.Н., 2005, с. 340). Стремление Гоголя воплотить в творчестве мечты «о возможности духовного перерождения самых пустых, огрубевших, духовно одичавших душ» В.В. Зеньковский назвал религиозной романтикой и верным чутьем к теме свободы личности и ее преображения.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

*Косенко В.Г., Косенко Н.А., Солоненко А.В., Есина Ю.В.,
Скорябкина В.В., Лихтина Е.Б., Гридина Ю.В., Пфаненштиль Э.А.*
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар
inbox_skpb1@mail.ru

Одним из самых значимых направлений психосоциального вмешательства на ранних стадиях возникновения расстройств шизофренического спектра является психологическая помощь членам семьи заболевшего, для большей эффективности которой необходимо понимание особенностей межличностных интеракций в семьях таких пациентов.

С целью описания эмоционального климата в семье иногда используется понятие «эмоциональной экспрессивности» или "expressed emotion", которое может измеряться с помощью 1-2-часового полуструктурированного индивидуального интервью (Camberwell Family Interview) референтного родителя (родственника). Высокие показатели эмоциональной экспрессивности имеют место в случае, если родитель проявляет по отношению к больному значительный уровень критичности и враждебности и обнаруживает чрезвычайную эмоциональную вовлечённость в его жизнь, а также недостаток положительных (одобрительных) высказываний в его адрес.

Большинство авторов склонно считать высокий уровень эмоциональной экспрессии в семье больного фактором повышенного риска рецидива, однако роль этого фактора оценивается по-разному: одни считают важным для возникновения рецидива весь комплекс экспрессивных эмоций, другие исследователи – лишь компонент враждебности, входящий в этот комплекс, а третьи - не находили достоверного влияния этого фактора на частоту рецидивов. Другими словами, имеющаяся корреляция между частотой рецидивирования и уровнем экспрессивных эмоций в семье не означает, что высокий уровень этого влияния является единственной причиной рецидива шизофрении. В исследовании L.P. Kohn-Wood и M.N. Wilson (2005) показана корреляция таких внутрисемейных факторов, как уровень экспрессивных эмоций и семейная нагрузка с социальным функционированием пациентов в межгоспитальном периоде.

При оценке отношений пациента с членами семьи обычно исследуются его отношения с так называемым референтным (или ключевым) родственником, то есть таким членом семьи, который наиболее активно взаимодействует с больным и принимает участие в процессе его лечения в отделении (чаще – родители, дети, супруги). Все возможные характеристики внутрисемейных отношений обычно отражены в функционировании подсистемы больной – референтный родственник, которая чаще формируется с одним из членов семьи. С одной стороны, оценка поведенческого контроля, эмоциональной дистанции, отношения семьи с социальным окружением и ожиданий от пациента со стороны родственников носит субъективный характер, но, с другой стороны, обладает следующими несомненными преимуществами: во-первых, она достаточно доступна в течение интервью даже специалистам, не имеющим большого опыта семейной диагностики-терапии, а во-вторых, в значительной степени отражает основные общепринятые характеристики функционирования семьи (иерархия, сплочённость и внешние границы).

Однако оригинальная методика Кембервильского интервью отличается своей трудоёмкостью. Так, например, уровень чрезмерных (экспрессивных) эмоций в семье оценивается по аудиозаписи внутрисемейного общения. В связи с чем основные характеристики внутрисемейных отношений целесообразнее исследовать при помощи адаптированного варианта Кембервильской шкалы - опросника для

определения уровня эмоциональной экспрессивности "Level of expressed emotion questionnaire", содержащего 38 вопросов, направленных на определение характера отношений кого-то из наиболее значимых родственников к пациенту, валидному, в том числе, и для исследования семей больных шизофренией. О валидности опросника также свидетельствуют исследования С. Gerlsma с соавт. (1992) и W. Hale с соавт. (2007).

Целью исследования явилось определение уровня экспрессивных эмоций в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом, а также проведение сравнительного анализа по данному критерию с семьями пациентов с невротической симптоматикой и с «нормальными» семьями, где никто из членов ранее не получал лечебно-консультативной помощи у психиатра.

Для реализации цели было проведено исследование двух групп: 32 пациентов (17 – женщин, 15 – мужчин) с первым психотическим эпизодом (исследуемая группа) и 29 пациентов (19 – женщин, 10 - мужчин) с невротическими расстройствами (контрольная группа № 1), которые проходили стационарное лечение в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» департамента здравоохранения Краснодарского края в 2011 году. Также были исследованы межличностные отношения в 21 семье интернов и ординаторов (18-женщин, 3 – мужчин), которые составили контрольную группу № 2. Исследуемую группу составили пациенты с диагнозами: острое полиморфное психотическое расстройство - F 23, шизофрения – F 20 (срок наблюдения до 5 лет) и шизотипическое расстройство - F 21.

Для определения уровня экспрессивных эмоций использовался опросник «Level of expressed emotion questionnaire» (опросник для определения уровня эмоциональной экспрессивности), содержащий 38 вопросов, переведенный на русский язык и адаптированный для цели исследования. Опросник включает четыре показателя (подшкалы) эмоциональной экспрессивности: уровень эмоциональной поддержки, сверхвключённость – гиперопека, раздражительность и критические комментарии. Каждый вопрос испытуемым оценивается в баллах, а затем по общей сумме баллов определяется уровень эмоциональной экспрессивности в отношении конкретного референтного родственника к больному.

Результаты исследования приведены в таблице.

**Сравнительный анализ уровня экспрессивных эмоций в семьях
респондентов исследуемой и контрольных групп
(баллы, среднее значение)**

Субшкала	исследуемая (32 человека)	контрольная № 1 (29 человек)	контрольная № 2 (21 человек)
Уровень эмоциональной поддержки	26,7	36,1	44,2
Гиперопека	26,9	20,6	14,3
Уровень раздражительности	17,5	15,8	11,7
Критическое замечание	8,8	4,4	3,9

Как следует из таблицы уровень эмоциональной поддержки (в баллах) среди респондентов исследуемой группы был ниже, чем в обеих контрольных группах: 26,7, против 36,1 и 44,2 соответственно. Тогда как анализ средних значений по остальным трём субшкалам уровня эмоциональной экспрессивности выявил противоположную тенденцию. По субшкалам «Гиперопека» и «Уровень раздражительности» средние значения были выше в исследуемой группе: 26,9, против 20,6 и 14,3, и 17,5 против 15,8 и 11,7 соответственно. Уровень же критических замечаний был значительно более высокий в исследуемой группе: 8,8, против 4,4 и 3,9 соответственно.

Таким образом, в ходе проведённого исследования установлено, что уровень экспрессивных эмоций у лиц из близкого окружения больных с расстройствами шизофренического спектра выше, чем у лиц из близкого окружения психически здоровых людей. Самые высокие показатели отмечаются по 2 субшкалам: гиперопека и критические замечания. Родственники больных чаще склонны критиковать поведение больных, связанное с негативными симптомами, что объясняется родственниками как сознательное и преднамеренное поведение. Результаты проведенного исследования необходимо учитывать при подготовке психообразовательных программ с родственниками пациентов с первым психотическим эпизодом.

**БОЛЕЗНЬ ПАЦИЕНТА КАК СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ
СИТУАЦИЯ ДЛЯ ВРАЧА И ПСИХОЛОГА**

Ласков В.Б.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

nevrokursk@rambler.ru

Жизнь и болезнь взаимосвязаны; при этом на определенном этапе существования организма продление жизни вообще возможно лишь в рамках патологических процессов. В связи с этим возникает комплекс этических проблем, сопровождающих взаимоотношения человека в здоровье и болезни (и родственного окружения), с одной стороны, и врача и психолога

га, профессионально владеющих алгоритмами негарантированного повышения качества и продолжительности жизни и здоровья, с другой стороны. Следует добавить сюда же возможности оживления, реанимации в критических состояниях.

Болезнь между тем неверно рассматривать в рамках уже очевидно нарушенного здоровья; эта проблема существует и вне рамок обращения к врачу и пребывания в лечебных учреждениях, и не только потому, что имеются бессимптомные инсульты и инфаркты миокарда, безболевые язвы желудка и доклинические стадии течения онкологических процессов.

Болезнь (в разных стадиях компенсации) сопровождает жизнь человека уже с первых ее мгновений: первые липидные пятна на стенках аорты – предшественники атеросклеротического поражения – регистрируются уже после рождения. Если прибавить к этому многочисленные генетические аномалии в виде тромбофилий, дизонтогенеза соединительной ткани, особенностей ферментативных реакций, которые годами и десятилетиями могут существовать скрытно, но бурно манифестировать в определенной жизненной ситуации, то становится понятной призрачность функционального благополучия так называемого здорового человека.

Статистические данные неумолимо указывают не только на конечность бытия человека, но и на высокую вероятность сокращения здоровых лет жизни населения под влиянием многочисленных факторов; на более чем сорокапроцентную возможность смерти для российских мужчин в возрасте до 60 лет, особенно для жителей сел. Эти цифры для многих людей виртуальны, прогноз смерти или инвалидизации не экстраполируется ими на собственную личность. Еще менее население готово делать из этой информации какие-то выводы по изменению образа жизни и устранению корректируемых факторов риска преждевременной смертности и инвалидизации.

Однако эта же информация сама по себе создает определенную сложность жизненной ситуации для человека с сохранной критикой, отдающего себе отчет в наличии негативных демографических тенденций. Эти ситуативные влияния могут углубляться осознанием наличия у себя или у близкого, значимого человека факторов риска, существенно повышающих риск развития тяжелого соматического или неврологического заболевания (инсульта, инфаркта миокарда, сахарного диабета, токсической энцефалопатии и проч.).

Таким образом, при условии информированности прогнозируемых сроков жизни и здоровья населения даже здоровый на данный момент человек находится под влиянием стресса негарантированного здоровья и короткого периода жизни. При нездоровом образе жизни человека может угнетать сознание собственной уязвимости, а при неоднократных и часто безуспешных попытках устранения факторов риска – и ощущение слабости, беспомощности. Развитие событий во многом зависит от характерологических особенностей личности, ее реакции на стресс. Поскольку наибольшей информированностью относительно рисков для здоровья и жизни

обладает врачебное сообщество, именно оно и подвержено в наибольшей степени давлению пресса негативной информации. Психологическое отторжение негативной реальности и ее перспектив нередко сопровождается формированием или усугублением вредных привычек – факторов риска тяжелых заболеваний.

Наличие экзогенных и генетических факторов риска заболеваний и современная возможность их выявления создают серьезную этическую проблему для врачебного сообщества: следует или не следует сообщать о наличии этих факторов их носителю, родителям или иным близким людям? А если сообщать, то в каких выражениях? Как можно просчитать вероятность реализации этих факторов риска? А если вероятность реализации факторов риска весьма низка или не может быть корректно просчитана? Объявить больному, что факторы риска имеются, но можно их игнорировать? Или сказать, что нужно коренным образом менять образ жизни, работу, место жительства? Нравственная ответственность за последствия, которые может иметь подобная беседа с больным или потенциальным больным, создает серьезный стресс для врача. Ведь последствия такой беседы не всегда предсказуемы, а их диапазон чрезвычайно широк – от игнорирования информации до развития невротического, связанного со стрессом расстройства или суицида, а ведь есть еще вопрос взаимоотношений больного в семье, на работе и проч.

Как себя вести врачу в подобной ситуации – ориентироваться на законодательство, личный опыт (жизненный и врачебный)? К сожалению, не все ситуации можно снабдить четкими рекомендациями по алгоритму действий врача.

Новые этические проблемы, а с ними и новый психологический груз для врача создало появление современных высокотехнологичных методов лечения в неврологии. Среди них - тромболитическая терапия при инсульте с восстановлением функционального дефицита, но и с вероятностью тяжелых ятрогенных осложнений; назначение и отмена препаратов, влияющих на течение рассеянного склероза; стремление к медикаментозной ликвидации симптомов прогрессирующей болезни Паркинсона и понимание достижения «потолка» ее эффекта.

С одной стороны, врач располагает эффективными лекарственными средствами для купирования обострений и лечения демиелинизирующих процессов, ликвидации болевых синдромов. С другой стороны, эти средства имеют тяжелые побочные эффекты, что налагает на врача необходимость поиска баланса «польза-вред», в котором не все входящие известны и предсказуемы.

Успехи реанимации, развертывание отделений для больных острыми нарушениями мозгового кровообращения в Курской области привело к более чем 30% снижению летальности от инсульта. Вместе с тем выживание ранее обреченных больных закономерно сопровождается случаями их тяжелой инвалидизации без надежды на восстановление двигательных, когнитивных функций в дальнейшем.

Если близкие пациента в критическом состоянии приветствуют все попытки борьбы за сохранение его жизнедеятельности, то при формировании вегетативного состояния или тяжелого двигательного и когнитивного дефекта их мнение о врачах существенно меняется; к сожалению, меняется нередко и отношение к пациенту. По существующему законодательству, врач должен бороться за жизнь и здоровье пациента любыми доступными способами, не вредя ему при этом или в ситуации, когда возможная польза перевешивает возможный вред. Однако часто врач после успешной реанимации оказывается заложником бесперспективной ситуации в отношении восстановления функций и недостаточной отработанности системы организации медицинской помощи.

Еще один аспект – обеспеченность врача бесплатными средствами для лечения и диагностики. Если медицина в целом располагает в этом широчайшими возможностями, то конкретное лечебное учреждение в России может иметь весьма узкий спектр. Врач остается один с проблемой обеспечить качественное лечение доступными средствами или вступить в конфликт с руководством лечебного учреждения, а также страховыми организациями и органами управления здравоохранением.

К сожалению, часто больной и его близкие, даже врачи, не отдают себе отчет в серьезности ситуации, в развитии ее по негативному сценарию; Здесь врач также несет высокую психологическую нагрузку, стоя перед необходимостью извещения пациента или его родственников о возможности неблагоприятного исхода. А если это сообщение демобилизует больного и его родственников вместо мобилизации на борьбу с болезнью? А если подтолкнет к непредсказуемым действиям, суициду?

Как сообщить больному и его близким о безуспешности проводившегося, проводящегося или планируемого лечения, хотя, понятно, далеко не все больные выздоравливают? Это касается случаев парезов и параличей, нарушений речи, дискоординации, даже невротических, казалось бы, вероятно, обратимых нарушений. Как сообщить о наличии или вероятности некурабельного прогрессирующего заболевания?

Изложенные обстоятельства создают сложную жизненную ситуацию для врачей и психологов, что следует учитывать при определении нагрузки на приеме в консультативном, амбулаторно-поликлиническом звене и в стационаре. Очевидно, что психологическая нагрузка, способствующая эмоциональному выгоранию, профессиональным деформациям у врачей и психологов, не нашла пока должного понимания и внимания ни со стороны российской общественности, так и структур государственного управления отраслью здравоохранения. К этому стоит добавить, что у выпускников медицинских вузов мы уже исходно констатируем высокий процент тревожно-депрессивных проявлений.

Декларативное право пациента на медицинскую помощь в полном объеме при демонстративном отсутствии разработанных профессиональными медицинскими сообществами адекватных протоколов и порядков ведения больных создает большую юридическую уязвимость врача перед

больным. Уже многие годы это приводит к тому, что диагноз «функциональных» невротических расстройств, рентных установок, ипохондрического, конверсионного генеза нарушений ставится реже, чем следовало бы. Невозможность объективно доказать свою точку зрения в совокупности с необходимостью отдать судебным разбирательствам часть жизни делает упорство и правдолюбие врача наказуемым, а самого врача – крайне деликатным при формулировании диагноза.

Неотработанность формулировок диагнозов, тасование их между врачебными специальностями наряду с бездействием министерства и профессионального сообщества; попытки переложить всю громадную работу по созданию стандартов на низовое звено (при наличии официальных «стандартов», которые охватывают лишь часть нозологий и которые мало кого устраивают по своему содержанию), - все это создает и еще один аспект усложнения жизненной ситуации для современного российского врача и психолога.

Ряд аспектов этой проблемы требует законодательного, юридического регулирования, включая протоколы и порядки ведения определенной категории пациентов, устранение унижительных перекосов с оплатой труда, выработку разумных контрольных показателей эффективности обучения будущих врачей и врачей практикующих взамен существующей бюрократической имитации порядка в этой сфере.

Не все аспекты затронутой темы могут иметь четкую регламентацию, не на все обозначенные вопросы можно дать однозначные ответы, однако усилия в данном направлении следует предпринимать, иначе качество жизни врача и помощи пациентам будет снижаться.

Очевидно, что сотрудничество клинических психологов и врачей, повышение внимания к этической составляющей профессии, разработка дополнительных образовательных программ при условии грамотного юридического регулирования могли бы способствовать улучшению ситуации с охраной здоровья наших соотечественников.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ КАК СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ И КОМПЛАЕНС БОЛЬНЫХ ПРИ ЕГО ЛЕЧЕНИИ

Лебедев Ю.И., Новикова С.Н., Рублева Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

as.prof.lebedev@gmail.com

Туберкулез легких - это сложное мультифакторное заболевание инфекционной природы, перспективы искоренения которого в ближайшем будущем сомнительны из-за огромного резервуара этой инфекции в обществе. Одна треть населения Земли сегодня — это носители микобактерий туберкулеза (МБТ), которые могут в любой момент заболеть и стать источником заражения новых поколений людей. Попытка сдерживания туберкулезной эпидемии с помощью медикаментозных средств, как извест-

но, столкнулась с рядом трудностей и, в первую очередь, с низким комплаенсом больных, вследствие чего сводится на нет эффективность современной химиотерапии (Поклитар Е.А., 2001, Sukumaran P., Venugopal K.P., 2002).

Под комплаенсом (compliance) больных подразумевают их способность следовать врачебным рекомендациям и сотрудничать с врачом в борьбе с болезнью.

Комплаенс является интегральным показателем, который подвержен действию большого количества внешних и внутренних факторов (Синопальников А.И., Зайцев А.А., 2009). Во фтизиатрии о нем судят, наблюдая за больными в процессе лечения, проводя беседы и оценивая эффективность проводимой терапии (Поклитар Е.А., 2001, Синопальников А.И., Зайцев А.А., 2009). Скрининговые методики исследования комплаенса у больных туберкулезом лёгких до сих пор не разработаны (Gerald F. 2007).

Цель исследования: разработать скрининговую методику количественного определения комплаенса у больных туберкулезом легких, попавших в сложную жизненную ситуацию болезни. В основу работы были положены данные литературы и собственные наблюдения о поведенческих реакциях и эмоциональном состоянии больных туберкулезом лёгких (Баранова Г.В., Золотова Н.В., Долгова Ю.В., Панкова Л.И., 2007; Волчегорский И.А., Новоселов П.И., Астахова Т.В., 2007; Ерхов И.С, Собчик Л.Н., Серегин И.Д., Вашкевич В.И. 1986; Цуканов В.А., Сидоров Г.А., Новикова С.Н., Абрамов А.В., Лебедев Ю.И., 2000).

Известно, что ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении всей системы отношений больного с окружающим миром. При этом человек понимается как единая биопсихосоциальная система, а личность — как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой (Леонтьев Д.А. 1985). В этой системе болезнь, как ситуация неопределенности и непрогнозируемого исхода, может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий, характер межличностного взаимодействия, и, в целом, социальное функционирование личности (Соловьева С.Л. 2003, Фау Е.А., Фау Г.А., 2002). Новой междисциплинарной концепцией, способной обеспечить методологическую основу для понимания взаимодействия соматологии и психологии пациента, стал комплаенс как интегральная характеристика индивидуального отношения больного человека к лечению, основанного на его субъективном восприятии болезни как сложной жизненной ситуации.

Внимание к комплаенсу, как основному критерию, влияющему на эффективность лечебно-восстановительных мероприятий, является значимым результатом гуманизации врачебной практики. Получение полноценных научных данных о влиянии хронической болезни на психику может

способствовать более эффективному терапевтическому вмешательству, индивидуальному подходу к выбору стратегии и тактики лечения со стороны врачей, и, при необходимости, психологического сопровождения (Долгих Н.А. 2000, Поклитар Е.А., 2001).

В последние годы установлено, что хроническое течение туберкулеза сопровождается эмоциональными расстройствами, нарушением межличностных отношений пациентов, развитием «социальной фобии», что приводит к стойкому нарушению индивидуального и социального функционирования личности (Виноградов М.В., Черкайшна И.И., Лерельшн М.И., 1991). У больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких выявляются нарушения психологического статуса, которые могут рассматриваться в качестве одного из патогенетических механизмов, влияющих на приверженность к лечению. Психологические факторы комплаенса применительно к фтизиатрии требуют исследования особенностей личности больных туберкулезом легких, выделения доминирующих эмоций, определяющих возникновение и степень психоэмоциональных нарушений. В момент заболевания выявляют высокую эмоциональную нестабильность больных туберкулезом легких, негативные аффективные состояния (напряжённость, страх, гнев, обида и т.п.), обуславливающие переживание чувства вины, безнадежности, одиночества, большую чувствительность и подверженность стрессу (Кошелева Г.Я., 1990).

По сравнению с соматически здоровыми людьми, больные с впервые выявленным туберкулезом легких менее удовлетворены жизнью, имеют сниженную способность к установлению контактов, тенденцию к интроверсивной позиции (Виноградов М. В., Черкайшна И. И., Лерельшн М. И. 1991). Больные эгоцентричны, чаще обнаруживают стремление к конкурирующей позиции, субъективны в оценках происходящего, склонны к ожиданию обмана и несправедливости от окружающих. Подобное недоверчиво-неприязненное отношение к людям в сочетании с неуверенностью в социальной значимости и стабильности своего положения обуславливает сниженную социальную адаптацию больных туберкулезом легких по сравнению со здоровыми людьми (Кошелева Г. Я. 1990).

Таким образом, у больных туберкулезом легких отмечаются некоторые эмоциональные и ценностно-мотивационные характеристики личности, особенности межличностного взаимодействия, отличающие их от соматически здоровых лиц: эмоциональная напряженность и нестабильность, доминирование негативных эмоций, склонность к избеганию нового опыта, пессимистичная оценка жизненной перспективы, социальная нормативность, фрустрация аффилиативной потребности. Указанные особенности обуславливают снижение адаптационных ресурсов личности и могут рассматриваться в качестве психологических факторов, влияющих на комплаенс (Волчегорский И.А., Новоселов П.И., Астахова Т.В., 2007; Кошелева Г.Я., 1990; Новикова С.Н., 2002; Цуканов В.А., Сидоров Г.А., Новикова С.Н., Абрамов А.В., Лебедев Ю.И., 2000).

Для выяснения психологических мотивов отказа больных от лечения нами разработана специальная анкета-опросник, составленная таким образом, чтобы выявить не только объективные факторы, мешающие лечению (побочное действие лекарств, низкое экономическое положение больного или его несложившиеся взаимоотношения с медперсоналом), но и оценку таких субъективных факторов, мешающих лечению, как стресс, фрустрация, стигматизация, лёгкая внушаемость и пристрастие к алкоголю. Анкета была сфокусированной, то есть содержала только одну тему «Комплаенс больных туберкулезом», и была предназначена для самозаполнения больными (заявка на изобретение). Чтобы преодолеть дискомфорт и даже острую настороженность респондентов в связи с непонятными целями опроса, мы получали их добровольное согласие на тестирование. Анкета начиналась с жизнеутверждающего девиза: «Хочу, верю, добьюсь» и краткого вступления, вводящего больного в ситуацию опроса и стимулирующего интерес к общению.

При построении анкеты и последующих бесед с пациентами создавался своеобразный «сценарий», вводящий их в адекватную психофизиологическую ситуацию опроса, логику общения исследователя с респондентом как объектом необходимой информации. При разработке анкеты потребовалась профессиональная постановка вопросов и квалифицированная интерпретация ответов на них. Вопросы ставились таким образом, чтобы они были необходимыми и достаточными для обеспечения эмпирической проверки гипотез проводимого исследования и решения его познавательных задач. Это требование обеспечивалось на стадии эмпирической интерпретации понятий путем выработки набора индикаторов и соответствующего им списка единиц искомой информации.

Приступая к разработке вопросника, мы решали задачу правильной формулировки вопроса, чтобы исключить расхождение познавательной задачи вопроса со смысловым содержанием его формулировки для анкеты. Приходилось выполнять методические операции «перевода» общих исследовательских задач сначала на уровень частных, формируемых в виде единиц искомой информации, а затем их «перевод» на уровень обыденных представлений опрашиваемых. Кроме того, согласно закону апперцепции, понимание испытуемым вопросов происходит опосредованно, путём пропускания их сквозь призму личного опыта, вызывающего индивидуальные ответные реакции и их дифференциальные различия, поэтому учитывалось влияние социокультурного фактора на диагностические показатели, успешность получения которых зависела также от учёта индивидуальных или групповых психологических особенностей больных туберкулезом легких.

Поскольку вопросы анкеты требовали от респондента критического отношения к себе и окружающим его людям, то для получения достоверной информации они задавались в косвенной форме. Вопросы были закрытыми, так как от открытых вопросов обычно уклоняется 2/3 населения.

Язык анкеты освобождался от частых клише, газетных штампов, стереотипных оборотов и приближался к разговорной речи обследуемой совокупности лиц, чтобы оперировать ситуациями, достаточно близкими и понятными респондентам. Поскольку респондент не решает в ходе анкетирования сложных задач, отнимающих у него много времени, количество вопросов было ограничено 80, а ответы на них требовали не более 20-25 минут. Степень приверженности к лечению определялась путем подсчета положительных и отрицательных «сырых» баллов и перевода их в стены.

Для оценки влияния комплаенса на эффективность лечения заболевания проведен анализ динамики туберкулеза легких среди 130 впервые выявленных больных, в том числе, 98 мужчин и 32 женщин, в возрасте от 20 до 60 лет. При выявлении у них были разные формы туберкулеза легких, в том числе очаговая — у 10, инфильтративная — у 69, диссеминированная — у 42, туберкулёма – у 9 человек. У 77 из них обнаружено бактериовыделение. Отбор осуществлялся двойным слепым методом. Лица, имевшие первичную лекарственную устойчивость к возбудителю или сопутствующие заболевания, способные повлиять на исход лечения, в разработку не вошли. Для достижения поставленной цели все больные были разделены на 3 группы, идентичные по полу, возрасту и формам заболевания. В 1-ю группу вошли 43 чел., у которых при поступлении в стационар была установлена фаза инфильтрации. 2-я группа состояла из 40 чел., поступивших в стационар со свежей деструкцией. В 3-й группе было 47 чел., у которых определялась фаза распада. При поступлении в стационар, через 2-3 мес. от начала лечения и через 5 лет наблюдения после получения информированного согласия больные обследовались с использованием современных клинико-рентгенологических методов. При поступлении высокий комплаенс (9-10 стенов) обнаружен у 23 чел. (17,7%), средний — у 78 чел. (60,0%), низкий — у 29 чел. (22,3%). Существенной разницы в показателях комплаенса в группах наблюдения не установлено. Однако, у больных с чёткими признаками туберкулёзной интоксикации и выраженными лёгочными жалобами комплаенс был повышен ($P < 0,05$). Низкий комплаенс у больных всех групп при поступлении был обусловлен их стрессовым состоянием в момент выявления заболевания, легкой внушаемостью, коррелирующей с низким социальным статусом и пристрастием к алкоголю. К 2-3 мес. адекватной химиотерапии по 1-му режиму комплаенс снизился во всех группах наблюдения, причем, более чем у половины больных это совпало с нарастанием фрустрации, обусловленной несостоявшимися ожиданиями быстрого излечения и пристрастием к алкоголю. У одной трети таких пациентов были нарушены нормальные взаимоотношения с медперсоналом, у одной четверти возникли социально-экономические проблемы. Все больные с низким комплаенсом имели неоднократные нарушения больничного режима. У большинства из них к моменту окончания интенсивной фазы лечения сохранялись бактериовыделение и каверны в легких на фоне уменьшения субъективных и объективных проявлений активности

туберкулезного процесса. Через 5 лет от момента заболевания 40 чел., имевших ограниченные формы туберкулеза легких и высокий и средний комплаенс, излечились и были сняты с учета; 52 чел. вследствие больших остаточных изменений остались в III группе диспансерного наблюдения, 17 чел. переведены во II-A группу, причем 7 из них были успешно оперированы, а 7 чел. изменили место жительства. У 21 чел. туберкулезный процесс принял хроническую форму в виде диссеминированного (12 чел.) и фиброзно-кавернозного (9 чел.) процесса в лёгких, вследствие чего они наблюдались во II-B группе диспансерного учёта. У 2 человек был летальный исход в результате прогрессирования заболевания. Повторное обследование оставшихся на учёте больных показало низкий (в пределах 1-2 стенов) комплаенс у больных II-A и II-B групп. Эти пациенты за пятилетний период наблюдения неоднократно поступали в разные отделения противотуберкулезного диспансера, проводили в нем от 1 до 2 месяцев и выписывались за нарушение больничного режима. Анализ исходных форм заболевания показал, что у 10 из них был диссеминированный, у 6 - инфильтративный, у 5 — очаговый туберкулез легких. У всех при поступлении был низкий, реже - средний комплаенс, свежие или сформированные каверны и бактериовыделение, причем, ни в одном случае не было обнаружено лекарственной устойчивости возбудителя, в то время как через 5 лет наблюдения у всех обнаружена мультирезистентность МБТ. 52 человека из III группы наблюдения имели средний (3-8 стенов), а 2 случая даже высокий уровень комплаенса (9-10 стенов).

Диагностика комплаенса больных туберкулезом легких позволит своевременно назначить необходимую корригирующую медикаментозную и психотерапию, сократить длительность лечения и повысить его эффективность.

Выводы:

1. Разработана методика оценки комплаенса, с помощью которой высокий комплаенс (9-10 стенов) обнаружен у 17,7%, средний (3-8 стенов) — у 60,0%, низкий (1-2 стенов) — у 22,3% впервые выявленных больных туберкулезом легких.

2. Больные с низким комплаенсом часто нарушают больничный режим, прерывают лечение, что в 6,9% случаев приводит к формированию фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и мультирезистентности возбудителя заболевания.

3. Низкий комплаенс больных туберкулезом легких требует особого внимания клинического психолога.

ОПЫТ ТИПИЗАЦИИ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ

Лиознова Е.В.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург

toana@yandex.ru

Анализ 20-летнего опыта работы практическим психологом (в образовательном учреждении и поликлинике) позволяет предложить удобную для прикладного использования типологию обращений клиентов в трудных жизненных ситуациях, предполагающую различные акценты в стратегиях психологической помощи.

В данном контексте под *трудной жизненной ситуацией* мы понимаем ситуации, отвечающие 4 критериям: 1) существенно нарушающие привычный ход жизни клиента, 2) возникающие помимо его воли, 3) вызывающие разную степень чувства дискомфорта, 4) ощущаемые им как не ресурсные, не позволяющие самостоятельно найти выход из положения.

В силу отсутствия в современной России традиции своевременного обращения за психологической помощью и широко распространенного предубеждения против такого обращения большинство первичных визитов к психологу происходит именно в сложной жизненной ситуации, когда человек понимает, что не может больше терпеть дискомфорт и уже не справляется с проблемой.

В работе специалиста с такими обращениями нам кажется удобным подразделять трудные жизненные ситуации клиентов в соответствии с *двухкомпонентной моделью*, позволяющей выделить 4 типа ситуаций.

Первый компонент модели (критерий выделения) – *принципиальная возможность/невозможность возврата ценности*, т.е. поправимость или непоправимость произошедшего. К непоправимым ситуациям относится смерть близких, неизлечимая болезнь, увечье и т.п. Такие ситуации можно обозначить как *утраты*, поскольку они связаны с безвозвратной потерей чего-то важного для человека. К поправимым ситуациям относится потеря работы, развод, нарушенные отношения с близкими людьми, психосоматические заболевания и т.п. Эту группу обращений можно обозначить как ситуации *препятствия*, поскольку они принципиально обратимы и могут стать лишь временной преградой на жизненном пути человека.

Второй компонент (критерий) модели – *вклад клиента* в развитие ситуации. По нему ситуации удобно разделять на *внезапные* (где отсутствует вклад клиента в ситуацию) и *принципиально прогнозируемые* (где можно увидеть ответственность клиента за происходящее, т.е. где теоретически можно было предвидеть негативное развитие ситуации). К *внезапным* ситуациям мы отнесем последствия неожиданной аварии, техногенной или природной катастрофы, потерю работы в связи с банкротством предприятия, предательство партнера. Примерами *прогнозируемых* ситуаций могут служить беременность девушки, самоубийство школьника, увольнение алкоголика, наркомания подростка, провал на экзаменах.

Таким образом, на основе двухкомпонентной модели получается 4 типа трудных жизненных ситуаций: 1) внезапная утрата, 2) внезапная преграда, 3) прогнозируемая утрата, 4) прогнозируемая преграда.

Эти типы ситуаций *отличаются по тяжести* переживания. Обычно наиболее тяжело переживаются прогнозируемые утраты, на втором месте по типичной тяжести дискомфорта - внезапные утраты, затем – прогнозируемые преграды и, наконец, внезапные преграды. Такая последовательность обусловлена тем, что непоправимые ситуации (утраты) перенести тяжелее, чем поправимые, а прогнозируемые события перенести тяжелее, т.к. они нередко окрашены чувством вины клиента.

По нашему мнению, эти ситуации различаются также по ведущим акцентам в психотерапевтической работе, что важно для практического психолога. Так, для обоих типов ситуаций утраты эффективна отработка эмоций с многократным проговариванием эмоционально значимых слов. В ситуациях преграды необходимость направленной отработки эмоций возникает значительно реже (и относится, при возникновении, к более поздним этапам работы).

После отработки эмоций *при внезапной утрате*, по нашему опыту, хорошо помогает когнитивная терапия (нередко клиента особенно мучает вопрос «Почему это произошло именно со мной?»), направленная на коррекцию картины мира, часто с использованием мифологического (регрессивного) мышления.

Проиллюстрируем эту идею примерами.

У клиентки 48 лет в автомобильной катастрофе погибает единственная дочь 28 лет. Вел автомобиль молодой муж девушки. Авария произошла по его вине: не справился с машиной при обгоне. Юноша получил тяжелые травмы. При этом у самой женщины 17 лет стажа по уходу за парализованным мужем. Аналогичная история (уход за рано парализованным супругом) была у ее матери (бабушки погибшей). Облегчение клиентка нашла в идее о том, что ее дочь своей гибелью «сняла проклятье с рода по женской линии».

Другой случай. Женщина 34 лет обратилась к психологу через 9 дней после похорон сына 13 лет, умершего от рака. В ходе длительной психотерапевтической работы она нашла утешение в том, что ее страдание послано ей для самосовершенствования. При встрече с психологом через 3 года после окончания работы клиентка высказала характерную мысль: «Если бы мне не довелось пережить ту трагедию, я не могла бы дать людям то, что могу дать теперь».

В случае смерти близкого человека для верующего христианина утешением может служить то, что утраченному близкому теперь хорошо.

Как видно из приведенных примеров, в тяжелой жизненной ситуации, связанной с внезапной утратой, эффективно работает рационализация, как защитный механизм.

Иной опыт у нас накопился в отношении помощи при *прогнозируемой утрате*. Здесь (также после отработки эмоций) основной акцент дела-

ется на работу с чувством вины, которое возникает при осознании человеком своего вклада в ситуацию. Основной терапевтической мишенью при этом является Я-концепция клиента. Ему необходимо помочь принять себя в новой жизненной ситуации.

Обратимся снова к примерам.

Единственный сын родителей, 13-летний подросток, кончает жизнь самоубийством. Этому предшествовало неоднократное информирование школой родителей о неправильном поведении сына – учащегося одного из престижных образовательных учреждений. Адекватных мер родителями принято не было. Затем ребенок столь грубо нарушает правила поведения школы, что встает вопрос об его исключении. Решение переносится на некоторое время – до достижения мальчиком 14-летнего возраста. В этот период ребенок проявляет активный негативизм и к школе, и к родителям. Но последние оказались фиксированы на учебных неуспехах и, проявляя строгость к ребенку, не смогли найти к нему подход. В результате – трагедия, и тяжелое чувство вины у родителей. В этом случае матери было важно принять себя в новом качестве – во-первых, человека, не все делающего оптимальным образом, во-вторых, принять идею, что женщина может быть женщиной, даже если она не растит ребенка.

Случай мужчины 45 лет. Его взрослый сын уходит в секту и через некоторое время трагически погибает. Отец винит себя в том, что мало уделял времени ребенку и не смог установить с сыном теплых отношений, что и стало причиной обращения к сектантам. В результате в сознании клиента существенно пострадало представление о себе, как об успешном человеке, что и стало основной мишенью психотерапии.

Эти примеры демонстрируют специфику работы с прогнозируемой утратой, направленную на восстановление позитивной Я-концепции.

Ситуации *прогнозируемой преграды* часто представляют собой итог длительно копившихся результатов неоптимального поведения клиента. В этом случае, как правило, человек отмечает, что подспудно давно ощущал дискомфорт, но казалось, что он пока справляется. В конце концов, какая-то (часто внешняя или случайная) причина (например, высказанное авторитетное мнение, рассказ знакомых о хорошем специалисте) заставляет клиента осознать, что надо что-то менять, поскольку происходящее препятствует достижению его целей, не позволяет жить дальше прежним образом. В частности, такая ситуация возникает в связи с нарушениями социальных отношений (с супругами, родителями, детьми, начальством), отношения к своему здоровью, имуществу. Следствием этого может быть измена партнера, вызывающие нарушения в поведении ребенка, психосоматические и соматические заболевания, потеря работы по несоответствию должности, проигрыш большой суммы денег, попадание в долговую зависимость и т.п.

В ситуациях прогнозируемой преграды основная задача состоит, на наш взгляд, в создании условий для осознания клиентом своей ответственности за случившееся, в форме понимания возможности влиять на события

своей жизни. Здесь можно рассмотреть два случая. При отсутствии у клиента понимания своей ответственности (клиент обвиняет в случившемся других) – необходимо сформировать у него интернальный локус контроля. Если же клиент осознает свою ответственность (она проявляется, как правило, в чувстве вины), то нам необходимо заменить это малопродуктивное переживание на чувство уверенности в том, что возникшую трудную ситуацию нужно использовать как опыт, урок, снижающий вероятность появления подобных преград в дальнейшем. В нашей практической работе ситуации именно этого типа встречаются наиболее часто.

Рассмотрим примеры прогнозируемых преград.

Разведенная мать узнает (одной из последних) о беременности своей несовершеннолетней дочери-школьницы. В данном примере мы имели дело с первым случаем: мать обвиняла всех вокруг. Проведенная работа позволила ей увидеть вклад своего неоптимального родительского поведения в возникшую сложную ситуацию. При этом она осознала возможность построения отношений с дочерью на новой основе.

Случай с женщиной 33 лет с двумя детьми-дошкольниками. Узнав об измене мужа, она решила развестись, обвиняя себя в разрушении любви. В ходе психологического консультирования клиентка проанализировала свой негативный опыт, увидела возможность иначе решить проблему, апробировала новые формы поведения. В результате идея развода отстранена. В семье отношения нормализовались.

Как видно из этих примеров, в ситуациях прогнозируемой преграды эффективным является помощь клиенту в осознании своих возможностей изменить ситуацию.

Последняя группа обращений нашей типологии – *внезапные преграды*. Это случаи, когда происходят тяжелые неожиданные для клиента события, в которые он не вносил вклад своим поведением. Здесь мы пытаемся расширить диапазон жизненных целей клиента в соответствии с идеями логотерапии и, вписав нереализованные цели в более широкий жизненный контекст, найти способ рассмотреть образовавшееся препятствие как новую возможность.

Например, клиент неожиданно оказался без работы в силу банкротства крупного холдинга, в который входило и его предприятие. В этом случае человек осознал возможность заняться новой деятельностью, которая давно его привлекала.

Или другой пример. У подростка отец заболевает тяжелой хронической болезнью. Это негативно сказывается на всем укладе семьи. Здесь расширение жизненных смыслов ребенка позволило увидеть в сложившейся ситуации материал для выбора жизненного пути – ребенок пошел в медицинский институт.

То есть в ситуациях внезапной преграды работа с жизненными смыслами клиента позволяет ему найти новые перспективные цели в сложившихся трудных условиях.

Учитывая значение определенных личностных образований для переживания трудных ситуаций, с которыми так или иначе встречается большинство людей, мы предлагаем *систему профилактики*. Она реализуется нами в одной из школ Санк-Петербурга. Там в ходе годичных тренингов для родителей учащихся и для старшеклассников создаются условия для личностного роста. В частности, акцент делается именно на тех личностных образованиях, которые, согласно нашей типологии, влияют на эффективность переживания трудных жизненных ситуаций: формируется установка на интернальность, безусловное самопринятие, расширение и иерархизацию жизненных целей. Наш опыт показывает, что подобная работа, с одной стороны, помогает людям воспринимать события своей жизни не в качестве трудных ситуаций, а в качестве новых условий для саморазвития. С другой стороны, при восприятии реальности как трудной жизненной ситуации прошедшие тренинг клиенты, если обращаются за помощью, быстрее и эффективнее преодолевают возникшие проблемы в ходе консультирования.

Итак, мы определились с критериями трудной жизненной ситуации, предложили 2-компонентную модель типизации обращений клиентов с такими ситуациями, описали выделяемые на основе такой модели 4 типа трудных жизненных ситуаций, проиллюстрировали каждую из них примерами, описали ведущие консультативные мишени для разных типов и возможный вариант профилактической работы в этом направлении.

Безусловно, реальные переживания клиентов богаче любых схем, и схожие ситуации нередко совершенно по-разному переносятся людьми. Однако надеемся, что наличие предложенной структуры, позволяющей типизировать трудные жизненные ситуации, может помочь в первичной ориентации в проблеме как работающему, так и начинающему специалисту.

СЕМЬЯ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ. ИЗУЧЕНИЕ САООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Литвиненко О.А.

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

olitvinenko@mail.ru

Шизофрения, являясь сложным эндогенным заболеванием, влечет за собой изменения эмоциональной, когнитивной, конативной (поведенческой) сфер психической деятельности человека, что неизбежно меняет образ жизни как самого заболевшего, так и членов его семьи, нарушает привычное функционирование семьи, ставит её перед необходимостью адаптироваться к изменившимся условиям. Учитывая, что часто поведение при шизофрении отличается неадекватностью, вычурностью, нелепостью, бывает непредсказуемым, жалким или даже агрессивным, следует отметить,

что такие изменения обусловлены не только эндогенно, но и зависят от перемен во взаимоотношениях с близкими, от изменения занимаемого ранее положения в обществе, а также от отношения к себе самому.

Исследуя категории отношения и самооотношения людей, ряд авторов (В.И. Мясищев, Б.Г. Ананьев, В.В. Столин, С.Р. Пантилеев, И.И. Чеснокова и др.) отмечают, что отношение к себе является одним из определяющих моментов при выборе стратегии поведения в той или иной ситуации, то есть является predisпозицией поведения. При правильно расставленных приоритетах поведение больного и окружающих его людей должно быть направлено на адаптацию к болезни, успех которой зависит от многих факторов. Среди них доминирующими являются профессионализм врача и всего медицинского персонала, от которых больной получит первую информацию о своем состоянии и перспективах, что и определит его отношение к болезни и лечению, как правило, на всю дальнейшую жизнь. Кроме того, важнейшим фактором успешной адаптации является психологическая атмосфера в семье, так как именно члены семьи могут стать источником самой серьезной социальной и психологической поддержки и облегчить принятие факта болезни и в дальнейшем - процесс лечения. Невозможно переоценить значение благополучных внутрисемейных отношений, известно, что у больных шизофренией, имеющих благополучные доверительные отношения с родными, регистрируются более длительные и стойкие ремиссии, нежели у больных разведенных, одиноких или имеющих конфликтные взаимоотношения в семье.

Обычный образ жизни семьи изменяется потому, что сам факт появления психически больного в доме, а тем более то, что им становится родной человек, является психологически тяжелой ситуацией для семьи. Родственники могут испытывать целую гамму чувств и эмоций по этому поводу: от чувства вины и поиска своего причастия к случившемуся до страха за собственную безопасность. Кроме того, тревожащим и усугубляющим ситуацию фактором является стигматизация психических болезней, существующая в современном обществе, которая также влияет на отношение к себе больного и его родственников.

В рамках нашего исследования было изучено самооотношение как самих больных шизофренией на раннем этапе болезни (не более 2 лет с момента манифестации болезни) - 30 больных, так и самооотношение родственников, проживающих в семьях, где один из её членов заболел приступообразной шизофренией (20 человек). Кроме того, для сравнения результатов были обследованы две контрольные группы: 19 больных с невротическими расстройствами и 20 здоровых, не имеющих психически больных родственников.

Включение в исследование больных с невротическими расстройствами, а именно больных с обсессивно-компульсивным расстройством (F 42) и больных с расстройством адаптации (F 43.2), было обусловлено тем, что этиология этих нарушений связана с психологическими причинами (МКБ - 10). Самоотношение родственников больных шизофренией

также должно изменяться под воздействием сложной жизненной ситуации, с которой эта семья столкнулась. Интерес вызывает сравнение показателей этих двух групп. Следует отметить, что участие в исследовании принимали родственники, представители семьи, которые посвящают наибольшее количество времени уходу за больным, общению с ним по сравнению с другими родственниками.

Исследование проводилось с помощью опросника самооотношения, разработанного В.В. Столиным, С.Р. Пантилеевым, который позволяет рассмотреть отношение человека к себе с позиции иерархической системы. Сюда входят такие элементы самооотношения, как: глобальное самооотношение (S); самоуважение (I); аутосимпатия (II); ожидаемое отношение от других (III); самоинтерес (IV); самоуверенность (1); отношение других (2); самопринятие (3); саморуководство (4); самообвинение (5); самоинтерес (6); самопонимание (7). При оценке результатов учитывается, что выраженным признаком считается при достижении шкалой отметки 50, при результате, превышающем 74, признак считается ярко выраженным, менее 50 – признак не выражен.

Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица

Выраженность показателей самооотношения

	S глобальное отношение	I самоинтерес	II аутосимпатия	III самоожидаемое отношение от др.	IV самоинтерес	1 самоуверенность	2 отношение др.	3 самопринятие	4 саморуководство	5 самообвинение	6 самоинтерес	7 самопонимание
F 20.01	2	1	9	5	2	5	3	7	7	6	1	4
F42, F43.2	0	4	2	4	5	9	6	8	9	1	6	0
Психически здоровые	0	1	8	9	5	1	4	8	1	5	2	1
Родственники F20.01	9	8	5	2	8	9	2	1	4	1	1	7

При высоких результатах «глобального самооотношения» во всех группах обнаружены выраженные различия в отдельных составляющих самооотношения. Основные различия отмечаются между показателями самопринятия (3), которое колеблется от 48% у больных с невротическими

расстройствами (обсессивно-компульсивное расстройство; и расстройство адаптации) и 88% у здоровых людей.

Самые высокие показатели имеют представители группы «психически здоровые», где ярко выражены признаки самопринятия (3); самопонимания (7), чего не наблюдается во всех остальных группах, несмотря на то что группа «родственники больных F20.01» тоже состоит из психически здоровых людей.

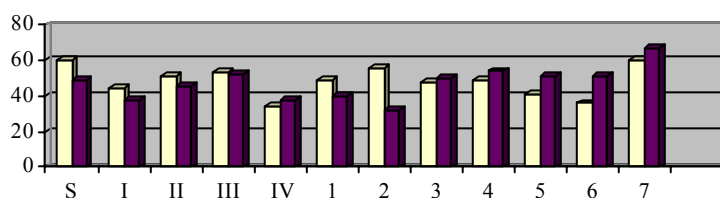
Показатели больных шизофренией достаточно высокие практически по всем шкалам, кроме тех, которые выражают ожидаемое отношение от других (III, 2), и несколько снижен «самоинтерес» (6). Такая картина возможна из-за нарушения критичности мышления больных, неадекватной самооценки, переоценки собственных возможностей (шкала саморегуляция (4) выражена на 67% по сравнению с 49% у больных невротическими расстройствами). Также выражен показатель самоуверенности. Уровень «глобального» самоотношения немного ниже, нежели у «психически здоровых» и гораздо выше, чем у их «родственников».

У больных же невротическими расстройствами замечено снижение самоинтереса (IV, 6), кроме того, при выраженном признаке ожидаемого отношения от других, у этой группы лиц выявляется невысокий уровень самоуверенности (1) и снижен уровень самообвинения (5).

Между результатами у больных шизофренией и больных невротическими расстройствами заметны различия таких составляющих самоотношения, как: самоинтерес (I), который у больных шизофренией выражен больше, саморуководство (4), которым, по мнению больных шизофренией они обладают лучше. По шкалам ожидаемого отношения от других (III, 2) результаты, напротив, более выражены у больных невротическими расстройствами. Судя по ответам, они ждут большего внимания к своей персоне, более требовательны к людям, для них более значимо признание и успех.

Самоотношение родственников больных шизофренией, несмотря на отсутствие у них психических расстройств или наблюдения в психиатрических амбулаториях, во многом схоже с показателями больных невротическими расстройствами, по некоторым шкалам даже ниже. Например, самоуважение (I), ожидаемое отношение (III) и самопринятие (3) у этих обследуемых групп практически на одном уровне.

Значительно разнятся показатели в шкале «отношение других» (2). У больных невротическими расстройствами этот показатель гораздо выше, чем у родственников больных шизофренией. Получается, что ожидание поддержки со стороны, острая в ней потребность и уровень её важности для больных невротическими расстройствами значительно выше, чем у родственников больного. Это может свидетельствовать о том, что под влиянием стигматизации, родственники перестают ждать поддержки от социума. Для наглядности картины представим результаты по самоотношению у этих двух групп в виде диаграммы.



□ F42, F43.2

■ Роственники больных F20.01

Рис. Сравнение показателей самооотношения у больных невротическими расстройствами и родственников больных приступообразной формой шизофрении

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что для родственников появление в семье больного шизофренией является сложной жизненной ситуацией. В процессе адаптации к этой ситуации у родственников больных шизофренией утрачивается интерес к себе, снижается самоуверенность, саморуководство, самопонимание до уровня, сходного с результатами больных невротическими расстройствами.

Исследование особенностей составляющих самооотношения позволяет наметить мишени психологической коррекции для улучшения условий адаптации к болезни и совершенствования взаимоотношений внутри семьи, адаптации как самого больного, так и его родственников к изменившимся обстоятельствам и тем самым способствовать преодолению сложной жизненной ситуации таких семей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ КОНТАКТА МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА: ОТ НАПРЯЖЕНИЯ И НЕУВЕРЕННОСТИ К СПОКОЙствию И НАДЕЖНОСТИ В РОЛИ МАТЕРИ

Локтионова А.В.

Институт интегративной детской психотерапии и практической психологии «Генезис», Россия-Австрия

alboks2001@mail.ru

На кафедре общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета под руководством Т.Д. Василенко и И.А. Симоненко ведутся исследования, которые показывают, что женщины, игнорировавшие роль матери на этапе беременности, не способны установить необходимое ребенку качество контакта и демонстрируют низкие баллы по качеству контакта со своим младенцем, так же как и женщины с амбивалентным отношением к беременности испытывают затруднения в

установлении контакта с младенцем надлежащего качества. Поскольку из качественного контакта ранних недель жизни возникает и формируется надежная привязанность, являющаяся мощным защитным фактором нормального психического развития и стимулирующим и защитным фактором социального и интеллектуального развития. Отсюда возникает необходимость создания *корректирующих программ* по развитию качества контакта матери с ребенком в первые месяцы его жизни. Мы так же предполагаем, что существует связь между качеством контакта с младенцем и принятием роли матери. И если принятие роли матери в силу различных отягчающих факторов не произошло на этапе беременности, то это возможно на этапе установления контакта с младенцем. Мы создаем программу для поддержки матерей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (ранняя беременность, матери-одиночки, матери, сами выросшие в интернатах с собственной нарушенной привязанностью), с тем чтобы они могли включить в свою программу выживания и совладания с трудной жизненной ситуацией вхождение в роль матери и принятие роли матери как ресурс.

Программа состоит из трех блоков.

1. Установление контакта с молодой мамой. Встраивание в ее женскую поддерживающую матрицу. Как показали исследования Д. Стерна (1995) женщина интуитивно начинает менять социальную систему связей вокруг себя, он назвал этот процесс перестраивания социальных связей женщины «женской поддерживающей матрицей или женской поддерживающей системой». Это - фундаментальная опора в том, чтобы нести ответственность и соответствовать той роли, которую принимает на себя мать. Женщины группы риска больше других нуждаются в такой поддерживающей системе, и это является мотивирующим фактором вступления в контакт с психологом.

Задачи этапа: Разгрузка актуального эмоционального напряжения. Осознание собственного состояния, потребностей и чувств женщины, ставшей мамой. Понимание собственных потребностей в защищенности и безопасности и чувств, связанных с нарушением этой потребности. Отделение их от чувств, относящихся к ребенку. Исследование возможностей собственного окружения и доступных ресурсов. Понимание моделей материнства, которые есть у данной женщины. Проработка чувств в отношении собственной матери. Расширение жизненной перспективы. Отграничение чувств, относящихся к ребенку, от всех других чувств (дифференцировка внутренних переживаний молодой матери).

2. Работа с восприятием своего ребенка. Работа с беспокойным малышом — понимание невербального языка младенца. Мама теряет мотивацию, уверенность и спокойствие, если ей не удастся успокоить малыша. Работа над расширением материнской компетентности и чуткости. Специалист очень внимательно наблюдает за малышом, чтобы делать его понятным маме. Помогает ей выделять и обеспечивать его основные потребности и переживать свою компетентность. В отношении мамы специалист

дает ей — Holding (Опора, жизненный опыт, эмпатия для отражения ее чувств, контейнирование сложных чувств).

Ребенок с самого начала настроен на отражение эмоциональных состояний близкого взрослого. Именно через них они проживают обращенную к ним любовь и обретают базовое чувство доверия к миру. Усилия многих исследовательских групп: Trewarthen С. (1979); Brazelton Т. (1979, 2002); Tronik Е. (1979); Dornes (1993), Stern D. (1998), Meltzoff А.Н. (2007); Боулби Дж., Стерн. Д (1998), Мухамедрахимов Р.Ж. (2001), показали, что же младенец ждет от мамы, что ему очень от нее нужно. В зависимости от уровня мотивированности мамы специалист помогает ей различать потребности ребенка и вступать с ним в эмоциональный диалог, показывает ей, что она уникальна и единственна для него с первых часов его жизни, и что именно у нее он ищет защиты, и с ней он стремится к персональному обмену. В этом процессе самым главным компонентом материнской роли является ЧУТКОСТЬ, которая тренируется в процессе контакта с младенцем. Это работа с эмоционально-мотивационным слоем материнской роли.

3. Работа с когнитивным слоем социальной роли мамы.

Закрепление успехов в развитии чуткости, анализ результатов, расставление приоритетов, принятие решений. Наконец, мать начинает активно строить особую систему социальных связей, понимая ответственность как полномочия и ресурс. Открывает для себя другие стороны материнской роли, но уже на основе собственной мотивации и исходя из потребностей своего ребенка. Анализ ожиданий, требований: актуальные, важные, оправданные. Осознание их смыслов. Понимает свое материнство отчасти как возможность перевоссоздания, осознанного переписывания истории собственного детства. Понимание существующих ожидания (требований) от этой роли.

В ходе решения прохождения этапов тренинга по улучшению качества контакта с младенцем возникает или корректируется межличностная социальная установка, состоящая из трех компонентов, которая обеспечивает принятие и функционирование материнской роли.

СЕМЕЙНЫЙ КОНФЛИКТ КАК СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ

Лукин О.А.

Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова,
Республика Беларусь

gixsbpmg-pbsm@rambler.ru

Семейные конфликты - это противоборство между членами семьи на основе столкновения противоположно направленных мотивов и взглядов.

Эффективное супружеское взаимодействие определяется динамическим равновесием понятий «МЫ» и «Я». При слишком сильном развитии составляющей «МЫ» – всегда существует опасность торможения

личностного роста одного из супругов (а иногда и обоих). Если сильно развит «Я»-компонент – возникают предпосылки для разобщенностей и обид.

В любом конфликте оба партнера испытывают смешанные чувства. С одной стороны, каждый чувствует неприязнь, злость или ненависть к другому, желание, чтобы противник отказался от своей позиции, с другой – у оппонентов есть более доброжелательные чувства, порожденные всей совокупностью предыдущих отношений, а также стремление к взаимопониманию и согласию.

Открытость и эффективность общения конфликтующих сторон - это основное условие конструктивного разрешения конфликта. Поэтому порой имеет смысл в самом начале конфликта пойти на риск и как можно полнее, пусть даже в резкой форме, высказать друг другу то, что чувствуешь. В этот момент бессмысленно пытаться что-то решать, главное – не обидеть и не унижить партнёра.

Взаимное выражение чувств может помочь в создании условий для использования коммуникации в целях конструктивного обмена мыслями. А также следует избегать угроз, лжи, попыток манипуляции партнером, потому что эти действия продиктованы стремлением взять верх над противником, а не добиться обоюдного согласия. Конфликт разрешается успешнее, если обе стороны заинтересованы в достижении некоторого общего результата, побуждающего к сотрудничеству. Чем точнее определение существенных элементов конфликта, тем легче найти средства для эффективного поведения.

Последовательное поведение, направленное на преодоление конфликта в целом, предполагает несколько этапов:

1. Определение основной проблемы.
2. Определение причины конфликта.
3. Поиск возможных путей разрешения конфликта.
4. Совместное решение о выходе из конфликта.
5. Реализация намеченного совместного способа разрешения конфликта.
6. Оценка эффективности усилий, предпринятых для разрешения конфликта.

Предупреждение и разрешение семейных конфликтов следует рассматривать как основные виды деятельности по управлению такими конфликтами. Часто при разрешении семейных конфликтов пользуются услугами посредника.

Предупреждение семейных конфликтов зависит от всех членов семьи, и прежде всего от супругов. При этом следует иметь в виду, что некоторые мелкие семейные ссоры могут иметь позитивную направленность, помогая прийти к согласию по спорным вопросам и предотвратить более крупный конфликт. Но в большинстве случаев семейных конфликтов допускать не следует. Основные пути предупреждения семейных конфликтов зависят от потенциальных

субъектов конфликтного взаимодействия (супруги, родители, дети и родственники).

Существуют следующие пути предупреждения семейных конфликтов:

1. Формирование психолого-педагогической культуры, знаний основ семейных отношений (в первую очередь это касается супругов).

2. Воспитание детей с учетом их индивидуально-психологических и возрастных особенностей, а также эмоциональных состояний.

3. Организация семьи на полноправных началах, формирование семейных традиций, развитие взаимопомощи, взаимной ответственности, доверия и уважения.

4. Формирование культуры общения.

В заключение хотелось бы сказать, что конфликты - это неисчерпаемый объект познания, о котором нельзя узнать абсолютно все и исследовать на данном этапе человеческого развития.

СОЗАВИСИМОСТЬ КАК НЕНОРМАТИВНЫЙ КРИЗИС В СЕМЬЕ

Минуллина А.Ф.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

aidamin@rambler.ru

Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многочисленных сферах общественной жизни, в том числе и в семье.

С точки зрения системной семейной психотерапии, семья - это вид социальной системы, характеризующейся определенными связями и отношениями ее членов, проявляющимися в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций (Варга А.Я., 1996). Поэтому изменение социальной ситуации развития семьи или даже одного из ее члена может приводить к изменению всей системы внутрисемейных отношений, вызывая семейный кризис.

Под семейным кризисом понимают состояние семейной системы, характеризующееся нарушением гомеостатических процессов, приводящих к фрустрации привычных способов функционирования семьи и невозможности справиться с новой ситуацией, используя старые модели поведения (Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Валента Т.Ф., 2006).

На основе анализа литературы по проблеме кризисных ситуаций в семье можно выделить два направления к описанию семейных кризисов. Первое направление связано с изучением закономерностей жизненного цикла семьи, в рамках которого кризисы рассматриваются как переходные моменты между стадиями жизненного цикла и обозначаются нормативными (Антонов А.И., Медков В.М., Васильева Э.К., Обозов Н.Н., Обозова А.Н., Сатир В., Силяева Е.Г., Сысенко В.А., Райгородский Д.Я., Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. и др.).

Второе направление связано с анализом событий жизненного пути семьи: кризисы семьи могут вызываться некоторыми событиями, влияющими на стабильность семейной системы. Подобные кризисы могут возникать независимо от стадий жизненного цикла семьи и называются ненормативными (Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Валента Т.Ф., 2006).

В качестве ненормативного кризиса в семье можно рассматривать болезнь одного из ее членов, а также и созависимость (или зависимость от больного) остальных членов семьи. Болезнь одного члена семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. У членов семьи при этом возникают нарушения, обозначаемые термином созависимость (со - приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний).

Этот термин начал активно использоваться в психотерапевтической практике с конца 70-х гг. и чаще всего в связи и изучением функционирования партнера (жены) алкоголика. Однако по мере появления новых клинических данных было обнаружено, что синдром созависимости проявляется также у лиц, живущих с зависимыми от наркотиков или лекарств, в семьях, где есть хронические соматические или психические больные.

Проблема созависимости в зарубежной науке освещались М. Beattie, С. Dlack, J. Bradshaw, S. Covey, W. Feuerlein, S. Karpman, С. Hurcom, Р. Mellody, А. Miller и другими исследователями. В нашей стране созависимость стала активно изучаться в 80-гг. XX века (М. Битти, Н.Н. Иванец, В.Д. Москаленко, Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, В.П. Нужный, Э.У. Смит и др.).

Так, М. Битти приводит несколько определений, данных авторитетными в обсуждаемой области специалистами (Битти М., 1997). Созависимость – это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил, которые препятствовали открытому обсуждению личностных и межличностных проблем» (Р. Сабби).

М. Битти, характеризуя созависимого человека, указывает, что это «тот, кто позволил поведению другого сильно воздействовать на него и кто одержим попытками контролировать поведение другого человека». То есть с этой точки зрения, созависимость – это «постоянная концентрация мыслей на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональная, социальная, иногда физическая) от человека или объекта». Иногда такая зависимость становится патологическим состоянием, влияющим на все другие взаимоотношения. Этому феномену подвержены: а) все лица, находящиеся в браке или в любовных отношениях с зависимым; б) лица, имеющие одного или обоих зависимых родителей (либо бабушки, дедушки); в) лица, выросшие в эмоционально репрессивной семье.

Созависимость – это нарушение личности, основанное на необходимости контроля ситуации во избежание неблагоприятных последствий; невнимании к своим собственным нуждам; нарушение границ в области интимных и душевных взаимоотношений; слиянии всех интересов с дис-

функциональным лицом. Другие проявления – отрицание, депрессия, вызванные стрессом соматические заболевания (Whitefield C.Z., 1989).

Американский исследователь Смоли определяет созависимость как «паттерн усвоенных форм поведения, чувств и верований, делающих жизнь болезненной. Это зависимость от людей и явлений внешнего мира, сопровождающаяся невниманием к себе до такой степени, что мало остается возможностей для самоидентификации» (Whitefield C.Z., 1989).

Э. Ларсен дает свое определение данного термина: созависимость – «выученный набор поведенческих форм и дефектов характера», самопоражающего свойства, который приводит к снижению способности инициировать и участвовать в любовных отношениях.

По мнению Уэкшайдера-Круза, созависимость – это «постоянная концентрация мысли на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональная, социальная, иногда физическая) от человека или объекта. Иногда эта зависимость от другого человека становится патологическим состоянием, влияющим на все другие взаимоотношения» (Whitefield C.Z., 1989).

Е. Янг считает, что созависимость – это «плохое здоровье, нарушения адаптации и проблемы поведения, связанные с совместным проживанием с больным алкоголизмом» (Young E., 1987).

С точки зрения А.В. Шеф, созависимость – это «болезнь, имеющая множество форм и выражений и вырастающая из основного процесса, который я называю процессом развития зависимости» (Schaeff A.W., 1986).

В. Мендегол определяет созависимость как «вызванную стрессом концентрацию мысли на чьей-либо жизни, что приводит к нарушению адаптации» (Mendenhall W., 1989).

С.В. Березин, К.С. Лисецкий, И.Б. Орешникова определяют понятие «созависимость» как защитную компенсаторную реакцию на внутриличностный конфликт, выражающийся в поведении. Поведение, направленное на разрушение одной из сторон конфликта, авторами называется саморазрушающим поведением. В отношении же семьи наркомана, по их мнению, уместно определение саморазрушающейся семьи.

Другое определение данного понятия, близкое к предыдущему, дается Э.У. Смитом. Созависимость – «состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к дисфункции. Это закрепившаяся реакция на стресс, которая с течением времени становится скорее образом жизни, нежели соответствующим средством выживания. Даже когда источник стресса прекращает свое влияние, созависимый человек продолжает действовать в окружающей среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать» (Смит Э.У., 1991).

С. Hurcom, A. Copello отмечают, что созависимость «воспринимается большим числом психотерапевтов, исследователей и клиентов как полезный конструкт для объяснений трудностей многих людей, страдающих от пьянства своих родственников» (Hurcom C., Copello A., 2000).

Г. Клауд (1999) исследовал созависимость как базовое явление, понимание которого необходимо для анализа эмоциональных и психологических расстройств. Созависимое состояние личности, как отмечает Г. Клауд, является фундаментальным явлением и лежит в основе невроза.

По мнению Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой (2001), созависимость, - это аддикция отношений. Так, рассматривая вопрос о созависимом состоянии личности, Н.В. Дмитриева (2001) обращается к анализу структуры созависимости и объясняет причину трудностей, испытываемых созависимыми людьми. По мнению автора, отсутствие ощущения границ собственного «Я» делает невозможным здоровое функционирование, полноценный контакт с другим человеком, так как это приводит к появлению феноменов спутанности, смещения и «поглощения». Созависимые лица с расплывчатыми границами стремятся персонализировать все происходящее вокруг, усматривая в этом явления, имеющие к ним прямое отношение. Они принимают на себя ответственность за все происходящее.

Анализ дефиниций созависимости, по мнению С.В. Березина, К.С. Лисецкого, позволяет выделить некоторые существенные параметры этого феномена:

1. Созависимость связана с нарастанием личностных и межличностных проблем.
2. На поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм.
3. Созависимость связана с выхолащиванием, обеднением эмоциональной сферы личности.
4. Созависимость выражается в перемещении фокуса ответственности и контроля со своей жизни на жизнь другого человека.
5. Созависимость – это реактивный процесс, цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Таким образом, созависимость оценивается «как центральная проблема современной цивилизации» (Смит Э., 1991; Сатир В., 2000; Клауд Г., 1999; Иванец Н. 1988; Швец И.Г., 2001; Битти М., 1997; Мягер А., 1979; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1999).

По данным Е.А. Залученкова (1995), в психологии за последние сорок лет опубликовано более пяти тысяч статей и монографий, посвященных всевозможным аспектам анализа проблемы тревожности как одной из важных характеристик созависимости. Эта проблема рассматривается исследователями с разных сторон: и как побуждение, и как эмоциональное состояние, и как свойство и черта личности и т.д. Но до сих пор неясными остаются вопросы о природе и причинно-следственных связях этого феномена.

В.Д. Москаленко (1997) указывает, что небольшое количество толкований созависимости, имеющих в психологической литературе, свидетельствуют об отсутствии ясного представления о природе этого явления.

Индивидуально-психологические аспекты созависимости практически не разработаны. Само понятие «созависимость» не обозначено четкими критериями, не показаны границы, дающие возможность феноменологической дифференциации созависимых, аддиктивных паттернов поведения (Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Валента Т.Ф., 2006).

Отсутствие достоверных сведений о психологических механизмах, этиологии и психологической структуре созависимости является основной причиной недостаточной эффективности мероприятий, проводимых в рамках семейной психокоррекции и психотерапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАНОВ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ

Могильникова Т.С.

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

gootz@yandex.ru

Интенсивное развитие современного общества привлекло внимание ученых разных специальностей к жизненной проблематике в XX–XXI вв. Это можно объяснить, на наш взгляд, прежде всего, проблемами выбора жизненного пути, жизненных целей, проблемой самосознания личности. Понятиям «жизненный путь», «жизненная история», «субъект жизни» мы обязаны нескольким психологическим школам. История развития понятий «жизненный путь», «жизненная история», «субъект жизни» началась в результате развития системы знаний о человеке.

Изучение жизненного пути давно находится в фокусе внимания таких ученых как Ш. Бюлер, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Впервые понятие «жизненный путь» как психологический термин предложила Ш. Бюлер в начале XX века, проводя понимать жизнь не как цепь событий, а как структуру, имеющую закономерные этапы. аналогию между процессом жизни и процессом истории и назвав жизнь личности «индивидуальной историей». В своих работах она предлагает Ш. Бюлер ставила задачу не только понять личность через ее внутренний мир, но и раскрыть особенности ее реального жизненного пути.

Развитие науки позволило рассматривать жизненный путь с помощью понятия «жизненный сценарий», которое предложил Э. Берн. Он выделил жизненный сценарий как систему, структурирующую жизнь человека с детства и определяющую ее дальнейшее будущее и настоящее. Гуманистическое направление, напротив, развивало проблематику жизненного пути с позиции саморазвития.

В экзистенциальном направлении В. Франкл, И. Ялом говорят о значении понимания смыслов, побуждающих человека делать жизненные выборы, решать или отказываться от решения жизненных проблем. Как человек строит свою реальность, чем он руководствуется, ежедневно совершая

тысячи выборов, – на эти вопросы еще предстоит ответить науке психологии. В настоящей работе мы предлагаем рассмотреть планирование жизни субъектом как основу его жизнотворчества. Планирует ли человек события своей жизни, существует ли у него своя собственная система целеполагания или он совершает спонтанный выбор в рамках своего жизненного пути – это мы стремимся обсудить в своей работе.

Целью нашего исследования было изучение истории, теории и способов построения субъектом жизненных планов в контексте жизненного сценария. Исходя из цели исследования, нами была выдвинута следующая гипотеза: жизненный сценарий определяет способы планирования субъектом личностного времени и является качественным показателем в осуществлении предполагаемых событий жизни. На основе цели и гипотезы исследования, сформированы задачи работы: 1) изучение истории понятий «жизненный путь», «жизненный сценарий», «жизненный план»; 2) обзор теоретических подходов к изучению жизненного пути человека в отечественной и зарубежной психологических школах; 3) анализ эмпирических исследований в области изучения жизненного пути человека с целью разработки и апробации программы исследования; 4) организация и проведение апробации методик исследования в рамках пилотажных проектов; б) организация и проведение основного исследования, анализ и интерпретация полученных результатов с помощью качественных и количественных методов.

Предметом же исследования явилась взаимосвязь жизненных планов и жизненного сценария человека.

Мы предполагаем, что индивидуальный жизненный сценарий можно охарактеризовать с точки зрения индивидуальности его планирования, применения субъектом долгосрочных, краткосрочных и ежедневных способов планирования личностного времени. Это позволяет не только рационально распределить краткосрочные цели, но и спрогнозировать будущее, в том числе значимые события жизни. На основе сформированных цели, гипотезы, предмета и задач исследования нами был выдвинут объект исследования – лица в возрасте 25–55 лет, имеющие высшее образование.

На основе теоретического и эмпирического исследования, по итогам магистерской диссертации, было показано следующее.

Жизненный сценарий – одна их форм описания жизненного пути человека.

Жизненный сценарий человека – это протекающий во времени и пространстве план, имеющий индивидуальные характеристики, поэтому он также может характеризовать жизненный сценарий личности с точки зрения индивидуальности и нормативности.

Индивидуальный сценарий имеет специфические особенности, связанные с субъективными оценками человека уникальности собственной жизни и уровнем осознанного планирования личностного времени.

Низкие субъективные оценки уникальности собственной жизни характерны для респондентов, исполняющих нормативный сценарий.

Жизненный план человека – часть жизненного пути, часть жизненного сценария.

Жизненный план формируется с возрастом, трансформируется в процессе жизнедеятельности субъекта.

Жизненные планы выстраиваются субъектом на основе его когнитивных психических процессов.

Планирование – часть прогностической функции, связанная с особенностями личности человека.

Эффективное планирование личностного времени субъектом позволяет ему достигать высокого уровня самореализации, быть субъектом жизни.

Взаимодействие сценария и планов проходит в соподчиненном действии, что позволяет субъекту использовать различные виды планирования.

Планирование личностного времени характеризует субъектность личности человека.

Активность, ощущаемость настоящего и будущего времени субъектом указывает на такие личностные качества, как целеустремленность, самостоятельность, активность личности.

Перспективность жизненных планов, прогнозирование будущих значимых событий является критерием индивидуальности жизненного сценария в том случае, когда субъект, включает в него индивидуальные планы саморазвития, самореализации, достижение персональных целей.

На формирование и развитие жизненного сценария оказывает влияние образование родителей, порядок рождения, взаимоотношения в родительской семье.

Способы планирования жизни, исполнение определенного типа сценария зависят от позиции родителей субъекта, активного участия в его жизни.

Высокий уровень удовлетворенности жизнью характерен для респондентов с индивидуальным жизненным сценарием.

Респонденты с индивидуальным сценарием склонны к письменному виду планирования.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОДИНОЧЕСТВА У ЮНОШЕЙ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ КРЕАТИВНОСТИ

Мельник Л.В., Иващенко Д.М., Бобкова Е.Н.

**Медицинский институт, Тульский государственный университет,
г. Тула**

[*karambooo@mail.ru*](mailto:karambooo@mail.ru)

Проблема одиночества всегда волновала человечество, занимая умы ученых, писателей, философов. В последнее время этой проблеме посвящаются все новые и новые работы, исследующие сущность

одинокости, причины его возникновения, характерные проявления и влияние на разные категории людей в разные периоды жизни. Однако в настоящее время не существует единого мнения о том, что же такое одиночество: беда или счастье, норма или патология. Различные философские течения и психологические школы рассматривают одиночество то как единственно возможную основу человеческого бытия, то как противоестественное для человека состояние, патологию и проявление слабой приспособляемости личности, то как социальную проблему, следствие развития современных общественных сил.

Общим в различных психологических и философских подходах является понимание одиночества как *состояния человека, сознающего факт своей отстраненности и отчужденности от мира других людей*. Отчужденность человека от других людей может быть следствием и реального отсутствия круга общения и значимых связей, и восприятия человеком своих социальных контактов как неудовлетворительных.

В своей работе мы придерживаемся экзистенциального направления в изучении одиночества, основываясь на теоретических представлениях И. Ялома, К. Мустакаса, и др. представителей экзистенциального подхода в психологии.

Исследование проводилось на базе Тульского государственного университета и Тульского музыкального училища имени Даргомыжского.

В исследовании приняли участие 53 человека. Выборка – смешанная. Возраст испытуемых варьировал от 17 до 23. Уровень образования испытуемых: 1) высшее; 2) средне специальное.

Объектом данного исследования является чувство одиночества.

Предмет – экзистенциальное одиночество людей юношеского возраста с высоким уровнем креативности.

Гипотезы исследования:

Уровень креативности и переживание чувства экзистенциального одиночества – взаимосвязаны.

Чем выше уровень креативности, тем сильнее переживание чувства экзистенциального одиночества; не существует взаимосвязи между экзистенциальным одиночеством и одиночеством в социальной среде; не существует взаимосвязи между уровнем креативности и чувством одиночества в социальной среде.

Испытуемым были предложены бланки трех методик. Исходя из предположения, что в социуме одиночество представляет собой социальное пятно и поэтому люди могут давать искаженные ответы, чтобы выглядеть менее одинокими, – целью исследования было заявлено изучение некоторых личностных особенностей. Таким образом, была сделана попытка обойти проблему социально нежелательных ответов. Инструкции зачитывались исследователем. Диагностика проводилась анонимно, с добровольного согласия испытуемых. Впоследствии при желании испытуемые были ознакомлены с обработанными данными и основными тезисами исследования.

В исследовании были использованы следующие методики.

Для выявления уровня креативности был выбран фигурный тест творческого мышления П. Торренса, при анализе результатов учитывались две шкалы: оригинальность и разработанность.

Креативность по Торренсу – индивид становится чувствителен к проблемам, дефициту и пробелам в знаниях, к объединению разноплановой информации, к дисгармонии элементов; определяет связанные с этим проблемы; ищет их решение, выдвигает предположения и гипотезы о возможностях их решениях; проверяет и опровергает эти гипотезы; модифицирует их; перепроверяет их; обосновывает результат.

Уровень одиночества в социальной среде диагностировался с помощью «Методики диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела (Шкала одиночества Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе – UCLA).

Методика выявления тенденции к переживанию экзистенциального одиночества – разработана авторами исследования.

Анализ литературы позволил сделать вывод о том, что проблема переживания экзистенциального одиночества изучалась только теоретически.

В психологической литературе мы не обнаружили исследований и экспериментов для более глубокой проработки этой проблемы. Однако актуальность ее очевидна. Это послужило основанием для экспериментальной разработки «Методики выявления тенденции к экзистенциальному одиночеству».

Экзистенциальное одиночество – это субъективное переживание, характеризующееся осознанием собственной непреодолимой изолированности от мира, от людей, этому осознанию могут способствовать столкновения с пограничными жизненными ситуациями (рождение, смерть, жизненные перемены, трагедия), а также личностные особенности (глубокая рефлексия, интеллектуальное развитие, творческая направленность и др.).

«Изоляция - экзистенциальное одиночество - вызвана непреодолимым разрывом между Я и Другими, разрывом, который существует даже при очень глубоких и доверительных межличностных отношениях. Это один из тех беспощадных фактов жизни, одна из данностей существования, столкновение с которыми вызывает боль, обычно поверхностную, и лишь минутами по-настоящему глубокую. Боль судьбы. Боль существования. Боль, которая всегда с нами, которая постоянно прячется за поверхность жизни и которую так легко ощутить» – такое определение дает представитель экзистенциальной психологии И. Ялом.

В рамках исследования была проведена попытка валидации авторской методики. После проведения корреляционного анализа, были определены корреляции между вопросами методики определения тенденции к экзистенциальному одиночеству. Выяснилось, что большинство вопросов методики имеют довольно большую корреляцию между собой. Из этого можно сделать предположение о валидности методики. Решение этой про-

блемы выходит за рамки этой работы, однако возможна дальнейшая разработка этого вопроса на большей выборке испытуемых.

Хочется еще раз отметить, что впервые в данной работе была осуществлена попытка создания диагностического опросника для выявления тенденции к экзистенциальному одиночеству. Естественно, что данная методика требует дальнейшей разработки, апробации на более обширной выборке, серьезной валидизации, глубокой проверки надежности и достоверности. Авторами данной работы было проведено только пилотажное исследование. Однако уже сейчас, проанализировав полученные результаты, можно сделать вывод о достаточной диагностивности и наглядности методики.

Данная работа является лишь маленькой частью практически возможного глобального исследования по изучению экзистенциального одиночества, охватывающего людей всех возрастов с различными уровнями креативности.

Обработка и анализ результатов позволяют сделать вывод, что все гипотезы подтвердились. Из этого следует, что:

Уровень креативности и переживание чувства экзистенциального одиночества действительно взаимосвязаны. Это подтверждается тесной корреляцией параметров.

Выявление причинно-следственных связей в этой системе может лечь в основу последующих исследований. Мы можем сделать предположение, что причинно-следственные связи носят взаимообратный характер, однако это требует доказательства

Чем выше уровень креативности, тем сильнее переживание чувства экзистенциального одиночества. Это доказывается корреляционным анализом и анализом графиков распределения. В данном аспекте проблемы можно предположить существование характеристик, дополняющих эту систему (высокий уровень интеллекта, глубокая рефлексия, смысло-жизненная ориентация и др. – предположение автора). Это также является возможностью для дальнейшей работы.

Действительно, не существует взаимосвязи между экзистенциальным одиночеством и одиночеством в социальной среде.

Действительно, не существует взаимосвязи между уровнем креативности и чувством одиночества в социальной среде.

Две последних гипотезы также подтвердились в результате исследования, это еще раз доказывает что существуют разные причины переживаний, которые называют одним словом – одиночество, что чувство одиночества у разных людей может иметь под собой разные основания.

В заключение хотелось бы сказать, что психолог может помочь человеку понять природу одиночества, возможности и невозможности преодоления его, «приручить» свое одиночество, сделав его более конструктивным и менее разрушительным. И это не так уж мало.

БОЛЕЗНЬ КАК СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ

Мельник Л.В., Бобкова Е.Н., Ефимова Е.В

Медицинский институт, Тульский государственный университет

г. Тула

karambooo@mail.ru

Проблема психосоматических заболеваний остро стоит перед практикующими врачами и психотерапевтами. По данным ВОЗ, от 38 до 42% пациентов, обращающихся к врачам, относятся к группе психосоматических больных (Малкина-Пых И.Г. «Психосоматика. Справочник практического психолога»).

Мы считаем, что данная группа в своём лечении требует целостного подхода, сочетающего в себе медикаментозную и психотерапевтическую помощь.

В настоящее время человек утратил чувство реальности окружающего мира, своей принадлежности к нему, ответственности за свою судьбу, понимания своего участия в сотворении своего мира, что в конечном итоге привело к потере смысла его жизни.

Страх перед одиночеством и смертью, экзистенциальная фрустрация являются непосредственной причиной ноогенного невроза, проявляющегося в психосоматике (Frankl, 1956, p. 125). Необходимо отметить, что при возникновении психосоматического заболевания возникает «порочный круг» патогенеза, под влиянием болезни страхи и фрустрация усиливаются, тем самым утяжеляя её течение. Основным же элементом данного круга является атипичная тревога. Помимо соматических жалоб пациенты также предъявляют жалобы на чувство одиночества, изоляции, опустошённости, отстраненности.

Следовательно, в основе психосоматического заболевания лежит тревожный невроз, вследствие которого происходит нарушение работы вегетососудистой, эндокринной, иммунной систем. Тревога, в данном случае, - это «страх смерти и одновременно страх жизни в целом» (Frankl, 1986, p. 180).

Во время психотерапевтических сессий складываются новые отношения (между психотерапевтом и клиентом), в которых открываются новые перспективы для человека в принятии смерти и одиночества, в созидании своего смысла жизни. Формируется взгляд на болезнь как на возможность личностного роста, которая подкрепляется верой в будущее. Таким образом, пациент начинает воспринимать болезнь, как важный и неотъемлемый этап своей жизни, и понимать, что он «человек, который-ответствен-за-выбор-своего-существования» (May, 1958a, p. 41), и болезнь перестаёт быть способом существования. Цель логотерапии в сложившейся ситуации — помочь пациентам «найти цель и смысл своего существования», помочь им «достичь наиболее полной активизации» своей жизни (Frankl, 1986, p. 54).

Мы считаем, что важным этапом в работе с психосоматическими пациентами является углубление осознания уникальности их собственной жизни, своей смертности, что помогает по-новому взглянуть на свою жизнь, переориентировать свои цели и стремления, научиться ценить настоящий момент. Для нас важным результатом в работе является уменьшения сензитивности к смерти и примирения со страхом смерти.

Одним из психологических аспектов болезни является ограничивающее влияние заболевания на жизнь человека. Анализируя сложившуюся жизненную ситуацию совместно с психотерапевтом, пациент осознанно принимает те ограничения, на которые он не может повлиять, и в то же время принимает на себя ответственность за преодоление ограничений, справиться с которыми у него есть силы.

Использование техники конфронтирования с изоляцией даёт больному возможность по-новому взглянуть на межличностные отношения, понять, что независимо от заболевания человек рождается, живёт и умирает в одиночестве. Таким образом, разрушается ассоциация «болезнь-одиночество», и страх перед ним перестаёт быть одним из звеньев в цепочке патогенеза. В то же время при работе с пациентами, использующими «бегство в болезнь» как путь преодоления страха одиночества, мы добиваемся разрушения ассоциации «болезнь-забота-спасение от одиночества».

Мы считаем, что главной задачей в экзистенциальном подходе является принятие пациентом отсутствия универсального смысла жизни и понимание того, что свою жизнь смыслом они наполняют сами. При решении поставленной задачи пациенты перестают чувствовать пустоту своей жизни, её бессмысленность и бесцельность, что формирует мотивацию к преодолению болезни и повышает эффективность её лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОТКЛОНЕНИЯХ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Наумова А.А.

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

annclever@rambler.ru

В настоящее время интерес к проблеме отклоняющегося поведения возрос в связи с кризисными процессами, которые переживает современная Россия и мир в целом. Особенно пристальное внимание отечественные и зарубежные исследователи уделяют специфике, особенностям и формам девиантного поведения подростков и молодежи. И это неудивительно, учитывая то, что именно эта социальная категория становится наиболее уязвимой в условиях сложившегося экономического, социального и морального кризиса. Ряд исследователей указывают на то, что в связи с отмеченными кризисными процессами произошло изменение характера и структуры отклоняющегося поведения у подростков. Его развитие в под-

ростковой среде идет по кумулятивному варианту путем заимствований извне девиантных форм поведения: ранняя алкоголизация слабоалкогольными напитками, токсикомания с использованием современных средств, производимых зарубежной химической промышленностью, полинаркомания, распущенность в сфере сексуальных отношений, эгоизм, дегуманизация межличностных и межгрупповых отношений.

Что же собственно понимается под «девиантным поведением»? Ю.А. Клейберг отмечает, что и отечественные, и зарубежные авторы связывают девиантное поведение с «каким-либо несоответствием человеческих поступков, действий, видов деятельности, распространенным в обществе или группах нормам, правилам поведения, идеям, стереотипам, ожиданиям, установкам, ценностям». Однако взгляды ученых могут расходиться относительно понятия «нормы», от которой идет отклонение поведения.

Одни исследователи полагают, что за основу должны браться нарушения социальных норм, другие включают в рассматриваемое понятие только отклонение от правовых норм, третьи – социальную патологию. Помимо этих подходов к объяснению понятия девиантного (отклоняющегося), поведения существует еще и медицинское рассмотрение данного феномена. Здесь речь идет об отклоняющемся поведении относительно оси «здоровье – патология» и его отнесении к промежуточной форме между нормой и нездоровьем. Кроме того, в понятие «отклоняющееся поведение» включают и такие формы, которые вовсе не связаны с отрицательными проявлениями, а именно творчество, нестандартность и нонконформизм в поведении. По мнению Т.А. Донских и Ц.П. Короленко, именно индивиды с описываемыми характеристиками поведения являются двигателями прогресса и развития общества.

Е.В. Змановская выделяет три критерия определения понятия «норма» в гуманитарных науках: психопатологический, социально-нормативный и индивидуально-психологический.

Первый – *психопатологический* – используется в медицине и существует в рамках системы «здоровье – болезнь», базирующейся на МКБ-10. Как отмечает Е.В. Змановская, в существующей ныне классификации болезней, девиантное (отклоняющееся) поведение не выделяется в качестве отдельной группы расстройств. Это означает, что данный вид поведения может находиться между болезнью и здоровьем и относиться к категории донозологии. Однако к данной категории можно отнести и акцентуации характера, которые, в свою очередь, также являются крайними вариантами нормы и также занимают промежуточное положение в континууме «здоровье – болезнь». Следовательно, специфика понятия «отклоняющееся поведение» не может быть описана исключительно на основе психопатологического критерия оценки нормы и аномалии.

Второй – *социально-нормативный* – критерий базируется на понятии социальной нормы и актуального общественного строя. В связи с этим критерием, поведение, соответствующее общепринятым требованиям и

порядкам современного общества, считается нормативным, противоположное же поведение рассматривается как отклоняющееся. Становится очевидным, что такое определение нормы и отклонений от нее является наиболее динамичным, ввиду неизбежно происходящих непрерывных общественных изменений. Следует отметить, что наиболее существенным изменением в общественном строе нашей страны за последнее время, явился распад советского государства, повлекший за собой смену социальных норм и ценностей. Основным показателем нормальности поведения по социально-нормативному критерию – уровень социальной адаптации личности. Однако нормальная адаптация представляет собой равновесие между ценностями индивида и требованиями окружающей его социальной среды.

Именно здесь стоит перейти к рассмотрению третьего индивидуально-психологического критерия – *нормативности*. Бесспорно, в последнее время такие понятия, как «индивидуальность», «личность», «идентичность» приобретают все большую ценность. Соответственно индивидуально-психологическому критерию нормативности поведения современный человек не ограничивается исключительным выполнением социальных норм и требований, но осуществляет непрерывный процесс самопознания и саморазвития. Как отмечает Е.В. Змановская, «основополагающими качествами личности в нашу эпоху можно назвать: ее внутреннюю позицию по отношению к внешнему миру и себе, способность принимать решения и делать выбор, а также личную ответственность за собственное поведение». Следовательно, отсутствие перечисленных качеств (или же их незрелость – в случае с подростками) в итоге способно привести к возникновению отклоняющихся форм поведения.

Таким образом, девиантное (отклоняющееся) поведение по Е.В. Змановской – это «устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся социальной дезадаптацией».

В связи с тем что исследованием проблемы отклоняющегося поведения личности занимаются специалисты из различных научных областей, существует целый ряд подходов к выделению и классификации его форм. Остановимся на некоторых из них.

Проанализировав работы отечественных авторов, М.Г. Дмитриев и Ю.А. Парфенов выделили пять типов отклоняющегося поведения: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей. Помимо этих типов они описали одиннадцать клиничко-психологических форм девиантного поведения: агрессивное и аутоагрессивное поведение, злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности; нарушения пищевого поведения, аномалии сексуального поведения, сверхценные психологические увлечения, сверхценные психопатологические «увлечения», характероло-

гические и патохарактерологические реакции, коммуникативные девиации, аморальное и неэстетическое поведение.

Однако в рамках данной работы нас будут интересовать некоторые формы отклоняющегося поведения подростков, выделяемые с точки зрения психологического подхода. Авторы, относящиеся к описываемому подходу, базируют выделение форм девиантного поведения на нескольких критериях: вид нарушаемой нормы; психологические цели поведения и его мотивация; результаты данного поведения и ущерб, им причиняемый; индивидуально-стилевые характеристики поведения.

Основываясь на первом и третьем критериях, Е.В. Змановская описывает три группы отклоняющегося поведения: антисоциальное (делинквентное) поведение, асоциальное (аморальное) поведение, аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение.

Антисоциальное (делинквентное) поведение – это поведение, противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей. У подростков к такому поведению относятся: воровство, хулиганство, кражи, грабежи, вандализм, физическое насилие, торговля наркотиками.

Асоциальное поведение – это поведение, отклоняющееся от морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений. В подростковом возрасте наиболее распространены уходы (побеги) из дома, бродяжничество, школьные прогулы или отказ от обучения, ложь, агрессивное поведение.

Аутодеструктивное (саморазрушительное поведение) – это поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности. Спецификой аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте является его опосредованность групповыми ценностями. Группа, в которую включен подросток, может порождать следующие формы аутодеструкции: наркозависимое поведение, самопорезы, компьютерная зависимость, пищевые аддикции, реже – суицидальное поведение.

Наличие такого разнообразия в классификации и выделении форм и типов отклоняющегося поведения свидетельствует о сложности и многогранности изучаемого феномена. Однако рассмотрение проблемы девиантного поведения подростков с позиций различных подходов позволяет лучше раскрыть его природу и динамику, что, в свою очередь, является необходимым условием для создания адекватной системы психопрофилактики и психокоррекции отклонений поведения, в частности у подростков.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ВЫГОРАНИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ

Недуртвева Т.В., Каськова Д.С., Баркова В.Л.

Курский государственный медицинский университет
Курский институт социального образования (филиал) Российского
государственного социального университета, г. Курск

nedurtv@yandex.ru, kaskdiana@yandex.ru

Наполненность профессиональной деятельности влиянием стрессогенных факторов возрастает, в группу риска по подверженности «выгоранию» попадают те сферы профессиональной деятельности, которые считались относительно безопасными. Компенсация «выгорания», как правило, приводит к злоупотреблению алкоголем, наркотиками и другими психотропными средствами. Таким образом, «выгорание» однозначно относится к прогностически неблагоприятным состояниям, деформирующие последствия которого недостаточно изучены.

Методологический анализ и интеграции современных отечественных и зарубежных подходов, а также эмпирическая оценка наиболее важных аспектов исследования состояния выгорания и стресса позволяют говорить о понятийном многообразии существования данных феноменов, симптоматическом многообразии, а также наличии различных условий, детерминирующих их формирование, проявление и взаимообусловленность.

Так, согласно К. Маслач (1997), под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Также, опираясь на работу (1997) по историческому и концептуальному исследованию эмоционального выгорания, можно сказать, что стресс, вызванный эмоциональной загруженностью контактов человека, часто рассматривается как причина эмоционального выгорания.

Распространено описание «эмоционального выгорания» как «ощущение физического и духовного истощения, которое начинается как стресс, связанный с работой, но может затрагивать гораздо большие стороны жизни человека» (Никифоров Г.С., 2003; Борисова М.В., 2003; Маслач К., 1981; А. Pines, Aronson, 1988). При этом эмоциональное выгорание в современном толковании также рассматривается как один из новейших механизмов психологической защиты (Бойко В.В., 1999) при переживании стрессовой ситуации.

Профессиональное выгорание как состояние, имеющее в своей основе профессионально-деятельностную основу, - это долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности (Гришина Н.В., 1997; Старченкова Е.С., 2002; Perlman В., Hartman Е.А., 1982). Рядом авторов синдром «выгорания» описывается как профессиональный кризис, связанный с работой.

Несмотря на общность, между феноменами стресса и выгорания существует и определенные различия. Эти различия обусловлены временными характеристиками процесса протекания, степенью распространенности и спецификой влияния на поведение и деятельность субъекта.

Во-первых, по критерию длительности процесса протекания выгорание, в отличие от стресса, представляет собой растянутый во времени профессиональный стресс и хроническое дисфункционирование (Brill P.L., 1984).

Во-вторых, в соответствии с точкой зрения ряда ученых (Селье Г., 1960; Бодров В.А., 1995; Китаев-Смык Л.А., 1983; Леонова А.Б., 2000), стресс представляет собой адаптационный синдром, который мобилизует все стороны психики человека. Выгорание является дезадаптационным феноменом (Форманюк Т.В., 1994; Орел В.Е., 2005; Burke R.J., Greengalass E.A., 1995; Gross G.R., Larson S.J, Urban G.D., Zupan L.L., 1994), дезорганизирующим деятельность и поведение субъекта.

В-третьих, в отличие от стресса, возникающего в различных сферах жизнедеятельности, выгорание преимущественно затрагивает профессиональную сферу, представляя собой профессиональный синдром, и наиболее ярко проявляется в социономических профессиях (Форманюк Т.В., 1994; Бойко В.В., 1999; Ронгинская Т.Г., 2002; Орел В.Е., 2005).

Современные исследования, посвященные профессиональному здоровью врачей, выражают обеспокоенность негативного влияния, медицинской работы для практикующих врачей, а поскольку их здоровье жизненно важно для безопасности и качества оказываемой помощи, необходимо проявить серьезную озабоченность в его изучении. Профессиональное здоровье врачей - это определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность. В изучении профессионального здоровья врачей актуальным является исследование состояния выгорания и профессионального стресса как взаимообуславливающих и детерминирующих феномена.

В течение ряда лет мы занимаемся изучением профессионального здоровья врачей. На сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что профессия врача и условия его деятельности представляют собой психологическую почву для развития различных психосоматических и невротических расстройств, аддиктивного поведения. Кроме вредных для здоровья последствий, указанные процессы могут приводить к профессиональной дезадаптации и функциональной деградации как отдельных специалистов, так и целых коллективов.

В связи с этим актуальным вопросом практической психологии является изучение профессионально-деятельностных состояний врачей и разработка мероприятий психологического сопровождения для оптимизации индивидуального состояния и группового климата.

Целью нашего исследования является изучение профессионального стресса и выгорания в профессиональной деятельности врачей.

В течение 2007-2011 гг. на базе областной клинической и городских больниц города Курска и больницы скорой медицинской помощи г. Белгорода мы проводили групповое и индивидуальное исследование врачей-хирургов, врачей-терапевтов и врачей скорой медицинской помощи. Общий объем выборки исследуемых составил 318 человек.

В исследовании использовались эмпирические методы: наблюдение, беседа, архивный метод, психодиагностические методы (методика Maslach Burnout Inventor – MBI (С. Maslach, S.E. Jackson, Шкала депрессии Э. Бека, Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Тарабрина Н.В., 1996), самооценочный тест «Характеристики эмоциональности») и методы количественной и качественной обработки данных.

Решая задачу исследования, состояния выгорания в группах врачей, мы получили следующие результаты.

В группе врачей-хирургов 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 врачей-терапевтов 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 врачей 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 во всех группах врачей происходит формирование симптоматики состояния выгорания. Причем исследование значимости различий общего показателя выгорания (132, 380, 136, 321, 102,5, 190) показало, что в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи этот показатель 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.

Исследование уровня депрессии у врачей явилось следствием анализа теоретических и существующих практических работ о связи выгорания и депрессии. Нами были получены статистически значимые различия по критерию U Манна-Уитни по показателю депрессии в группе врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи, что подтверждает ранее полученные данные исследования состояния выгорания.

Полученные данные по опроснику выраженности психопатологической симптоматики в исследуемых группах показали значимость показателя соматизация в группе врачей – хирургов (1,47; 1,23), которая отражает состояние дистресса, возникающего из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие и проявление реальных соматических заболеваний и расстройств.

Исследование эмоциональной сферы врачей показало, что высокие показатели по шкалам длительность эмоции, эмоциональная возбудимость, интенсивность эмоции, отрицательное влияние эмоции на эффективность деятельности и общения выявлены в группах врачей-хирургов и врачей скорой медицинской помощи. Во всех группах врачей высокие показатели отрицательного влияния эмоций на профессиональную деятельность и общение оказались высокими.

Полученные результаты исследования состояния выгорания и его фаз соответствуют полученным данным исследования эмоциональной сферы медицинских работников: формирующееся состояние выгорания приводит к изменениям в эмоциональной сфере как профессионально-личностной деформаций врачей.

Это позволяет говорить о влиянии содержания труда, как наполненного стрессогенными факторами на личность врачей и их профессиональное здоровье. Однако полученные данные значимости различий изучаемых нами показателей выгорания, депрессии, соматизации указывают на дифференцированное влияние содержания профессиональной деятельности на врачей

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Никишина В.Б., Запесоцкая И.В., Золотухина Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

vbnikishina@mail.ru, zapesotskaya@mail.ru

Профессиональная деятельность как система может исследоваться как в структурно-динамическом, так и феноменологическом аспектах, но и в одном и другом случае возникает проблема ее оценки со стороны критериев ее реализации. Таким системообразующим, выполняющим индикативные функции выступает социально-психологическая адаптация-дезадаптация.

Социально-психологическая адаптация представлена в виде процесса активного приспособления к специфике профессиональной деятельности;

принятия и присоединения специфических знаний, умений и навыков; основания формирования положительного отношения к профессии, - все это запускает процесс успешного присоединения к профессии, а как следствие – повышение уровня удовлетворения от реализации профессиональной деятельности, что проецируется на профессиональной деятельности в виде трансляции эмоционального комфорта. В данном случае важная роль отводится не только внешним факторам, определяющим условия адаптации и регулирующим данный процесс, но также и личностным аспектам, способам адаптации, которые определяют результативные показатели и скорость протекания процесса адаптации. Высокий уровень социально-психологической адаптации личности в профессиональной сфере следует рассматривать в качестве индикатора успешного становления субъекта как профессионала в специфической сфере деятельности (Реан А.А., 2006).

Процесс адаптации личности в рамках данного исследования будет представлен с точки зрения качественных и уровневых характеристик. Процесс адаптации-дезадаптации реализуется в изменении профессиональной идентичности, а также эффективности профессиональной деятельности. Параметрами социально-психологической адаптации, согласно концепции К. Роджерса и Р. Даймонда, являются адаптированность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность и доминирование.

Факторы социально-психологической адаптации-дезадаптации в профессиональной деятельности представителей правоохранительных органов включают психологические, организационные, субъектно-деятельностные. Организационные факторы представлены, с одной стороны - строгой регламентацией деятельности, с другой – нестабильность, графика работы (Буданов А.В., 1992; Климов Е.А., 1995; Масленников Д.В., 2007; Т.Г. Стефаненко, 2003); психологическими выступают особенности межличностных отношений, особенности восприятия СП, как субъектов деятельности во внешней среде, социальный статус и ролевые позиции (Андреева Г.М., 1999; Ермолаева Е.П., 2008; Заковоротная М.В., Иванова Н.Л., 2003; Маркова А.К., 1996; Обозов Н.Н., 1990; Поваренков Ю.П., 1999; Чернышев А.С., 1991; Шибутани Т., 1998) и субъектно-деятельностными являются: высокий уровень ответственности, высокий уровень рискантности; высокий уровень конфликтности; высокий уровень эмоциогенности (Буданов А.В., 1992; Заковоротная М.В., 1999; Масленников Д.В., 2007; Стефаненко Т.Г., 2005). Согласно А.В. Буданову (1992) 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.).

Система внешних воздействий (факторов), влияя на профессиональную идентичность, проявляется в социально-психологической адаптации-дезадаптации.

Согласно Е.П. Ермолаевой (2008), феноменология профессиональной идентичности заключается в системном представлении аспектов социальной реализации профессионала как субъекта, включенного в структуру отношений человек-профессия-общество, в континууме различных степеней и уровней их взаимного соответствия как компонентов единой системы: от высшей формы - профессиональной идентичности, через различные степени неидентичных форм соответствия, до профессионального маргинализма, выражающегося в теневых функциях должностной роли и социально-значимых профессиональных ошибках, выступающих конечным звеном распада взаимосвязей в системе человек-профессия-общество и индикатором степени их рассогласованности.

В своих исследовательских рассуждениях мы руководствовались положениями теорий профессиональной деятельности личности, рассматриваемой как процесс, регулирующий траекторию развития профессиональной идентичности (Е.А. Климов, Н.В. Ключева, Д. Завалишина, О.Г. Носкова, А.К. Мракова, Ю.П. Поваренков); теорий социально-психологической адаптации личности (Б.Д. Парыгин, А.А. Налчаджян, А.А. Реан), согласно которым социально-психологическая адаптация есть процесс трансформации системы поведения личности под воздействием требований, предъявляемых к ней условиями среды, с целью совладания со специфической задачей; концепций социальной и профессиональной идентичности, рассматриваемой как осознание своей принадлежности к определенной профессии и профессиональному сообществу (Е.П. Ермолаева, Н.Л. Иванова, А.В. Казанская, Ю.А. Кумырина, Т.Г. Стефаненко, Л.Б. Шнейдер).

Для реализации цели и задач исследования был использован комплекс методов теоретико-методологического анализа (библиографический, обобщения, моделирования) и психодиагностических методов, а также методов статистической обработки. Психодиагностические методы: «Репертуарный тест ролевых конструктов» Д. Келли; методика «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» О.Ф. Потемкиной; методика «Диагностика мотивационной структуры личности» В.Э. Мильмана; методика «Интегральная

удовлетворенность трудом» А.В. Батаршева; опросник «Социально-психологической адаптации» К. Роджерса, Р. Даймонда; методика «Удовлетворенность избранной профессией» А.А. Реана, модификация методик В.А. Ядова, Н.В. Кузьминой; методика «Измерение профессиональной идентичности (МИПИ)» по Л.Б. Шнейдер (Реан А., 2006; Собчик Л.Н., 2005; Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М., 2002; Франселла Ф., Баннистер Д., 1987; Шнейдер Л.Б., 2003). Методы математической статистики: методы описательной статистики, сравнительной статистики (критерий значимых различий Манна-Уитни (U), угловое преобразование (φ) Фишера, методы корреляционной статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R)). Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета прикладных программ "Statistica 6.0" и программы "Excel – 2000".

Эмпирическое исследование проводилось в течение 2009-2011 гг. на базе отделов милиции по г. Курску и Курской области (далее - ОМ). Выборка представлена сотрудниками милиции (полиции) (далее – МИЛ). Общий объем выборки составил 86 человек в возрасте от 23 лет до 51 года. При формировании выборок контролировался образовательный уровень (высшее, неполное высшее образование).

В результате проведенного исследования можно констатировать наличие следующих тенденций. Для сотрудников правоохранительных органов с высоким уровнем социально-психологической адаптации характерна в целом сформированная структура профессиональной идентичности, а также средний уровень удовлетворенности трудом и избранной профессией.

Для сотрудников правоохранительных органов с низким уровнем социально-психологической адаптации характерно наличие внутренне противоречивой структуры профессиональной идентичности, проявляющейся в рассогласовании между оперативно-деятельностной, ценностно-ментальной и социально-нравственными составляющими, а также низкий уровень удовлетворенности трудом и избранной профессиональной деятельностью.

ХАРАКТЕРИСТИКА РОДИТЕЛЬСКИХ ПОЗИЦИЙ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС)

Радионова И.Б.

Барановичский государственный университет, Республика Беларусь
arina0404@rambler.ru

Рождение ребенка с особенностями психофизического развития является для семьи длительной психотравмирующей ситуацией. Оптимальная адаптация к особенностям ребенка и полное его принятие являются

решающими не только для полноценного функционирования семьи, но и для всестороннего развития ребенка.

Изучением родительских установок, стилей и типов родительского воспитания, формированием индивидуальных характерологических особенностей ребенка в рамках нормального или отклоняющегося поведения занимались в разное время отечественные и зарубежные авторы. Разные стили ухода и обращения с ребенком начиная с первых дней его жизни формируют те или иные особенности его психики и поведения. Эмоциональный контакт в диаде мать – ребенок является основой в развитии личности ребенка. Э. Эриксон подчеркивал, что эмпатийная, чувствительная к потребностям своего ребенка мать формирует у него базисное чувство безопасности к окружающему миру, что в дальнейшем станет основой для выстраивания взаимоотношений с людьми, восприятия новых жизненных ситуаций и меняющихся социальных условий. Особое значение гармонично развивающегося отношения матери с ребенком было подчеркнуто и сторонниками психоаналитической концепции Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Р. Спитц (Боулби Дж., 2004, Ainsworth M.D.S., Bowlby J., 1991). Центральным понятием в теории привязанности является «внутренняя рабочая модель», которая представляет собой неразрывное и взаимообусловленное единство себя и другого. Ребенок осознает себя через отношение к нему матери, а мать воспринимает как источник отношения к себе. Анна Фрейд утверждала, что мать, удовлетворяющая потребности ребенка, способствует его постепенной социализации, так как принцип удовольствия уступает принципу реальности. Эрик Фромм выделял как основу материнской любви – безусловность, которая является таковой по своей природе в противовес условной любви отца. Кроме того, в материнской любви Фромм выделял такой критерий, как неконтролируемость, что означает что ее нельзя заслужить и не возможно контролировать. При этом Фромм утверждал, что не существует ни первой любви, ни второй в чистом виде. Однако следует отметить, что материнское эмоциональное отвержение сказывается крайне губительным образом на формирование и становление личности ребенка, его социализацию (Фромм. Э., 1990).

По своей природе родительские установки амбивалентны, так как на их формирование влияют различные внешние и внутренние факторы. Стиль общения с ребенком репродуктивен, он во многом задается семейными традициями. Матери воспроизводят тот стиль воспитания, какой был свойствен их собственному детству, нередко повторяют стиль своих матерей. Характерологические особенности родителей являются одной из существенных детерминант родительского отношения.

Однако стоит отметить, что родительские позиции, установки определяются и особенностями самого ребенка. Е.А. Савина и О.Б. Чарова указывают на то, что ребенок с отклонениями в развитии предъявляет специфические требования к матери, которая осуществляет его связи с внешним миром должна стать своеобразным «буфером» между ребенком и средой. Специфика же отношений ребенка с расстройством аутистического спек-

тра и матери усугубляется особенностями самого ребенка, которые заключаются в эмоциональной холодности, отстраненности. В свою очередь, материнская любовь и забота остаются безответными, неподкрепленными чувствами ребенка. Л.С. Печникова исследовала материнское отношение к детям с синдромом раннего детского аутизма, где выделила, что матери часто не осознают болезнь ребенка, которая изначально обусловлена серьезной дефицитностью. Родительские позиции в отношении ребенка с расстройством аутистического спектра могут иметь разный характер. Некоторые родители недооценивают реальные успехи и возможности своего ребенка и тем самым акцентируют внимание на недостатках и сложностях, испытывают чувство стыда. Матери эмоционально отвергают и затрудняются в понимании специфики особенностей, связанных с аутистическими проявлениями и социальной адаптацией своего ребенка. В таких семьях, как правило, преобладает авторитарный стиль воспитания. С другой стороны родители преувеличивают умения и достижения ребенка, зачастую выполняя многое за ним или совместно, приписывают полученные результаты самостоятельности ребенку. В обоих случаях родительские позиции неэффективны в формировании личности и являются усугубляющим фактором в неуспешной социализации и адаптации ребенка с РАС.

Акцентируя внимание на спокойствии, терпеливости, справедливости и последовательности родителей в общении с проблемными детьми, А.Н. Смирнова подчеркивает необходимость особого, индивидуального подхода к ребенку, учета его особенностей.

А.Я. Варга (Варга А.Я., 1986) выделила следующие пять детерминант родительского отношения к ребенку:

- особенности личности родителя;
- клинико–психологические особенности ребенка;
- социокультурные и семейные традиции оформления родительского поведения;
- этологический фактор раннего контакта с матерью;
- особенности общения взрослых членов семьи между собой.

Выделение и осознание каждого фактора, влияющего на формирование родительского отношения к ребенку и формирование стиля воспитания, будут способствовать оптимизации детско-родительских отношений. В свою очередь, такие отношения будут положительно влиять на психическое развитие ребенка с РАС.

В нашем исследовании мы изучали особенности родительских позиций матерей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра. С этой целью матерям предлагалось заполнить 2 опросника, которые содержали утверждения о воспитании детей, это тест - опросник родительского отношения (ОРО), авторы А.Я. Варга, В.В. Столин, и переходный опросник «Измерение родительских установок и реакций» (PARI) Е. Шеффера. В исследовании принимало участие 20 матерей, воспитывающих детей в возрасте от 5 до 7 лет с расстройством аутистического спектра.

Для того чтобы результаты были более показательны, мы перевели тестовые баллы в процентильные ранги. Наибольшее в процентном соотношении количество баллов получено по шкалам «Симбиоз» - 71,28; «Маленький неудачник» - 68,13; «Авторитарная гиперсоциализация» - 57,99. Наименьшие показатели получены по шкалам «Образ социальной желательности поведения» - 30,75 и «Принятие – отвержение» - 46,86.

Полученные числовые данные позволяют предположить, что в родительских установках (позициях) матерей прослеживается тенденция к симбиотической связи с ребенком, инфантилизации и инвалидизации, стремлении к гиперсоциализации в воспитании, а так же неполном принятии своего ребенка.

В ходе проведения опросника «Измерение родительских установок и реакций» (PARI) Е. Шефера наибольшие значения были получены по факторам «Отношение родителей к ребенку» - 15,51 и «Излишняя концентрация на ребенке» - 13,87. Наименьшее значение обнаружили в факторе «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» - 11,25.

Наибольшие значения по отдельным аспектам-признакам получены в следующих: «Уравненные отношения» - 16,8; «Подавление агрессивности» - 16,05; «Вербализация» - 15,75; «Развитие активности ребенка» - 15,05; «Партнерские отношения» - 14,45; «Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка» - 14,2; «Чрезмерная забота» - 14,15.

Полученные числовые данные во многом совпадают с данными теста-опросника ОРО. Ребенок находится в центре внимания матери, которая стремится к подавлению агрессивности, развитию активности ребенка, лишая самостоятельности чрезмерным вмешательством в мир ребенка и чрезмерной заботой, ставя многочисленные ограничения и запреты. Вместе с тем матери стремятся к уравненным партнерским отношениям со своим ребенком.

Таким образом, полученные данные в ходе обследования испытуемых матерей позволяют сделать вывод об амбивалентности материнских позиций в отношении ребенка с расстройством аутистического спектра. С одной стороны, материнские установки (позиции) характеризуются симбиотической связью с ребенком, инфантилизацией и инвалидизацией, стремлением к гиперсоциализации в воспитании и неполном принятии своего ребенка. Характеризуются центрацией внимания на ребенке, стремлением к подавлению агрессивности, развитию активности ребенка, чрезмерным вмешательством в мир ребенка и чрезмерной заботой. С другой стороны матери стремятся к уравненным партнерским отношениям со своим ребенком.

Полученные результаты совпадают с исследованиями О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг. К концу дошкольного возраста ребенка его близкие обычно «торопят события», проявляя максимальное усердие в обучении школьным навыкам в ущерб необходимым занятиям по эмоциональному развитию. Продвижение в речевом развитии и возможность ребенка овладеть учебными навыками (чтением, письмом, счетом) к концу

дошкольного возраста являются для родителей главными критериями успешности его будущей социальной адаптации. Поэтому все физические и душевные силы матерей тратятся на бесконечное «натаскивание», а отдача при этом бывает недостаточной: пассивно ребенок владеет многим, а активно использовать свои знания и умения не может, так же как и проявить их в новой ситуации. Матери испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени, полностью акцентируя внимание только на семье (Bristol M., 1988; Wolf L., 1989).

Особенности детей с РАС влекут за собой нарушения, которые проявляются в неспособности социализироваться в обществе. В связи с этим развитие и формирование навыков общения, формирование стремления к инициированию и поддержанию межличностного взаимодействия у ребенка с расстройством аутистического спектра будет способствовать успешной социальной включенности его в общество.

От характера взаимоотношений родителей с ребенком зависит, насколько эффективны будут его контакты, с социальной средой в частности. Для воспитания и наиболее благоприятного развития ребенка с РАС важным представляется адекватное отношение семьи к его состоянию, и в особенности адекватные и положительные родительские позиции у матерей. Формированию таких установок у матерей необходимо уделять особое внимание в системе социально-психологической помощи семьям, имеющим ребенка с РАС.

ТРУДНОСТИ В АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Рахматуллина Э.Н.

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

taura5@yandex.ru

Сахарный диабет 1 типа (СД 1) – хроническое полиэтиологическое эндокринное заболевание, характеризующееся глубокими нарушениями углеводного, жирового, белкового и минерального обменов. Независимо от причин, эти нарушения в конечном итоге являются следствием абсолютно-го недостатка гормона инсулина. Абсолютный недостаток инсулина характеризуется резким снижением его синтеза инсулинсекретирующими бета-клетками островков поджелудочной железы и его секреции в кровь. В целом можно сказать, что несмотря на большой прогресс в изучении причин и механизмов развития сахарного диабета, он остается хроническим инвалидизирующим заболеванием, при котором полное излечение пока не возможно.

В последние десятилетия распространённость СД приобрела характер «неинфекционной эпидемии», особо удручающе выглядят сведения о заболеваемости СД1 в детском и подростковом возрасте. По данным Госу-

дарственного регистра сахарного диабета заболеваемость СД1 у детей за 10 лет выросла на 35,7% (с 59,4 до 80,6 на 100 тыс. детского населения), у подростков на 68,9% (с 108,5 до 183,5 на 100 тыс. подросткового населения) (Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л., Маслова О.В., Казаков И.В., 2011).

Не возникает сомнений в том, что дети и подростки определяют будущее общества и государства. От их здоровья и благополучия во многом зависят социальная, экономическая и другие сферы развития страны. Именно по этой причине важно не только направлять силы и средства на предотвращение заболеваемости, но и оказывать всестороннюю (социальную, медицинскую, психологическую) поддержку детям и подросткам, оказавшимся в ситуации острого стресса, коим, несомненно, можно назвать заболевание сахарным диабетом 1 типа.

Из-за резких и всеобъемлющих изменений личности подростковый возраст всегда считался критическим периодом. Переоценка своих возросших возможностей определяет стремление подростков к независимости и самостоятельности, болезненное самолюбие и обидчивость, повышенную критичность (Мухина В.С., 2011). А на фоне заболевания сахарным диабетом возможно обострение всех возрастных особенностей, что в конечном счёте может привести к декомпенсации болезни и нарушению адаптации подростка.

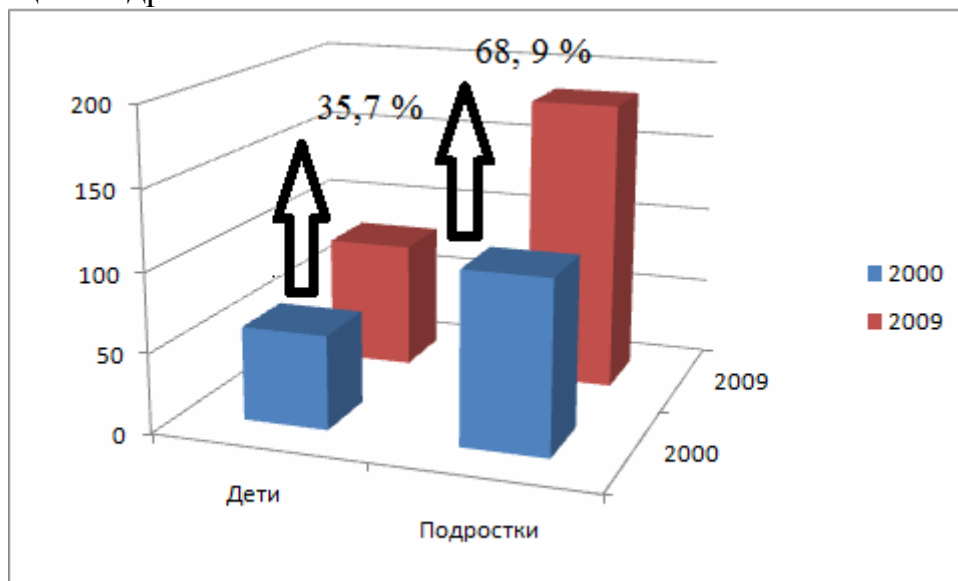


Рис. 1. Динамика распространённости СД 1 в Российской Федерации за 2000 – 2009 гг. (чел. на 100 тысяч соответствующего населения)

Хорошая компенсация диабета во многом зависит от психической адаптации подростка к заболеванию и того, насколько подросток успешно справляется с трудностями, возникающими вследствие постановки у него диагноза сахарный диабет 1 типа. Анализ этих трудностей и посвящена данная статья.

Амбулаторно и в условиях стационара было обследовано 60 подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа: 33 девочки и 27 мальчиков в возрасте от 13 до 16 лет. Стаж заболевания составлял от 1 года до 11 лет, в

выборке присутствовали 3 подростка с первично выявленным диабетом. 31 больной находился в стадии средней компенсации заболевания ($HbA1c < 9\%$), 13 в стадии хорошей компенсации ($HbA1c < 7\%$), 16 – в стадии декомпенсации ($HbA1c > 12\%$). Все подростки получали инсулинотерапию, согласно плану лечения.

Для исследования трудностей в адаптации к заболеванию и субъективных переживаний болезни были использованы следующие клинико-психологические методы: наблюдение, анкетирование, свободное описание подростками трудностей в адаптации, структурированное интервью.

Подростки с сахарным диабетом 1 типа сталкиваются со многими как физическими, так и психологическими проблемами. Абсолютное большинство (48 человек) склонны расценивать диабет как фактор, способствующий отсутствию «нормальной жизни», собственное здоровье воспринимается в прошедшем времени: «когда я была здорова, я могла ездить куда хотела», «постоянные ограничения в еде, то гипо- (*прим. гипогликемия - патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации глюкозы в крови ниже 3,5 ммоль/л*), то гипер- (*прим. гипергликемия патологическое состояние, характеризующееся повышением концентрации глюкозы в крови выше 9 ммоль/л*), в еде многого не могу позволить, а так хочется, в общем, постоянный самоконтроль...». Особую трудность для подростков представляют состояния гипогликемии, которые переживали все больные, участвовавшие в исследовании. Опасность «загиповать» вызывает беспокойство, а в некоторых случаях тревожное ожидание. Особенно ярко это отмечается у подростков (12 человек из выборки), у которых гипогликемия привела к развитию комы. «Я боюсь выходить из дома, а вдруг я опять упаду в кому», «страшно заниматься спортом, могу не почувствовать, как упадёт сахар», «боюсь, что упадёт сахар, а у меня не будет с собой сладкого».

Не менее тягостно переживается и необходимость постоянно соблюдать диету, следить за режимом питания. Здесь можно выделить несколько основных аспектов: 1) запрет на любимые продукты, сладости. Особенно трудно удаётся себя ограничивать девочкам – «я очень люблю шоколад, но не могу себе позволить часто его есть». Зачастую подростки нарушают диету именно за счёт потребления сладкого; такие нарушения могут быть связаны как с недостаточной зрелостью эмоционально-волевой сферы личности – «я же чуть-чуть», «от одной конфеты ничего не будет», «очень трудно сдержаться», так и с поведением подростка в группе значимых сверстников: «все зашли в кафе, а я что, буду просто так сидеть?». 2) фиксированное время приёма пищи, её количество. Здесь также возможны нарушения вследствие уже обозначенных причин.

Однако, вероятно, самой большой трудностью для больных сахарным диабетом 1 типа является необходимость делать инъекции инсулина. Ежедневность инъекций, недопустимость их пропусков, возрастающая болезненность, образование липодистрофий (*прим. липодистрофия - патологическое состояние, характеризующееся зачастую общим отсутствием*

объёма жировой ткани в подкожной клетчатке), неадекватная реакция окружающих на уколы – вот лишь некоторые негативные переживания, связанные с инсулинотерапией. Практически все подростки высказывали своё негативное отношение к уколам: «как же надоели эти уколы, везде синяки...», «когда я думаю, что мне всю жизнь придётся делать инсулин, я жить не хочу», «в общаге первое время относились ко мне как будто к наркоману».

Более половины опрошенных подростков знали об осложнениях диабета и об их опасности для здоровья. Мысли о возможной слепоте, почечной недостаточности, сосудистых поражениях формируют чувство тревожности, а в некоторых случаях даже безнадёжности, безысходности. Нередки высказывания вроде «да я всё равно кандидат на кладбище», «у меня уже куча осложнений, мне всё равно». Однако следует заметить, что подобные настроения более характерны для подростков более старшего возраста (15-16 лет), что, вероятно, связано с более осознанным отношением к своему здоровью и более чётким пониманием всей опасности сахарного диабета. С течением сахарного диабета и степенью его компенсации связана оценка своего будущего подростками. Так, среди больных с диабетом в стадии декомпенсации ($HbA1c > 12\%$) негативная оценка своего будущего встречалась чаще (9 подростков из 16), чем среди больных с хорошей ($HbA1c < 7\%$) компенсацией заболевания (3 из 13).

Несомненно, помимо проблем со здоровьем, подростки сталкиваются и с другими трудностями, часто психологического характера. Центральной психологической характеристикой больных сахарным диабетом является постоянное чувство неуверенности, которое окрашивает всю жизненную стратегию этих пациентов (Менделевич В.Д., 2005). Хроническое заболевание, отмечает Д.Н. Исаев, может отрицательно повлиять на всю жизненную стратегию больного, часто он организует свою жизнь вокруг своего страдания, испытывает чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности. (Исаев Д.Н., 2007). При свободном описании трудностей, связанных с заболеванием, подростки часто называли отсутствие возможности свободно планировать своё время: «не могу пойти с классом в поход». Также под отсутствием личной свободы подразумевалась уже описанная выше необходимость ежедневного измерения сахара крови и инъекций. Многие подростки отмечали неадекватное отношение окружающих к инъекциям инсулина: «некоторые даже думают, что я наркоман», к самим больным диабетом: «обидно, когда люди спрашивают, не заразный ли я», «самое неприятное, что люди, узнав о моем заболевании, боятся иногда общаться со мной и отворачиваются...».

Как было показано выше, подростки с сахарным диабетом 1 типа сталкиваются со многими трудностями. Для того чтобы справиться с ними и успешно компенсировать заболевание, медикаментозное лечение следует сочетать со стабилизацией психического состояния, что облегчает, в свою очередь, и нормализацию соматического здоровья.

БОЛЕЗНЬ КАК КРИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Русина Н.А.

Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

psycholog@yma.ac.ru

Парадигма холистического подхода к болезни существовала в глубокой древности: триединый подход к человеку, соединяющий в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух.

Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Психосоматические болезни не случайно называют «болезнями цивилизации», «образа жизни». Добавим: «болезнями души» (не смешивать с «душевными», психическими болезнями). Частота психосоматических заболеваний достаточно высока и колеблется в общемедицинской практике - от 30 до 60%.

Болезнь: хорошо это или плохо? Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам дается информация о том, что происходит внутри нас. Боль сигнализирует об опасности, возникшей в организме. С помощью болевых ощущений организм, наша телесность обращаются к нашему разуму. Заболевание дает нам время отдохнуть, осмыслить свою жизнь, ценности, расставить приоритеты. Болезнь подсказывает, что необходимо прекратить что-то делать, с ее помощью мы можем восстановить связь с теми частями тела, с которыми она была утрачена. С другой стороны, болезни часто совпадают с переменами в жизни, такими как переезд, новый брак или новая работа.

Болезнь представляет собой одну из возможных реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Болезнь становится подавляющим и регрессивным объектом, позволяющим вывести скрытую борьбу наружу. Кажется, что бороться с внешними формами легче, нежели с внутренними. Болезнь – это язык субъекта, его души (Дальке Ф., 2004, 2008). Болезнь не существует сама по себе, она представляет собой отрицание здоровья.

Болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознается субъектом. Перед лицом смерти возникает удивительный феномен: возрастает значение духовных ценностей и обесцениваются материальные, пример - онкологические больные (Русина Н.А., 2002, 2008).

Во многих исследованиях отмечается, что под влиянием стресса повышается уровень нейроэндокринных реакций, вследствие чего происходит угнетение иммунной защиты и люди оказываются уязвимыми для проявления вирусов. Ряд других авторов не обнаруживают связи между стрессом и развитием заболевания. Известный ученый А. Менегетти (2003) считает, что ни одно психосоматическое заболевание не возникает по причине стресса: стресс уже является следствием, наблюдаемое в функционировании органа. В связи с открытиями в психонейроиммунологии и психо-

нейроэндокринологии медицинское научное сообщество стало осознавать влияние мышления на организм.

По мнению А. Менегетти (2003), когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать организм вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психическая энергия различаются по скорости действия: соматическая – наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я». Не существует никакого таинственного скачка от психики к соме, но есть непрерывность, идентичность, выраженные на разных языках одной и той же формы. Время переходного периода от психического к соматике определяется либо ситуацией, послужившей причиной срыва, либо травматической средой, усиливающей травму, а также способами реакции, ставшими типичными для субъекта. Тяжесть происходящего в окружающей реальности определяется не ее объективными причинами, а тем, как она воспринимается субъектом. Эмоция как некое психическое присутствие начинает соматизироваться. Поэтому актуально изучение адаптационных и психоэмоциональных ресурсов больных.

Пациенты с эмоционально обусловленными психосоматическими заболеваниями чаще сначала попадают на прием к врачу общего профиля. Но тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а всю их совокупность, в свою очередь, нельзя отделить от чувств и душевных переживаний. Болеющий человек остается целостным существом, и чтобы разгадать тайну болезни, понять ее причину, проследить историю и выбрать наилучший способ лечения, — необходимо учитывать все сразу. Человек создан по законам гармонии, и телесность — это самое очевидное свидетельство тонкости и развитости разума.

Возникновение психосоматических заболеваний связано с внутренним конфликтом между одинаково сильными, но разнонаправленными мотивами. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит внутриспсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу, и все невротическое поведение в целом (Малкина-Пых И., 2003). Неразрешимый конфликт мотивов порождает реакцию капитуляции, отказа от совладающего поведения. Какие конкретно органы и системы органов поражаются при этом — зависит от наследственной предрасположенности или от особенностей развития личности.

В различных концепциях классической традиционной современной психосоматической медицины все чаще присутствуют теоретические и экспериментальные подтверждения того, как связаны личность и болезнь. Как правило, это касается преморбидных особенностей личности, ролевого конфликта, несформированной Я-идентичности, раскогласования эмоцио-

нально-когнитивной сферы, дисфункции семейной системы, негармоничности 4 сфер переработки конфликта, изменений личностных смыслов и т.д. (Николаева В.В., 1987; Менделевич В.Д., 1998; Тхостов А.Ш., 2002; Холмогорова А.Б., 2000; Кулаков С.А., 2003; Пезешкиан Н., 1996; Леонтьев Д.А., 1999). Существует также взгляд на психосоматические заболевания как на «болезни образа жизни» (Пезешкиан Н., 1996; Урванцев Л.П., 2000). Во всех концепциях указывается на взаимосвязь между личностью и болезнью. Возникает убеждение в том, что прекращение личностного роста, стагнация личности способствуют развитию заболеваний.

С другой стороны, в медицине профилактической, интегративной, альтернативной, где обращается внимание на холистический подход к человеку (Гарбузов В.И., 1999; Бройтигам В. и др., 1999, Гоникман Э.И., 2003; Менегетти А., 2003), есть широкий диапазон для личностного роста, реконструкции смыслов, развития личности и борьбы с болезнью.

В концепции психосоматической медицины болезнь можно рассматривать как следствие образа жизни, как неслучайную возможность глубокого рефлексивного анализа причин ее проявления, как повод и сигнал для переосмысления жизненного пути, собственных ценностей, личностных смыслов.

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 ценностью. На наш взгляд, одним из диагностических критериев истории жизни больного могут служить смысло-жизненные ориентации его личности. Путь восстановления духовной целостности должен идти через согласование психической и телесной сфер.

Все приведенные выше рассуждения дают основания для изучения болезни через адаптационные ресурсы психосоматических больных, их психоэмоциональный статус, смысло-жизненные ориентации и ценности. Получаемые в подобных исследованиях результаты позволяют определить психотерапевтические «мишени» в работе с данными больными, учитывая их истории жизни, социально-психологический анамнез и нозологию.

Зададим вопросы, может ли болезнь способствовать личностному росту? трансформации личностных смыслов?

Именно в силу отсутствия копинг-ресурсов в ситуации стресса развиваются глубинные личностные кризисы, которые Ф.Е. Василюк (1984) обозначает как «кризис жизни, критический момент и поворотный пункт жизненного пути». Системообразующей категорией жизненного пути личности являются личностные смыслы. Поэтому можно рассматривать кризис жизни (в нашем случае – тяжелая болезнь) как кризис жизненных смыслов. По мнению Д.А. Леонтьева (1999), «в критической жизненной ситуации имеет место столкновение субъекта с самим миром, в результате чего

выявляется противоречие между реальными жизненными отношениями и их смысловой репрезентацией в структуре личности».

Тяжелобольной пациент оказывается перед проблемой осмысления жизненных ценностей, перспектив, стратегий и тактики поведения. За короткий период он должен перейти на новую ступень в духовном развитии, нередко он к этому просто не готов и оказывается в растерянности. Жизнь замедляет свой темп, изгоняя суету. Происходит изменение восприятия временных интервалов. Больной как бы возвращается в детство, когда время замедленно. Ему остается жить, к примеру, месяц, а он говорит: как это много. Изменение отношения к смерти заставляет его изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть – это часть нашей жизни. Он впервые научается жить по принципу «здесь и сейчас», тогда как вся его предыдущая жизнь подчинялась принципу «там и тогда». И он с сожалением говорит об этом. Это подтверждается выводами Н.Д. Чеботаревой (2001) о взаимосвязи ориентаций «здесь и сейчас» и «там и тогда» и смыслами жизни. При этом именно первая ориентация способствует большей самореализации человека, его удовлетворенности собственной жизнью и деятельностью. По данным наших наблюдений, именно тяжелобольные люди совершают невероятный для других категорий больных прорыв к самим себе, к своей сути в рекордно короткие сроки. Формирование новых личностных смыслов при таких заболеваниях происходит быстрее, но болезненно. С подобными фактами встречаемся мы в практике работы с людьми, пережившими клиническую смерть или тяжелые операции с возможностью летального исхода.

Болезнь может приводить к невозможности самореализации и самоактуализации личности. Болезнь может помешать найти смысл или при его обнаружении не дать возможности его осуществить. Болезнь может привести к потере жизненных смыслов, но может и способствовать личностному росту, трансформации и реконструкции смыслов.

Первое, что фиксируют психологи (психотерапевты) в психосоматической клинике, это подавленные эмоции пациента. Подавление эмоций является маркером психосоматической природы заболевания. Первый этап работы - подбор инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. Важно использовать не только психологические тесты, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Выяснив типы семейных проблем и актуальные способности по Н. Пезешкиану, следует протестировать пациента через значимые для него ситуации. Психолог провоцирует процесс, при помощи которого мобилируются заблокированные персональные силы в человеке. Задача - следить за невербальными проявлениями пациента. Реакции начинают сопровождаться изменениями в теле, появляются жесты, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Итогом диагностической ситуации является осознание пациентом внут-

ренного конфликта между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем».

Второй этап - работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога (психотерапевта) помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке способности распознавания собственных эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря.

Третий этап работы - изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям, выявление причин, кто и когда «запретил» ему выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Как только он начинает отслеживать ситуации, в которых у него возникает ухудшение самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к четвертому этапу: обучению моделям совладания. Работа может осуществляться в техниках нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно, медитативных техниках, обучении мышечной релаксации и глубокому дыханию.

Пятый этап - самый сложный: работа с фундаментальными мотивациями (по А. Лэнгле), который и должен привести пациента к изменению смыслов. Далеко не все владеют техниками экзистенциального анализа. Поэтому можно применять техники интегрированной психотерапии. Работа с первой мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия. Можно применить когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями. Работу со второй мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» - можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство его собственного бытия. Поиск третьей мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» - должен привести пациента к аутентичности. Работа может осуществляться в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», а также с применением психодрамы и гештальт-терапии. Определение четвертой мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» - заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустройке и может выполняться с помощью техник рационально-эмотивной терапии.

БОЛЕЗНЬ КАК СЛОЖНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

**Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, г. Саратов**

semenova280484@yandex.ru

Актуальность проблемы.

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания как исследователей, так и работников практического здравоохранения. Однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается достаточно низкой: как минимум 50% пациентов не выполняют врачебные рекомендации, тогда как отрицательные последствия этого как клинические, так и экономические, ни у кого сомнений не вызывают (Osterberg, L. 2005).

Невыполнение пациентами врачебных назначений и рекомендаций – серьезнейшая проблема современной врачебной практики (Болучевская В.В., Павлюкова А.И., 2011). В руководстве ВОЗ экспертами подробно анализируются причины неадекватного выполнения рекомендаций и выделяется большое число факторов, влияющих на приверженность к терапии (Osterberg L., 2005). При этом подчеркивается, что ни один из них не является решающим.

Нам кажется крайне важным деление всех причин некомплайентности пациента на две большие группы: сознательные (или умышленные) и неосознанные (неумышленные) действия больных (Мертон Р., Фиске М., Кендалл П., 1991; Наумова Е.А., 2006; Barber N., 2002). В случае неумышленных отклонений от предписанной терапии, пациенты хотят следовать назначениям врача, но их желание может быть ограничено забывчивостью, невнимательностью, а также непониманием назначений доктора. В случае умышленных нарушений врачебных предписаний мы имеем дело с осознанными действиями пациента, решившего не следовать врачебным назначениям. Это могут быть ошибки пациента, связанные с недостатком информации о заболевании и лечении (например, пациент не понимает, что имеющееся у него состояние – хроническое заболевание, и оно требует постоянного приема лекарственных средств). Также это могут быть «правила» придуманные самим пациентом или полученные им от его друзей, знакомых и т.п. Наиболее типичное – необходимость «отдыха от препаратов». Еще одна группа осознанных действий пациента – это отклонения от предписаний. Это нарушения, оцениваемые пациентами как незначительные и призванные, с их точки зрения, облегчить им жизнь: прием всех таблеток одновременно, вместо последовательного приема с интервалами. В ряде случаев, такие отклонения могут быть вызваны вынужденными обстоятельствами (например, отказ от диуретиков, перед дальней дорогой), и тогда такие нарушения носят скорее позитивный характер, нежели негативный. Фактически, подход к приверженности к лечению, исходя из вы-

шесказанного, должен быть следующим: продолжение или прекращение лечения пациентов – его осознанное действие, а регулярность приема таблеток – в большей мере неосознанное, наиболее часто связанное с забывчивостью, а иногда, жизненными обстоятельствами (Мертон Р., Фиске М., Кендалл П., 1991; Наумова Е.А., 2007; Наумова Е.А., 2007).

Фокус-группа — один из качественных методов социально-психологических исследований — представляет собой групповое фокусированное интервью, проходящее в форме групповой дискуссии и направленное на получение от ее участников «субъективной информации» о том, как они воспринимают различные виды практической деятельности или продукты этой деятельности. Эта «субъективная информация», полученная от интервьюируемых, является одной из форм обратной связи, дающей возможность организаторам практической деятельности увидеть последнюю глазами исследуемых, что помогает принятию адекватных решений по ее реализации. Отличительной чертой фокусированного интервью является включение субъектов в определенную предварительно проанализированную ситуацию с выработкой гипотез, касающихся возможных реакций на нее, что, в свою очередь, обеспечивает базу для создания вопросника, выделения основных областей исследования и обеспечения критерия ревалентности полученной в ходе интервью информации (Богомолова Н.Н., Мельникова О.Т., Фоломеева Т.В., 1994). Интервью фокусируется на субъективном опыте интервьюируемых для получения их собственного осмысления ситуации, в которую они были включены.

Основным психологическим механизмом фокус-группы можно считать групповую дискуссию (Андреева Г.М., 2006). Процедурные особенности метода фокус-групп во многом задаются конкретной целью исследования, его задачами, социальными и психологическими особенностями участников, спецификой объекта исследования (Богомолова Н.Н., Мельникова О.Т., Фоломеева Т.В., 1994).

Основные принципы и методики фокусированного интервью были разработаны Робертом Мертоном и Г. Герцог в процессе их совместной работы: по заказу ряда военных ведомств они исследовали восприятие материалов пропаганды союзников. В 1956 г. Р. Мертон с соавторами весьма обстоятельно обобщили этот опыт в книге «Фокусированное интервью», ныне считающейся классической (Horne R., 2006).

Метод фокус-групп начинает все шире применяться в таких областях, как социальные исследования, образование, здравоохранение, психологическая экспертиза различных социальных программ.

В отношении изучения проблем приверженности к терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России данная методика не применялась.

Цель исследования: изучение причин, влияющих на поведение пациентов и на эффективность лечения с помощью проведения группового фокусированного интервью.

Материалы и методы. Исследование проводилось в январе 2012 г. В исследование включались пациенты с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Исследовались две группы пациентов. Первая группа пациентов - пациенты, участвующие в различных клинических исследованиях, тщательно соблюдающие все рекомендации врача. Вторая группа - пациенты с неоднократным опытом госпитализации по поводу сердечно - сосудистого события, госпитализированные вновь в кардиологическое отделение клинической больницы по поводу обострения сердечно-сосудистой патологии, не соблюдающие, а иногда и полностью отказывающиеся от амбулаторной терапии.

С обеими группами поочередно проводилась групповая беседа под руководством модератора (опытного и квалифицированного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами). Мероприятия фиксировались видеокамерой и диктофоном. Задаваемые вопросы касались отношения пациентов к своему заболеванию, информированности о заболевании, процесса лечения, участия в процессе принятия медицинского решения, мотивации к лечению, приверженности к терапии, а также взаимоотношениям пациента и врача. Все вопросы задавались только в открытой форме. Результаты беседы обсуждались совместно врачами-исследователями и социологом. В работе использовалось деление некомплайенса на осознанный (сознательное прекращение или продолжение лечения) и неосознанный (регулярность приема препаратов) компоненты.

Все пациенты добровольно согласились на участие и подписали информированное согласие.

Результаты: в исследовании приняло участие 12 пациентов первой группы и 7 пациентов второй группы. Из них в первой группе 6 (50%) женщин и 6 (50%) мужчин, во второй группе 4 (57,1%) женщины и 3 (42,95) мужчины. Средний возраст обследуемых 65 лет.

Пациенты обеих групп имеют сердечно - сосудистую патологию и наличие факторов риска кардиоваскулярной патологии (таблица).

Таблица

Характеристика пациентов по нозологии

	Количество человек	Процентный состав
Фокус-группа № 1		
Наличие артериальной гипертензии	12	100
Наличие ИБС	11	91,7
Перенесенный инфаркт миокарда	11	91,7
Наличие ХСН	11	91,7
Перенесенное ОНМК	1	8,3
ХИГМ	5	41,7
Мерцательная аритмия	3	25
Ожирение	6	50
Сахарный диабет	7	58,4
Дислипидемия	6	50

Фокус-группа № 2		
Наличие артериальной гипертензии	7	100
Наличие ИБС	6	85,7
Перенесенный инфаркт миокарда	1	14,3
Наличие ХСН	6	85,7
Перенесенное ОНМК	2	28,6
ХИГМ	2	28,6
Мерцательная аритмия	3	42,9
Ожирение	1	14,3
Сахарный диабет	1	14,3
Дислипидемия	7	100

Пациенты первой группы уверены, что болезнь - это либо «судьба», либо «катастрофа». Первое сердечно-сосудистое событие этими пациентами воспринималось как «случайность», и они полностью были уверены, что «здоровы», однако повторная катастрофа заставила их одуматься и осознать серьезность своего заболевания. Они полностью доверяют врачу и хотят знать о своем заболевании как можно меньше. Участие в клинических исследованиях для них - это поддержание здоровья, надежда в лучшее, полное доверие врачам. Врачи клиники для них – это «хорошие» специалисты в сравнении с поликлиническими врачами. Пациенты данной группы дисциплинированы в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения режима дня, диеты, они хотят сотрудничать с врачом, однако не совсем полностью хотят участвовать в принятии медицинского решения. Постоянное лечение для них - это продление и улучшение качества жизни, предотвращение осложнений и развития повторных катастроф. Пациенты этой группы полностью удовлетворены процессом своего лечения. Прием лекарственных препаратов несколько не нарушает их жизнь, а только способствует ее продолжению.

Для пациентов второй группы болезнь - это «очередной этап в жизни», «результат предыдущей жизнедеятельности». Заболевание «мешает» полноценному восприятию жизни, трудовой деятельности, отдыху. Здоровье в их жизни - это «не приоритет», главное - это работа и работоспособность. Они уверены, что «обострение» ненадолго, что дальше будет та же полноценная жизнь, как и раньше. Эти пациенты утверждают, что «хотят» как можно больше знать о своем заболевании, чтобы с ним справиться и предотвращать его последствия, но они ничего не делают для этого, не предпринимают попыток для получения информации. Мотивацией для продолжения терапии является плохое самочувствие и неполноценная жизнь. Неоднократный опыт госпитализаций по поводу сердечно - сосудистой катастрофы связан либо с нерегулярным приемом рекомендуемых препаратов при выписке из стационара и на амбулаторном этапе, либо полным отказом от лечения. Большую роль в отказе от применяемой терапии играет стабилизация состояния, которая, по их мнению, не требует дополнительного обследования и приема большого количества препаратов. Свою недисциплинированность они оправдывают недостаточным объемом

информации, предоставляемым врачами амбулаторного звена, «плохим» качеством оказываемой амбулаторной помощи или ее отсутствием, невниманием, незаинтересованностью и «некомпетентностью» поликлинических врачей. Они «хотят» сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, для них это очень важно, однако врачи амбулаторного звена «не внушают» им доверия и непонимание их проблем является для них обидой и в дальнейшем отказом от терапии. В ходе беседы назывались причины и забывчивости, и недостатка времени на прием лекарственных препаратов, в частности, из-за работы, однако истинной причины отсутствия приверженности в терапии выяснить не удалось. Пациенты категорически «сопротивлялись» и не хотели называть конкретной причины невыполнения врачебных рекомендаций.

Обсуждение

Пациенты первой группы, наиболее вероятно, относятся к гармоничному, реалистичному типу по отношению к болезни, пациенты же второй группы, скорее всего, стоят на грани между эргопатическим и анозогностическим типом. По отношению к информации о своем заболевании пациенты первой группы не хотят знать много о болезни, пациенты же второй группы утверждают, что «хотят» знать как можно больше, но в ходе беседы выяснилось, что они для этого ничего не делают и не предпринимают никаких действий.

Высокая степень регулярности терапии в первой группе (т.е. низкая частота пропусков приема препаратов) автоматически вытекала из осознанного желания пациента лечиться. Во второй группе, не продолжающей лечение после выписки из стационара, вопрос о регулярности терапии соответственно не обсуждался.

В сознании всех пациентов присутствует патерналистическая модель общения с врачами, но данная модель по-разному реализуется в наших группах. Пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем.

Заключение

В исследуемых группах пациентов ярко выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем. Улучшение самочувствия является важным фактором, и заставляет пациентов первой группы следовать указаниям врача, а второй, наоборот, - прекращать терапию. Истинная причина невыполнения рекомендаций пациентами второй группы не была выявлена. Требуется дальнейшие исследования данной актуальной проблемы.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ЛИЧНОСТНЫЙ РЕСУРС В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

alexspsey@gmail.com

Работа выполнена при финансовой поддержке Совета по грантам Президента РФ № МК- 4130.2011.6.

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.

В нашем исследовании мы постарались проследить особенности структуры жизнестойкости (как ресурса) во взаимосвязи с параметрами смысловой сферы личности (как показателя сохранности личности) у людей, страдающих хронической соматической патологией.

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

В качестве методов исследования нами были применены следующие методики: тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) и тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева.

В исследовании приняли 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).

В контрольную группу 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.

**Различия в структуре жизнестойкости у больных и здоровых
испытуемых**

Параметры жизнестойкости	p-level	М больные	δ больные	М здоровые	δ здоровые
Вовлеченность	0,0012	39,7	7,20587	45,1	8,25354
Контроль	0,0143	32,6	5,68726	36,9	6,32547
Принятие риска	0,0423	14,6	4,23152	20,4	5,65847
Общая жизнестойкость	0,0085	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, это говорит, 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, это говорит, 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, это говорит, что в ситуации хронического заболевания люди в меньшей степени убеждены в том, что все то, что с ними случается, способствует их 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.

При сравнении состояния смысловой сферы личности был получен ряд статистически значимых различий, которые отражены в таблице 2.

**Значимые различия в смысловой сфере у больных и здоровых
испытуемых**

Показатели смысловой сферы личности	p-level	M больные	δ больные	M здоровые	δ здоровые
Общая осмысленность жизни	0,0438	95,316	15,989	100,15	18,776
Цели в жизни	0,0263	29,633	6,849	32,33	6,8767

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.

Нами были рассмотрены взаимосвязи между параметрами жизнестойкости и смысловой сферы.

В результате проведения корреляционного анализа (по R Спирмену) по всем показателям были обнаружены значимые корреляции, что отражает согласованность смысловой сферы личности и жизнестойкости в ситуации нормы (здоровья). В группе людей в ситуации заболевания ни одной значимой корреляции показателей жизнестойкости и смысловой сферы личности у людей в ситуации хронического соматического заболевания, а наблюдается даже некоторая тенденция к образованию отрицательных связей, и можно говорить о системном нарушении личности в ситуации заболевания.

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 хронического соматического заболевания нет ни одного положительно взаимосвязанного показателя смысловой сферы личности и жизнестойкости, а наблюдается даже некоторая тенденция к образова-

нию 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.

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 как модели трудной жизненной ситуации.

ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ: ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

alexpsu@gmail.com

Работа выполнена при финансовой поддержке Совета по грантам Президента РФ № МК- 4130.2011.6.

В настоящее время становится актуальным рассмотрение ситуации болезни с позиции социальной психологии (см. например, И.Б. Бовина), так как исследования, проводимые в рамках клинической психологии, затрагивая ряд важнейших особенностей личности, в недостаточной степени раскрывают социально-психологические аспекты ситуации заболевания, которые играют важную роль в функционировании личности. Рассмотрение личности в ситуации хронического соматического заболевания с позиции социальной психологии достаточно редко встречается в современной отечественной литературе, хотя существуют зарубежные исследования (см., например, Бауман У., Перре М.), рассматривающие социально-психологические аспекты функционирования личности в ситуации соматического заболевания.

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

Социальная ситуация развития в условиях заболевания становится предметом активной «внутренней работы» самого больного, обширная зона психической активности которого сразу же фокусируется на страдании, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные изменения в структуре

личности (Николаева В.В.) «Изучение сущности этого процесса – важнейшее условие успешной разработки проблемы личности и ее изменений у соматически больных» (Соколова Е.Т., Николаева В.В.).

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

Мы считаем, что болезнь не сама по себе приводит к изменению временной организации личности, а лишь в контексте той социальной ситуации, которая складывается у больного человека.

Анализируя хроническое соматическое заболевание с точки социальной психологии и понимая его (заболевание) как трудную жизненную ситуацию, мы приходим к выделению ряда факторов, на наш взгляд, определяющих специфику ситуации хронического соматического заболевания.

- социальный стереотип заболевания;
- длительность социальной ситуации заболевания;
- принятие социальной роли больного;
- эмоциональная оценка социальной ситуации заболевания;
- контекст социальной ситуации, события, происходящие с человеком и нарушающие его адаптивные возможности, – социальный стресс;
- возрастной этап, на котором человек находится в социальной ситуации хронического соматического заболевания.

Рассматривая социальную ситуацию хронического соматического заболевания, выделяя ее параметры, мы предлагаем модель целостного рассмотрения социальной ситуации хронического соматического заболевания как системы нерядоположных элементов, изменяющей жизненный путь личности, представленную на рисунке.

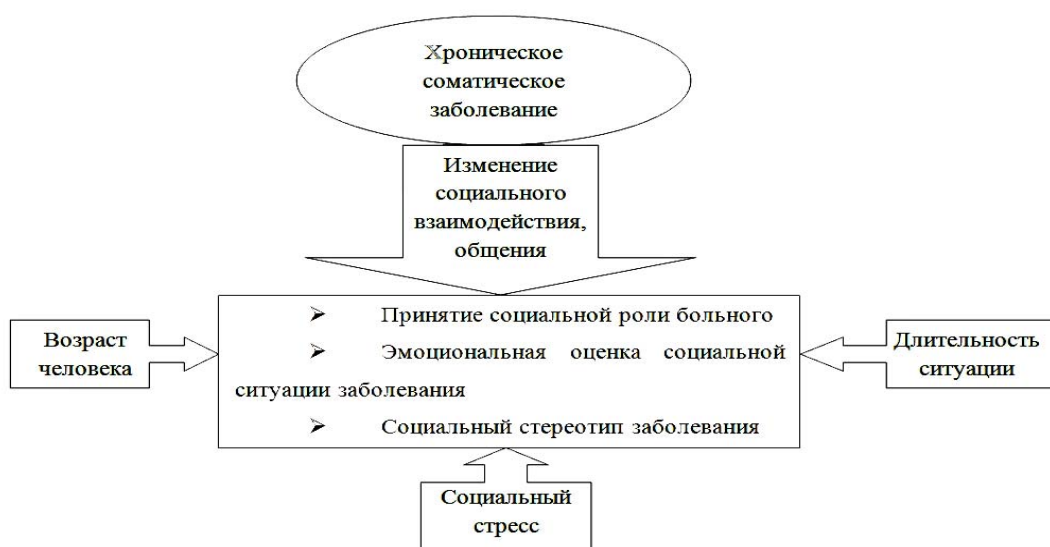


Рис. Модель социальной ситуации хронического соматического заболевания

Мы отмечаем, что хроническое соматическое заболевание как факт индивидуальной жизни личности, включаясь в социальный контекст жизни, изменяет систему социальных взаимодействий человека, специфику его общения, изменяя направленные на него социальные ожидания и пр. Вследствие этого происходит изменение социально-ролевого статуса личности, человек принимает или не принимает новую социальную роль – роль больного. Изменяется система эмоционального реагирования в измененной ситуации, человек по-новому оценивает ситуацию заболевания, изменяется в целом спектр его эмоциональных реакций. Любое заболевание имеет определенный «миф болезни» (Тхостов А.Ш., 2002), социальный стереотип, строящийся на социальных представлениях о болезни и здоровье (Бовина И.Б., 2008), определяющий отношение и социальные ожидания, направленные на человека в социальной ситуации хронического соматического заболевания. Ряд особенностей, таких как возраст человека, длительность ситуации, происходящие с ним жизненные события (социальный стресс), будут оказывать дополнительное влияние на человека, находящегося в социальной ситуации хронического соматического заболевания. Человек через призму социальной ситуации хронического соматического заболевания, в зависимости от конкретных ее особенностей, строит субъективную картину жизненного пути, отличную от картины вне социальной ситуации хронического соматического заболевания.

Анализируя имеющиеся в нашем распоряжении результаты исследования, как полученные в исследованиях с нашим участием, так и независимые, мы можем прийти к выводу, что хроническое соматическое заболевание выступает в жизни человека как особая жизненная ситуация. Ситуация хронического соматического заболевания является трудной жизненной ситуацией.

**СИТУАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
КАК ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ
АНАЛИЗА ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ И ВРЕМЕННЫХ
АСПЕКТОВ ЛИЧНОСТИ**

Селин А.В., Сотников В.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

alexspsey@gmail.com

*Работа выполнена при финансовой поддержке Совета по грантам
Президента РФ № МК- 4130.2011.6.*

В последние десятилетия в мире резко возросло количество людей, страдающих онкологическими заболеваниями. По данным вестника Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН, на 2007 год заболеваемость онкологией в России составляет в среднем 250 человек на 100 тысяч при этом отмечается прирост заболеваемости.

В психологии проблема человека, находящегося в ситуации заболевания, в том числе и онкологического, рассматривается не как сугубо медицинская, а как проблема социальная и психологическая, ввиду того, что «болезнь изменяет отношение к больному со стороны общества» (А.В. Гнездилов, А.Ш. Тхостов). В ситуации тяжелого, смертельно опасного заболевания это приобретает особую актуальность, так как происходит разрушение привычной деятельности, установок и отношений личности, что в наибольшей степени проявляется на ранних этапах болезни, сразу после сообщения диагноза, когда личность еще не выработала новых, адаптивных стратегий поведения. Такое значительное изменение жизнедеятельности больного заставляет человека по-новому взглянуть на свою жизнь, ее смысл; человек сталкивается с серьезной проблемой осложнения в реализации собственного жизненного плана. Перед ним встает вопрос об адекватном отражении собственной личности, окружающего мира и своего места и роли в нем. Перед личностью в ситуации заболевания встает задача определения своей жизненной позиции, идентичности своего «Я».

Как правило, в ситуации заболевания представление о целостности и неизменности своей личности у человека рушится, рождая опасения и страх, часто даже неосознаваемые, что дает возможность характеризовать ситуацию заболевания в целом, а заболевания онкологического особенно, как трудную.

Онкологическое заболевание как ситуация особенно тяжелой соматической патологии разрушает или дестабилизирует уже сложившуюся систему смыслов, ценностей, паттернов отношения к себе и поведения в целом.

В нашем исследовании мы ставим цель проследить особенности изменения ценностно-смысловых и временных характеристик личности у людей, страдающих онкологической патологией. Следует отметить, что данное заболевание, не рассматриваемое как психосоматическое, не получило достаточно полного научного осмысления в современной психологии. Ввиду того, что онкологическая патология является мощным стрессогенным фактором, затрагивающим основы самотождественности личности, вносящим разлад в устоявшееся временное и смысловое поле.

Центральной гипотезой исследования выступило предположение о том, что ценностно-смысловые и временные характеристики личности женщин с онкологической патологией гинекологического профиля подвержены выраженной трансформации на ранних этапах заболевания.

Для реализации исследования нами было сформировано три группы:

1. Группа № 1, которую составили пациенты радиологического отделения онкологического диспансера г. Курска, находящиеся на амбулаторном лечении, с длительностью заболевания до 6 месяцев и гинекологической сферой поражения. У испытуемых не было осложненного течения заболевания, метастазирования, и им не было показано на настоящий момент оперативное лечение. Ни один из испытуемых не находился в терминальном состоянии, и с медицинской точки зрения заболевание имело по-

ложительный прогноз. Все испытуемые впервые обратились за медицинской помощью по поводу онкологического заболевания. Границы возраста составляют от 35 до 65 лет (N = 25).

2. Группа № 2, которую составили пациенты гинекологического отделения Курской городской больницы № 4. Границы возраста составляют от 25 до 55 лет (N = 30).

3. Группа сравнения, в которую вошли женщины, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители г. Курска в возрасте от 35 до 55 лет (N = 30).

Общее количество испытуемых, принявших участие в исследовании, составило 85 человек.

Исследование проводилось на базе гинекологического отделения Курской городской клинической больницы № 4, Курского областного клинического онкологического диспансера и лаборатории экспериментальной психологии кафедры общей и клинической психологии КГМУ.

Для статистического анализа нами были использованы непараметрические критерии U Манна – Уитни, H Крускала - Уоллиса. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0.

В качестве измерительного инструментария мы использовали ряд психодиагностических методик: тест «Смыслоразнообразие ориентации» Д.А. Леонтьева (СЖО), тест «Индекс стремлений» Э. Деси и Р. Райана (в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина), опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе (ZTP1) в адаптации А. Сырцовой.

В ходе проведенного исследования нами были получены результаты, отражающие изменения ценностно-смысловых и временных характеристик личности в ситуации онкологического заболевания гинекологического профиля.

По результатам исследования при помощи методик «СЖО» и ZTP1, был выявлен ряд значимых различий, отражающих изменения личностных характеристик в ситуации онкологического и гинекологического заболеваний, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Различия между группами с онкологическими, гинекологическими заболеваниями и здоровыми испытуемыми по параметрам социальной идентичности

Показатель	p-level*	Me** онко-логия	Me гинеколо-гия	Me здоро-вые
Фаталистическое настоящее	0,014	3,62	3,1	3,05
Цели в жизни	0,012	31	35,5	36,0

* p-level – уровень статистической значимости

** Me – медиана

Анализируя полученные данные, укажем, что человек в ситуации онкологического заболевания может быть рассмотрен как система, в которой нарушается биологический аспект существования, но это не может быть рассмотрено как прямая и единственная причина изменений личности, большую роль в этом играют индивидуально-типологические особенности и социальный контекст, в котором разворачивается жизнь больного человека. Сравнивая ситуацию онкологического заболевания с ситуацией нормы и гинекологической патологией, мы отмечаем, что больным онкологической патологией в начале заболевания, пока не произошла выработка адаптивных стратегий поведения, вся дальнейшая жизнь представляется как существование в континууме неизлечимой болезни. Формируется отрицательная установка на будущее, которое воспринимается как негативное, лишённое смысла и фрустрирующее потребности женщины. Это связано с высокой степенью неопределённости перспектив будущего в сознании больного, на которое невозможно повлиять активными индивидуальными действиями. Вместе с тем в группе онкологических больных настоящее рассматривается как фаталистическое, что объясняется влиянием на сознание больного социальных мифов и стереотипов об онкозаболевании как неизлечимом и смертельном, что формирует у человека картину безысходности собственного существования.

Снижение показателя «Цели в жизни» по тесту СЖО в ситуации онкологического заболевания указывает на сложность построения событийной перспективы будущего. Жизненный план представляется свернутым, жизненная стратегия - пассивной, а содержание смысловой сферы связано с тяжелой болезнью.

Важным аспектом проявления социальной идентичности выступают жизненные ценности личности, измеряемые методикой «Индекс стремлений». В ходе исследования получен ряд различий между группами испытуемых, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Различия между группами в ситуации онкологического, гинекологического заболевания и здоровыми испытуемыми

Ценность	богатство			внешность			личностный рост		
	<i>важность</i>	<i>вероятность</i>	<i>достижение</i>	<i>важность</i>	<i>вероятность</i>	<i>достижение</i>	<i>важность</i>	<i>вероятность</i>	<i>достижение</i>
Онкология/гинекология	0,001	0,000	0,001	0,021	0,018	0,011	0,002	0,004	0,003
Онкология/здоровые	0,009	0,026	-	0,017	0,034	0,048	0,007	0,018	-

В таблице указаны уровни статистической значимости, полученные при попарном сравнении исследуемых групп по критерию U Манна-Уитни, по каждому модусу соответствующей ценности.

Анализируя полученные данные, мы можем отметить низкие показатели по критериям «важность» и «вероятность достижения» богатства в группе онкобольных, т.е. происходит снижение стремления к материальному благополучию ввиду центрации на заболевании и переосмыслению роли материальных ценностей. Приоритетным для человека является обращение к духовным ценностям. Значимость достижения богатства блокируется вследствие того, что будущее воспринимается как туманное, не имеющего четкого вектора материальных достижений ввиду своей высокой неопределенности.

В группе здоровых и гинекологических больных женщин преобладают более высокие показатели по критериям важности, вероятности и достижению внешности, чем в группе онкологических больных. Это выступает индикатором глубоких смысловых преобразований в жизни женщины, столкнувшейся с онкологической патологией: происходит снижение стремления поддержания своей внешности, потребности выглядеть привлекательно. Онкологическое заболевание, затронувшее гинекологическую сферу, нарушает гендерное представление о себе, личность фокусируется на внутренней работе переживания, связанной с восстановлением социальной идентичности.

Важность, вероятность и достижение личностного роста в группе онкологических больных ниже, чем в группе здоровых и больных гинекологической патологией, что является показателем глубокой смысловой перестройки личности. Происходит стойкое снижение потребности в самоактуализации, личностном росте и развитии, которые представляются не значимыми с позиции жизненной необходимости.

Данные тенденции дают нам основание говорить, что на раннем этапе онкологического заболевания, когда личность сталкивается с новой ситуацией, когда есть необходимость в выработке новых стратегий поведения, когда нарушаются ценностные аспекты бытия, а процессы смыслообразования идут стихийно, необходима психологическая помощь, направленная на развитие личности, поиск смысла и построение новой идентичности.

На основании полученных в ходе исследования результатов нами были сделаны следующие выводы:

✓ Изменение смысловых характеристик личности проявляется в нарушении осмысления содержания будущих жизненных целей, снижении возможности построения перспективы будущего, переосмыслении роли и значения материальных ценностей, внешней привлекательности и личностного развития.

✓ Ситуация онкологического заболевания затрагивает весь временной континуум существования человека. Происходит нарушение временной протяженности и преемственности событий жизни, деформиру-

ется четкая жизненно-смысловая перспектива будущего с «фаталистической» установкой на настоящее.

Полученные в исследовании данные свидетельствуют о специфике изменения ценностно-смысловых и временных характеристик личности женщин в ситуации онкологического заболевания, которые определяют направление психологической помощи данной категории больных с ориентацией ее на пересомысление жизненной ситуации и расширение перспективы будущего.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СУПРУГОВ С ПРОЦЕССОМ ПРИНЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Симоненко И.А., Бурухина А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Phycologist@mail.ru

Специфика отношений в супружеской паре является объектом исследования различных областей знания: философии, психологии, социологии и других. Такое внимание к семье и супружеским отношениям обусловлено прежде всего тем, что семья, являясь социальным институтом рассматривается как одна из наиболее значимых сфер функционирования и развития общества. Современная наука уделяет большое внимание изучению семьи и особенностям ее функционирования. Однако такой аспект функционирования семьи, как взаимосвязь характера супружеских отношений, их качественных изменений с успешностью принятия социальной роли родителей в первый год жизни ребенка является малоизученной. Кроме того, актуальность изучения выбранной нами темы связана с возможностью использования результатов исследования в психологической помощи по разрешению кризиса супружеских отношений, связанного с освоением новой социальной роли родителей в первый год жизни ребенка.

Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, В. Сатир указывают на тот факт, что семья – это единая система, все компоненты которой взаимосвязаны друг с другом. В свою очередь, компонентами семьи являются взаимообусловленные взаимоотношения всех членов семьи: отношения родителей между собой, а также детско-родительские отношения. Система семьи включает в себя ряд подсистем: супружескую, детско-родительскую и расширенную подсистему, в которую входят все члены семьи. Супружеская подсистема представлена межличностными супружескими отношениями, которые реализуются в деятельности конкретных личностей, в актах их общения и взаимодействия, на основе определенных чувств, рождающихся по отношению друг к другу (Н.Н. Обозов, Г.М. Андреева, В.Н. Мясищев, Н.Ф. Федотова). Каждая семейная система, отмечает А.Н. Волкова, согласно закону развития должна пройти свой жизненный цикл. Жизненный цикл семьи — это некая последовательность смены событий и стадий, ко-

торые проходит любая семья. Развитие предполагает изменения в системе. В том числе и функциональное развитие, когда меняются отношения членов семьи вместе с изменением структуры. Ю.Е. Алешина, Т.А. Гурко указывают на тот факт, что появление ребенка в семье является важным событием в развитии и функционировании семьи, которое требует появления новых социальных ролей и изменения межличностных супружеских отношений. Исходя из рассмотрения семьи – как системы следует, что изменения в семье, связанные с рождением ребенка и появлением новой детско-родительской подсистемы ведут к перестройке семьи и характера взаимоотношений в ней (Т.А. Гурко, А.Н. Волкова, Ю.Е. Алешина, Н.Н. Обозов, В. Сатир, Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

Таким образом, в нашем исследовании мы предполагаем, что межличностные отношения супругов взаимосвязаны с процессом принятия социальной роли родителей в первый год жизни ребенка.

Целью нашего исследования является – выявить взаимосвязь межличностных отношений супругов с процессом принятия социальной роли родителей в первый год жизни ребенка.

На основе теоретического анализа проблемы была разработана структура эмпирического исследования, включающая 3 этапа, каждый из которых был направлен на решение соответствующих задач. Для решения поставленных задач и проверки исходной гипотезы был применен комплекс методов: наблюдение, авторская модификация «Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (Manheim), контент-анализ «Моя новая роль мамы», «Моя новая роль папы», «Мой ребенок», тест «Фигуры» В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова, тест «Методика диагностики супружеских отношений» В.П. Левкович, О.Э. Зуськова, методика «Сознательное родительство» Р.В. Овчарова, опросник «Рольевые ожидания и притязания в браке» А.Н. Волкова, цветовой тест отношений (ЦТО) Эткинда. Достоверность и надежность полученных результатов обеспечивается репрезентативностью выборки испытуемых, соответствующим выбором методов и методик, адекватных целям и задачам исследования; количественным и качественным анализом экспериментальных данных с использованием методов математической статистики (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена, U критерий Манна-Уитни).

Исследование проводится на базе ОБУЗ «Курского городского клинического перинатального центра» № 2 с 10 января 2011 года по настоящий момент. В исследовании принимают участие супруги на этапе беременности женщины, а также супруги, имеющие детей в возрасте 3 и 6 месяцев от первой беременности.

На 1 этапе исследования мы обследовали 20 супружеских пар на этапе третьего триместра беременности женщины и выявили взаимосвязь межличностных отношений супругов с процессом принятия социальной роли родителей на этапе беременности при помощи метода математической статистики (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена). А

именно мы обнаружили значимые положительные корреляционные связи Актуальное эмоциональное состояние – Отношение к ребенку, Актуальное эмоциональное состояние – Отношение к рождению ребенка. Что свидетельствует о том, что чем выше уровень тревожности в актуальном эмоциональном состоянии супругов, тем выше их уровень тревожности относительно общего отношения к ребенку и рождению ребенка, и наоборот. Кроме того, обнаружили ряд умеренных положительных корреляционных связей Отношение к ребенку – Отношение к рождению ребенка, Отношение к ребенку – Отношение к супругу(е), что свидетельствует о том, что при повышении уровня тревожности супругов в отношении ребенка повышается их уровень тревожности в отношении друг друга и рождения ребенка. И наоборот. Обнаружили умеренные положительные корреляционные связи Отношение к супругу(е) – Отношение к рождению ребенка, Отношение к супругу(е) – Актуальное эмоциональное состояние, что свидетельствует о том, что при повышении уровня тревожности супругов в отношении супруга(и) повышается их уровень тревожности в актуальном эмоциональном состоянии и в отношении рождения ребенка, и наоборот. Обнаружили умеренную положительную корреляционную связь Отношение к рождению ребенка – Отношение к теще (маме), что свидетельствует о том, что при повышении уровня тревожности супругов в отношении рождения ребенка повышается их уровень тревожности в отношении мамы (тещи), и наоборот. Обнаружили умеренную положительную корреляционную связь Отношение к маме (теще) – Актуальное эмоциональное состояние, которая свидетельствует о том, что при повышении уровня тревожности супругов в отношении мамы (тещи) повышается их уровень тревожности в актуальном эмоциональном состоянии. А также обнаружили отрицательную умеренную корреляционную связь Отношение к ребенку – Родительские позиции, что свидетельствует о том, что при повышении уровня тревожности супругов в отношении к ребенку снижается уровень их родительской позиции.

Стоит отметить, что рассматривая, корреляции шкал ролевой адекватности супругов, сознательного родительства и уровня тревожности по шкалам ЦТО на этапе беременности значимых корреляционных связей нами выявлено не было, что может свидетельствовать о процессе становления и формирования данных категорий у супругов на этапе беременности.

Далее обратимся к результатам, полученным нами при выявлении различий при помощи метода математической статистики (U критерий Манна-Уитни) в группах супружеских пар на этапе беременности с согласованными и несогласованными семейными ценностями. Мы обнаружили, что в группе супружеских пар, согласованных в интимно-сексуальной сфере, значимость семейных ценностей, а также уровень статистической значимости в отношении родительской ответственности выше, чем в группе несогласованных. В группе супружеских пар, согласованных в хозяйственно-бытовой сфере, уровень тревожности в отношении мамы (тещи) ниже, чем в группе несогласованных. В группе супружеских пар, согласован-

ных в родительско-воспитательной сфере, уровень значимости родительской ответственности выше, чем в группе несогласованных. В группе супружеских пар, согласованных в отношении социальной активности значимость родительских установок и ожиданий выше, чем в группе несогласованных. А также уровень тревожности в актуальном эмоциональном состоянии согласованных супружеских пар в отношении социальной активности ниже, чем в группе несогласованных. В группе супружеских пар, согласованных в отношении внешней привлекательности значимость ролевой адекватности относительно родительско-воспитательной функции брака, родительской ответственности выше, чем в группе несогласованных. А также уровень тревожности в актуальном эмоциональном состоянии в группе супружеских пар, согласованных в отношении внешней привлекательности, ниже, чем в группе несогласованных.

Анализируя полученные результаты, можно сделать следующие выводы:

1. На этапе беременности у супружеской пары на эмоциональном фоне существуют тесные взаимосвязи между отношением к ребенку, отношением к рождению ребенка, отношением супругов друг к другу, отношением к маме (теще) и актуальным эмоциональным состоянием.

2. Повышение уровня тревожности супругов в отношении к ребенку способствует снижению уровня их родительской позиции.

3. Существуют значимые различия по уровню сознательного родительства, ролевой адекватности супругов и уровню тревожности по шкалам ЦТО в группах супружеских пар с согласованными и несогласованными семейными ценностями.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ С ОТЦОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Симоненко И.А., Шевченко А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

sheff3@list.ru

Сегодня, в период кардинального социально-экономического переустройства общества, по данным многих исследователей, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков. Возросшее число вредных психологических воздействий, а также ухудшение окружающей среды привело к увеличению распространённости соматических заболеваний, в механизме возникновения которых большую роль играют психологические факторы, то есть психосоматических расстройств (ПСР), в настоящее время рассматриваемых как болезни адаптации. По мнению ряда авторов (Д.Н. Исаев, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, А.С. Кулаков и др.), значительную роль в возникновении ПСР у ребёнка играет его семейное окружение, однако исследования, посвящённые конкретизации роли

каждого члена семьи в этом процессе, в литературе достаточно редки. И если роли отношений с матерью в возникновении ПСР у ребёнка уделяется внимание, то особенности отношений с отцом как фактора, влияющего на развитие ПСР у ребёнка, в научной литературе практически не освещены.

В данной статье мы остановимся на конкретизации роли отца в развитии ребёнка. Описание роли и значимости отца в развитии ребенка особенно характерно для работ З. Фрейда. В этом описании отец предстает, как объект любви и идентификации, всемогущий защитник и запрещающий объект, который становится тем, с кем стремится конфронтировать и кого стремиться победить ребенок. Особая роль игры в отношениях с отцом, подчеркивалась Д. Боулби, указывающим на значение стимуляции и поддержки исследовательской игры с отцом в развитии как познавательной активности, так и автономии ребенка в целом. Согласно положению ряда авторов (Д. Берлингейм, М. Боуэн, Ф. Тайсон и др.), особенно велико значение отца в развитии у ребёнка автономии, успешности сепарации от матери и возможности возникновения триадных отношений за пределами замкнутой диады «мать-ребёнок». В свою очередь, известно, что чрезмерно тесные, симбиотические отношения с матерью являются фактором, увеличивающим вероятность возникновения психосоматического расстройства у ребёнка. Кроме этого, те же авторы указывают на особую роль отца в формировании у ребёнка модели социального поведения, контакта с окружающим миром. По мнению Parke, именно безопасная связь с отцом, а не с матерью, оказывается важной для качества межличностных отношений со сверстниками у детей дошкольного возраста. Такие дети лучше адаптируются к социальной среде, что, по нашему мнению, является одним из факторов защиты от возникновения психосоматического расстройства как болезни, связанной с нарушением адаптации. В работах О.Г. Калины, А.Б. Холмогоровой рассматривается роль отца как третьего, как мужчины, как мужа матери и как родного человека. Авторы особенно выделяют роль отца в поддержании сепарационных процессов и развитии автономии ребенка, полоролевой идентификации, развитие способности ребенка переходить от диадных к триадным отношениям, а также развитие дифференциации «Я».

Однако объективная социальная ситуация развития ребёнка определяет его психическое развитие и психическое здоровье не автоматически, а только будучи преломленной в субъективных переживаниях ребенка (Лидерс, 2005), поэтому особенный интерес представляет не только изучение позиции отца в отношении ребёнка, но и восприятие отца самим ребёнком, то есть его специфический «ответ» на выполнение отцом своей роли. По нашему мнению, в результате достаточно хорошего выполнения роли отца у ребёнка возникает идентификация с отцом.

Идентификация (лат. *identificāre* — отождествлять) — частично осознаваемый психический процесс уподобления себя другому человеку или группе людей. Процесс идентификации, особенно на ранних этапах развития ребенка, является, с одной стороны, формой эмоциональной свя-

зи, а с другой - механизмом развития ребенка, формирующим его внутренние психические структуры. Процесс идентификации может основываться на эмоционально теплых отношениях, а также в условиях высокой тревоги, выступая как защита, способствуя отождествлению с человеком, имеющим власть в ситуации, или пугающим объектом (идентификация с агрессором).

В процессе развития ребенок нуждается во все большей автономии, исследовательской активности и выходе из тесных слиянных отношений с матерью, характерных для ранних этапов его развития. Внутри первичной диады ребенок не сможет найти модели такого, более автономного взаимодействия с матерью. Для этого нужен третий, который должен быть в близких отношениях с матерью и одновременно в силу теплых отношений с ребенком может явиться объектом для идентификации. Для того чтобы начать процесс развития и установления границ в диаде, выйти из «мы» с матерью, ребёнок нуждается в идентификации с человеком, у которого с его матерью существуют взаимоотношения, для поиска новых моделей отношений с ней. С точки зрения функциональности семейной системы этим человеком должен являться отец ребёнка. Данный процесс личностной идентификации, отличный от процесса полоролевой идентификации, описанной в классическом психоанализе, характеризуется интегрированием специфических особенностей личности, а именно способом взаимодействия с социальным окружением, характером отношений и реакций с другими. Мы предполагаем, что в случае наличия у ребёнка психосоматического расстройства его отец будет обладать специфическими чертами, интериоризированными ребёнком и влияющими на развитие у него заболевания, либо отец вовсе не будет являться объектом для идентификации, что указывает на дисфункциональность триады мать-отец-ребёнок. Выдвинутая гипотеза предполагает дальнейшие исследования в данной области.

**УСТОЙЧИВОСТЬ - НЕУСТОЙЧИВОСТЬ
К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
КАК СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ВЛИЯЮЩАЯ
НА ОРГАНИЗАЦИЮ ИМИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Смирнов Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

smirnov-nikv@yandex.ru

Известно, что новизна и неопределенность ситуации может оказать как негативное, так и положительное, мобилизующее влияние на поведение ребенка. Неустойчивость к такого рода ситуациям формирует тенденцию интерпретировать их в качестве опасных, то есть в некоторых случаях может являться фактором, повышающим тревожность детей младшего школьного возраста, а следовательно, и повлиять на их дезадаптацию и

дезорганизацию деятельности. То есть одна группа детей реагирует на факт наличия альтернатив, возможность выбора творчеством, свободой принятия решения, изучением и преобразованием незнакомой ситуации; другая группа - преимущественно неуверенностью, сомнением, невозможностью выбора, самостоятельного принятия решения и высоким уровнем тревожности.

Устойчивость и неустойчивость можно рассматривать на различных уровнях организации, – как на природном уровне, т.е. биологическом или, другими словами, врожденном, так и личностном, где устойчивость к неопределенности определяют индивидуально-личностные особенности.

В настоящее время существует ряд подходов к проблеме неопределенности. Один из них - трактовка неопределенности с точки зрения теории информации «как меры обратной величине вероятности выбора элемента из множества, чем больше вероятность выбора элемента, тем меньше неопределенность».

Следующий подход - трактовка неопределенности как отсутствия решающей информации (ее ограниченность). С этим подходом тесно связано понятие риска (как вероятность ошибки при осуществлении выбора) и конфликта (как несовместимость, противоречивость альтернативы) или, когда дело представляется таким человеку, возникает необходимость сделать выбор. Появление непредвиденных событий также требует принятия решения, осуществления выбора. Такого рода случаи относятся к проблемным ситуациям.

Подобные ситуации могут возникать на всех уровнях психического отражения окружающей действительности (сенсорно-перцептивном, мнемическом, интеллектуальном). М.С. Роговин и его коллеги рассматривали процесс разрешения неопределенности на основе уровневого принципа (согласно структурно-уровневому строению психики).

В отечественной практике проблема неопределенности решается на сенсорно-перцептивном уровне.

В работах Б.Ф. Рубахина отражены особенности преобразования процесса принятия решения на перцептивном и интеллектуальном уровнях под действием фактора неопределенности.

Е.П. Кринчик и Л.Н. Александрова разделяют неопределенность на временную и альтернативную. Временная обусловлена распределением вероятностей сигналов, альтернативная - величиной ансамбля сигналов.

Авторами было установлено, что временная неопределенность преодолевается проще, чем альтернативная.

Классификация, разработанная М.С. Роговиным и Л.П. Уранцевым, опирается на структурно-уровневый принцип строения психики.

1. Перцептивная неопределенность создается нечеткими границам между раздражителями, их малой околороговой интенсивностью, затрудненными условиями восприятия (например, «расфокусировка» изображения).

2. Неопределенность репрезентации порождается неопределенностью связей между обозначением и обозначаемым (например, симптом - болезнь).

3. Семантическая неопределенность порождается неоднозначностью связей между реалиями и обозначающими их средствами языка (например, многозначность слов, использование их в субъективном значении).

4. Концептуальная неопределенность выражается в плане суждений и понятий. Ее преодоление осуществляется через решение плохо сформулированной задачи. Такая задача включает в себя один или несколько параметров, которые не уточняются.

Эта классификация отражает значение неопределенности на разных уровнях психической организации, от сенсорно-перцептивного и до мотивационно-личностного.

Существует еще одна классификация видов неопределенности. В.С. Готт и А.Д. Урсул выделяют семантическую и прагматическую неопределенность. Семантическая неопределенность заключается в трудности распознавания сообщения («Что это такое?»), прагматическая - в затруднении выделения информации, которая ведет к реализации цели (из всей возможной и уточненной информации).

В работе Н.Д. Заваловой, Б.Ф. Ломова неопределенность обозначается как результат оценки субъектом ситуации, которая имеет несколько возможных вариантов разрешения и/или содержащей непредвиденные события при необходимости принятия решения. Поэтому если ситуация будет восприниматься индивидом как нежелательная, то на ее решение потребуется небольшая затрата энергии. Если же ситуация расценивается как угрожающая, то затраты на ее преодоление будут значительно больше, и чем значительнее угроза, тем большее количество энергии будет затрачено.

На этом основании стало возможным обозначать в качестве критериев устойчивости-неустойчивости к неопределенности такие компоненты личности, которые являются одновременно характеристиками способности к самореализации:

1. Мотивационный компонент (заинтересованность поведения личности и энергетические затраты).

2. Когнитивный контроль (узкий широкий диапазон эквивалентности, гибкость - ригидность).

3. Самостоятельность (поведение расценивается как самостоятельное, если осуществляется собственными силами, без дополнительной помощи со стороны).

Кроме того, говоря о неопределенности, следует вспомнить, что на основе результатов последних исследований были сделаны выводы о первостепенном значении фактора неопределенности при становлении совместной деятельности. А именно: для успешного формирования совместной деятельности необходим оптимальный уровень ее неопределенности, соответствующий возрастным особенностям каждой конкретной подгруппы.

Особую роль здесь играет доступность индивидуальным и возрастным особенностям детей форм изложения конкретных образцов поведения в совместной деятельности.

Фактор неопределенности деятельности существенно влияет на проявление организованности подгруппы, в частности, на лидерский потенциал, на способность подгруппы принимать групповую цель.

Слишком высокая степень неопределенности затрудняет, а порой даже делает невозможным формирование групповой цели, способствует распаду совместной деятельности на индивидуальные. Чем больше количество внешне заданных стимулов опосредует подгруппа и включает их в совместную деятельность, тем более высокий уровень неопределенности ей доступен.

Таким образом, как уже отмечалось, фактор неопределенности имеет первостепенное значение при становлении совместной деятельности. Неопределенность деятельности является зоной трудности, в которой может проявиться или не проявиться такое качество, как групповая организованность.

Следовательно, личность определенным образом реагирует на объективную неопределенность, и эти реакции могут быть детерминированы, например, когнитивным стилем.

Когнитивный стиль, в свою очередь, можно определить как способы восприятия, мышления и действия субъекта, задающие индивидуально устойчивые и в этом смысле личностные характеристики решения познавательных задач в разных ситуациях, но преимущественно в ситуациях неопределенности. В этом определении собраны представления о когнитивных стилях, сложившиеся в зарубежных психологических работах за последнее десятилетие.

К концу 70-х годов эмпирические исследования привели к представлению о когнитивных стилях как о гипотетическом конструкте, отражающем познавательные стратегии. Последние описывались посредством набора дихотомических переменных, среди наиболее обоснованными являются следующие:

Г.А. Виткин предложил стиль «Глобальность» «артикулированность».

Артикулированность характеризуется склонностью к дифференциации признаков среды и к различению явлений, которые человек относит к его «Я» и явлениям внешнего мира. Для глобального типа характерно обратное.

Исследуя принципы когнитивной организации, Г. Клейн, Р.Н. Гарднер, возглавляющие психологический исследовательский центр в Миненгерской клинике, предположили, что стили обработки информации (в их терминологии когнитивные контроли) появляются в раннем онтогенезе и представляют собой основу, на которой формируются защитные механизмы. Сами контроли являются особенностями восприятия, а их функция, по мнению авторов, состоит в том, чтобы структурировать поступающую из

вне информацию таким образом, чтобы она, с одной стороны, была адекватна внешним условиям (реальности), а с другой, соответствовала внутренним условиям (например, особенностям памяти, мышления и т.д.).

Эти исследования послужили основанием для выделения пяти когнитивных контролей:

1. Уравнивание - заострение.

Представляет собой способ восприятия различающихся особенностей предмета: одни люди могут не замечать даже значительных различий между предметами, другие - обращают внимание на несовпадение малейших деталей. Было выдвинуто предположение, что эти индивидуальные особенности связаны с тем, насколько детально человек запоминает информацию.

2. Высокий - низкая толерантность к нереалистическому опыту.

Проявляется в нестабильных или необычных условиях, не имеющих аналога в жизненном опыте человека. Индивидуальные различия по этому когнитивному контролю свидетельствуют о том, насколько легко принимаются факты, противоречащие знаниям и навыкам человека.

3. Узкий - широкий диапазон эквивалентности (или концептуальная дифференцированность). Этот когнитивный контроль свидетельствует об индивидуальных различиях, проявляющихся при свободной классификации объектов.

4. Фокусирование - сканирование.

Этот когнитивный контроль связан с особенностями распределения внимания при выполнении тестового задания.

5. Ригидный - гибкий когнитивный стиль.

Он свидетельствует о соотношении произвольной и непроизвольной регуляции когнитивной деятельности. Степень увеличения времени выполнения задачи является ведущим критерием. Чем больше время, тем более ригидным является когнитивный контроль.

Р. Гарднер пришел к выводу, что когнитивные контроли представляют собой независимые характеристики, а разнообразие форм адаптации к требованиям среды определяется различиями в сочетаниях когнитивных контролей.

В исследовании Дж. Баднера дается описание шестнадцатипунктной шкалы, которая служит для измерения такой индивидуально-психологической особенности, как устойчивость-неустойчивость к неопределенности. В данной работе неустойчивость к неопределенности трактуется, как «тенденция воспринимать двусмысленные ситуации как источник угрозы». Устойчивость к неопределенности определяется как «тенденция воспринимать неопределенные ситуации как желательные». Неопределенная ситуация-это ситуация, которая не может быть адекватно структурирована или категоризирована индивидом из-за отсутствия достаточной информации. Неопределенная ситуация характеризуется новизной, сложностью или неразрешимостью.

Реакции на возможную угрозу разделены на подчинение и отказ. Подчинение предполагает опознание ситуации как неизбежного факта существования, который индивид не может изменить. Реакция отказа характеризуется некоторыми действиями, с помощью которых объективная реальность хотя бы только в феноменологической сфере индивида изменяется таким образом, чтобы удовлетворить желание воспринимающего. Поэтому если индивид, проявляет какой то из следующих типов ответа: феноменологический отказ (деконструктивное и реконструктивное поведение), оперативное избегание (поведение избегания), то можно сделать вывод, что ему каким-то образом угрожают, если эти типы поведения вызваны ситуациями, которые характеризуются новизной, сложностью или неразрешимостью, и можно заключить, что индивид неустойчив к неопределенности.

Специально и наиболее полно в отечественной психологии проблему психологической устойчивости рассматривали В.Э. Чудновский, Е.П. Крупник, М.Н. Аболин и др.

По мнению Е.П. Крупника, изучение механической устойчивости индивидуального сознания личности необходимо вести через раскрытие таких понятий как стабильность и изменчивость.

В психологической литературе стабильность и изменчивость психических проявлений индивида рассматривается как диаметрально противоположные характеристики.

Стабильность интерпретируется как сохранность психики в постоянно изменяющихся жизненных обстоятельствах, определяя тем самым последовательный характер протекания деятельности индивида, выступая как механизм, позволяющий сохранить направленность действий и поступков, подверженных «возмущающему» воздействию внутренних и средовых факторов.

Стабильность имеет противоречивую психологическую природу, она может выступать и как стабилизирующий фактор, и как фактор, блокирующий динамику психических структур личности.

Изменчивость также как и стабильность имеет противоречивый характер; она может определять и совершенствование личности, и ее деструкцию.

Таким образом, Крупник выделяет новую, «синтезирующую» категорию - категорию психологической устойчивости и характеризует ее как подвижное равновесие и оптимальное соотношение диалектически противоречивых структур личности, порождающее такие психические новообразования, которые определяют «резистентность» психики как по отношению к внешним, так и по отношению к внутренним воздействиям.

Е.П. Крупник подчеркивает, что устойчивость индивидуального сознания достигается с помощью синтезирующей рефлексии как основного способа его существования; психологическим механизмом синтезирующей рефлексии является продуктивное воображение, которое обладает способностью сложного психологического синтеза - синтеза эмоциональной и

интеллектуальной сторон сознания синтеза конкретных и абстрактных компонентов, синтеза аффекта и интеллекта.

В.Э. Чудновский утверждает, что устойчивость поведения и личности является результатом саморегуляции человека и носит, в отличие от ригидности, динамический характер. Основным условием сохранения устойчивости поведения является саморегуляция субъекта, ориентирующегося на цели, выходящие за пределы данной ситуации. Он считает, что уровень самоорганизации задает устойчивость психики. Он выделяет два различных уровня сформированности личности и соответствующие им два типа деятельности человека. Активно - преобразующая деятельность относительно социальных обстоятельств и пассивно - приспособительная деятельность человека по отношению к этим же обстоятельствам.

В своей работе В.Э. Чудновский дает психологическую характеристику как устойчивости личности (способность отстаивать свои взгляды и изменять себя и ситуацию), так и неустойчивости личности (чрезмерная податливость человека обстоятельствам, ситуации, влиянию других людей).

Он связывает проблему устойчивости личности с проблемой ее целостности. В.Э. Чудновский делает вывод, что наличие личностной позиции, значимой установки, в основе которой лежат иерархия мотивов, реализация определенной линии поведения характеризуют проявления устойчивости личности.

Таким образом, в понимании В.Э. Чудновского психологическая устойчивость личности - есть свойство целостного организма, проявляющееся как активность самоорганизации. Ее критериями являются - избирательная деятельность организма; определенная направленность мотивационных установок; иерархия этих установок.

На основе вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Устойчивость - неустойчивость к неопределенности изучается на различных психологических уровнях (на уровне природных и личностных детерминант);

Устойчивость является интегративной характеристикой личности и будет влиять на стратегии поведения младших школьников в ситуации неопределенности.

Стратегии поведения, отражающие устойчивость - неустойчивость к неопределенности, являются важной характеристикой для развития лидерского потенциала в детских группах.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕНЕДЖЕРОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В УСЛОВИЯХ СЛОЖНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ И ЖИЗНЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ

Солдатов А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

alexander.soldatov@raz.ru

Современная российская экономика довольно сложна и противоречива. В таких условиях все большее число компаний берет курс на достижение высокой эффективности производства, лучшего использования ресурсного потенциала предприятия, оптимизацию затрат на производство и сбыт продукции, что по сути является основной целью менеджмента. Руководителям необходимо прикладывать совместные усилия для достижения поставленных целей и задач, а значит осуществлять прямое взаимодействие, которое под действием социально-психологических факторов, может негативно влиять на эффективность совместной деятельности.

Данные тенденции создают условия для формирования избыточного уровня стресса в среде менеджеров среднего звена, порождая ряд специфических для личности трудностей. Сложности в работе, которые могут выражаться в нарушении взаимодействия в коллективе, зачастую переносятся на другие сферы личной и социальной жизни, порождая тем самым сложную жизненную ситуацию.

Оптимизация взаимодействия в контексте труда менеджеров среднего звена должна выступать одной из приоритетных задач управления человеческим ресурсом любой компании, так как от эффективности труда данной категории работников во многом зависит общая эффективность работы предприятия.

На наш взгляд, оптимизация взаимодействия менеджеров среднего звена даст возможность достичь ряда общих целей, обеспечивающих эффективность деятельности любого предприятия.

Мы считаем, что необходимо проведение мероприятий, направленных на повышение эффективности работы менеджера, через развитие его личностных характеристик и социально-психологических качеств. Посредством выявленных в ходе исследования «личностных портретов» работников и «социально-психологических профилей» группы появляется возможность оптимизировать взаимодействие в группе менеджеров среднего звена таким образом, что они будут представлять единую команду, целью которой будет достижение целей корпорации.

Становится очевидным, что необходимо выявлять «зоны развития» на которые должно будет направлено обучение персонала, т.е. развитие личности каждого сотрудника и оптимизация взаимодействия сложившихся трудовых коллективов как «малой группы».

Анализируя основные достижения социальной психологии и психологии управления, делая акцент на Российском опыте в данной сфере (А.В. Карпов, А.Н. Занковский, Г.М. Андреева, Г.С. Никифоров, Л.И.

Уманский, А.Л. Журавлев, А.С. Чернышев и др.) нами была сформулирована модель взаимодействия менеджеров среднего звена, включающая в себя личностные характеристики и социально-психологические качества.

В качестве **социально-психологических факторов** выступили:

1. Социометрический статус в группе по формальному и неформальному критериям.
2. Аттитюды по отношению к трудовой деятельности и коллегам по работе.
3. Мотивы работы в организации (мотив власти, мотив соучастия и мотив успеха), а также особенности мотивации (внешняя/внутренняя; положительная/отрицательная).
4. Непосредственное эмоциональное отношения к коллегам по работе.

В качестве **личностных факторов** выступают:

1. Структура жизненных стремлений и базовых потребностей личности.
2. Уровень развития рефлексивных процессов.
3. Локализация локуса контроля.
4. Характеристики временной перспективы.
5. Параметры осмысленности жизни.
6. Структура саморегуляции.
7. Стрессоустойчивость и профессиональное выгорание.

Для достижения общей цели, которая, как мы говорили выше, заключается в оптимизации взаимодействия менеджеров среднего звена, необходимо научное обоснование роли выделенных нами факторов.

На основании вышесказанного нами было проведено исследование роли социально-психологических и личностных факторов в оптимизации взаимодействия менеджеров среднего звена.

Для изучения указанных личностных и социально-психологических факторов мы использовали следующие методы:

1. Для исследования социально-психологических факторов:

- а) Анкета, направленная на выявление установок трудовой деятельности (авторская разработка);
- б) Анкета, направленная на выявление мотивов трудовой деятельности (авторская разработка);
- в) Методика «Мотивация к успеху» Т. Элерса;
- г) Методика «Q-сортировка» В. Стефансона;
- д) Метод социометрических измерений Я.Л. Морено;
- е) Методика «Структура мотивации трудовой деятельности»

К. Замфир;

- а) Методика «Цветовой тест отношений» М. Эткинда;
- б) Аппаратная методика «Арка» Л.И. Уманский, А.С. Чернышев;
- в) Наблюдение.

2. Для исследования личностных факторов:

- а) Методика диагностики локализации контроля личности Е.Г. Ксенофонтовой;
- б) Тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова;
- в) Методика «Индекс стремлений» Э. Дэси и Р. Райна (в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В. Селина);
- г) Методика «Базовые потребности личности» Э. Дэси и Р. Райна (в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.А. Котельниковой и А.В.Селина);
- д) Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (в адаптации А.Сырцовой);
- е) Тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева;
- ж) Диагностика профессионального «выгорания» К. Маслач.

Выборку исследования составили мужчины и женщины трудоспособного возраста, занимающие различные должности, относимые к группе менеджеров среднего звена управляющей компании «Группа компаний Разгуляй» в г. Курске.

Рассматривая данное исследование как пилотажное, мы ограничили объем выборки 23 испытуемыми.

Укажем, что нами была рассмотрена такая характеристика эффективности взаимодействия, как активность в организации совместной деятельности.

В результате исследования нами были выявлено различное влияние социально-психологических и личностных факторов на взаимодействие менеджеров среднего звена, которые можно отразить в выводах.

Выводы:

1. Относительно роли социально-психологических факторов укажем, что социометрический статус, наличие установки на успешный результат и преобладание мотива власти в структуре мотивов трудовой деятельности влияет на активность менеджеров среднего звена во взаимодействии с коллегами. Можно говорить о том, что менеджеры среднего звена, имеющие высокий (положительный) социометрический статус по формальному критерию, занимают активную позицию при взаимодействии со своими коллегами. При этом менеджеры среднего звена, у которых была обнаружена установка на успешный результат трудовой деятельности, активно включаются во взаимодействие со своими коллегами. Было выявлено, что менеджеры среднего звена, в структуре мотивов трудовой деятельности которых преобладает мотив власти, будут занимать пассивную позицию во взаимодействии с коллегами. На наш взгляд, это объясняется стремлением менеджеров к активному взаимодействию с сотрудниками, имеющими меньшие должностные полномочия, занимающими позицию подчиненных, но не с сотрудниками, обладающими равными с ними полномочиями.

2. Относительно личностных факторов отметим, что менеджеры среднего звена, имеющие ориентацию на гедонистическое настоящее, занимают пассивную позицию во взаимодействии со своими коллегами. На наш взгляд, это объясняется наличием ориентации менеджера на получение удовольствия, возбуждения в настоящем, отсутствием заботы о по-

следствиях и будущих выгодах. Не обнаруживается целенаправленного поведения в отношении своей деятельности, а также обнаруживается направленность на удовлетворение внешних потребностей.

Подчеркнем еще раз, что данное исследование носит пилотажный характер, но при этом полученные результаты уже сейчас дают нам основание утверждать, что социально-психологические и личностные факторы по-разному включены в процесс оптимизации взаимодействия менеджеров среднего звена.

Мы уверены, что расширение и дальнейшее проведение исследований в данной области даст результаты, на основании которых можно будет разработать и провести комплекс программ социально-психологического сопровождения работы менеджеров среднего звена, направленный на оптимизацию их взаимодействия в трудовом процессе. Это, в свою очередь, приведет, с одной стороны к улучшению условий работы и большей эффективности труда, а с другой стороны, выступит средством профилактики и коррекции возникновения психологических трудностей в профессиональной и личной жизни.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

kupck046@bk.ru

Теоретический анализ данной проблемы показал, что тревожность является реакцией личности на ситуацию с высокой степенью неопределенности. Встречая незнакомые условия, требующие дополнительного уточнения, люди могут воспринимать их как несущие в себе угрозу и вследствие этого испытывают состояние тревоги. Это говорит о том, что у личности нет доступа к ресурсам для разрешения этой ситуации и снятия неопределенности (Готт В.С., Урсул А.Д., 1971; Костина Л.Н., 2001; Крупник Е.П., 1994; Сурьянинова Т.И., 2010; Vuolner G., 1962). Группа людей, обладающих глобальным когнитивным стилем, предпочитает синтетический способ мышления, в отличие от индивидов со специфическим когнитивным стилем, склонных к аналитическим способам. Для глобальщиков незнакомые ситуации не представляются опасными, угрожающими. Наоборот, для них ситуации такого рода желательны и являются источником творчества, свободного самовыражения, так как не содержат ограничений и границ их разрешения (Берулова Г.А., 1995; Сурьянинова Т.И., 2010).

Другими словами, глобальный когнитивный стиль проявляет устойчивость к неопределенности и может стать ресурсом для преодоления высокой тревожности.

Другим фактором, кроме когнитивного стиля, влияющим на тревожность, является самооценка (Крупник Е.П., 1994; Чудновский В.Э., 1981).

Представления о себе и отношение к этим представлениям являются частью я-концепции личности. Личность вырабатывает стратегии адаптации к изменяющимся условиям внешнего мира, основываясь на прошлом опыте, обратной связи, поступающей в результате общения с окружающими ее людьми, а также на своих представлениях о себе и своих возможностях. Очевидно, что адекватная самооценка будет способствовать формированию реалистичных поведенческих программ, в то время как заниженная или завышенная самооценка будут искажать возможный результат и приводить к социальной дезадаптации.

Вместе с тем рассогласование между «я-реальным» и «я-идеальным» (неадекватная самооценка) влечет за собой формирование ситуации неопределенности. Индивид испытывает затруднения в идентификации себя. Как и в ситуации внешней неопределенности, здесь не хватает конкретных, постоянно уточняемых, объективных представлений о своих сущностных характеристиках. В данном случае адекватная самооценка гармонизирует структуру личности, вносит ясность и способствует сохранению внутренней определенности в той же степени, что и внешней, оптимизирует синтетические и аналитические способности.

Иначе говоря, адекватная самооценка является фактором устойчивости к неопределенности, а значит и снижения тревожности.

Таким образом, тревожность, как реакция на ситуацию неопределенности, отражает неспособность индивида разрешать и преобразовывать ситуацию с высокой степенью неопределенности.

Цель настоящего исследования заключается в обозначении связи самооценки, устойчивости – неустойчивости к неопределенности с проявлением тревожности детей и состоянием их здоровья.

В основе гипотезы исследования лежит предположение о наличии связи между когнитивным стилем (устойчивостью-неустойчивостью к неопределенности), самооценкой и уровнем тревожности и состоянием здоровья детей дошкольного возраста, а именно: дети дошкольного возраста с глобальным когнитивным стилем и адекватной самооценкой менее тревожны, чем дети дошкольного возраста со специфическим когнитивным стилем и высокой или низкой самооценкой.

Вторая гипотеза предполагает, что уровень тревожности больных детей дошкольного возраста выше уровня тревожности здоровых детей дошкольного возраста.

Исследование проводилось на базе ОДКБ г. Курска и д/с № 7, № 6 г. Суджи Курской области, в нем принимало участие 143 ребенка дошкольного возраста (5-6,5 лет), среди них 81 здоровый ребенок и 69 больных детей. Кроме того, в качестве дополнительной объективной оценки опрашивались взрослые, входящие в близкое окружение ребенка (родители, воспитатели, медицинские сестры).

Методы исследования: тест тревожности (Р. Темпл, М. Дорки, В. Амен); методика Т.И. Сурьяниновой «Диагностика стратегий устойчивого-неустойчивого поведения детей в ситуации неопределенности»

(Сурьянинова Т.И., 2010); методика С.Г. Якобсон «Лесенка» самооценки, модифицированная А.С. Чернышевым и Т.И. Сурьяниновой; шкала детской тревожности, методика «Несуществующее животное», методика «Автопортрет».

В исследовании принимали участие, как здоровые дети, так и дети, страдающие эндокринными заболеваниями. Анализ результатов показал существенные различия между этими группами дошкольников. Наблюдается наличие более высокого уровня тревожности у больных детей дошкольного возраста (58%), по сравнению со здоровыми детьми (42%) (Q критерий Розенбаума и ϕ -критерий (угловое преобразование Фишера), с уровнем значимости $p = 0,01$). Имеет место тенденция повышения тревожности у больных детей, в то время как для большинства здоровых детей характерен средний уровень тревожности. Это подтверждает наше предположение о том, что болезнь является дополнительным фактором неопределенности и провоцирует повышение тревожности.

Характер самооценки здоровых детей является существенным фактором, влияющим на уровень тревожности детей дошкольного возраста. Уровень тревожности в группе детей с адекватной самооценкой значительно ниже, чем в группах с высокой или низкой самооценкой. В группах детей с высокой самооценкой имеют место более высокие показатели уровня тревожности среди здоровых детей, а в группах детей с низкой самооценкой более высокие показатели уровня тревожности среди больных детей. В группах детей с адекватной самооценкой имеют место более оптимальные показатели тревожности, как среди здоровых, так и среди больных детей. Хотя в целом уровень тревожности больных детей существенно выше уровня тревожности здоровых детей.

Анализ результатов показал, что когнитивный стиль и характер самооценки влияют на проявление тревожности в группе здоровых детей, в группе больных детей эти влияния сглаживаются. Когнитивный стиль влияет на уровень тревожности детей в группах с различным характером самооценки. Самые высокие показатели тревожности наблюдаются в группе детей с низкой самооценкой. У детей с глобальным когнитивным стилем, обладающих адекватной самооценкой, наблюдаются самые низкие показатели тревожности. Без учета характера самооценки когнитивный стиль не влияет на уровень тревожности детей. Адекватная самооценка одинаково часто встречается в группах больных детей с различным когнитивным стилем, в группе здоровых детей адекватная самооценка встречается чаще среди детей с глобальным когнитивным стилем.

Таким образом, можно сделать выводы:

1. Фактор болезни оказывает неоднозначное влияние на психологические состояния детей дошкольного возраста: с одной стороны, болезнь повышает уровень тревожности детей, с другой стороны, способствует трансформации характера самооценки и стратегий психологической защиты.

2. Одновременное действие таких факторов как характер самооценки и когнитивный стиль (специфичность, глобализм) в различных их сочетаниях оказывают существенное влияние на уровень тревожности детей дошкольного возраста.

3. При болезни сглаживается влияние когнитивного стиля и характера самооценки на уровень тревожности детей дошкольного возраста.

НАПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ОБЛЕГЧЕНИЯ ЗАТРУДНЕНИЙ ЧЕЛОВЕКА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Тони О.Н., Степаилов Н.С.

**Центр социальной помощи и организации - Агентство «Ментор»,
США, Калифорния**

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Выход на пенсию, т.е. прекращение активной профессиональной деятельности, сужение круга общения, приближающаяся физическая слабость - все это вызывает комплекс психологических, ценностных, мотивационных изменений, которые в конечном итоге приводят к возникновению нового жизненного ритма. Но возникающее у многих людей ощущение опустошенности довольно быстро преодолевается, если жизнь пожилого человека строится активно.

Где же должен проводить свое время пожилой человек? Первое предложение, которое хотелось бы выдвинуть, - это создание клубов пожилых людей. Эти формирования зародились в ряде европейских стран еще в XIX веке и успешно развиваются в настоящее время. В России эти формы общения пожилых людей пока еще не получили широкого распространения, но уже успешно функционируют в Москве, Пензе, Самаре.

В целом задачей клубов является удовлетворение людей: клубы по месту работы, преимущественно при заводах и фабриках, а также территориальные, по месту жительства. Первые организуются для пенсионеров - бывших работников предприятий. В этих клубах встречаются люди, давно знающие друг друга, что способствует созданию особой атмосферы в клубе и дает ощущение сохраняющейся связи с предприятием, уменьшая этим самым у некоторых людей стресс, вызванный внезапным выходом на пенсию.

Преимуществом территориальных клубов является близость места проживания их членов, что способствует более частому присутствию пожилых людей на клубных занятиях. Клубы по месту жительства часто организуются в рамках местных домов культуры, это расширяет возможности дружеских контактов и вместе с тем позволяет принимать участие в интересных художественных мероприятиях, проводящихся в этом доме культуры. Кроме того, подобные клубы могут создаваться в библиотеках, кафе, центрах социального обслуживания населения, а в сельской местности также при администрациях управления.

На эффективную реализацию общественных функций клуба влияют многие факторы: оборудование помещения, формы работы, состав совета правления клубом и т.д.

Эффективность работы клуба зависит также от реализации программы. Кроме того, на его работу оказывают влияние личность руководителя, его квалификация, отношение к делу, методы работы. Деятельность клуба пожилых людей может быть богатой и разнородной. Это зависит в значительной мере также от его членов и, особенно, от самоуправления.

Важным является образование групп самопомощи. Первые встречи дают возможность участникам изложить свои проблемы, просьбы, намерения. Наряду с личными вопросами обсуждаются содержание и организационные вопросы дальнейшей работы.

Опыт работы показывает, что знакомство и информационный обмен, взаимопонимание и поддержка, преодоление социальной изоляции стоят на первом плане.

Противодействовать трудностям пожилого возраста можно прежде всего путем воспитания отношения к старости, то есть путем формирования у молодежи благожелательности и понимания потребностей и возможностей пенсионеров, а также путем достойной реализации стариками их социальной роли. Существует несколько вариантов этих ролей; вполне возможно также их сочетание. Мудрец - эта роль пожилого человека весьма характерна для античности, но она представляется актуальной и в наши дни.

Участие старых людей в деятельности различных учреждений в качестве членов научных, общественных советов, в которых ценятся опыт, знания, специфический тип знания жизни, а точнее - механизмов жизни и людей, которые эти механизмы «приводят в движение», - это характерные черты роли современного «мудреца». Они выполняют роль связующего звена между поколениями. Если бы не стало людей, которые могли бы играть эту роль, то исчезли бы мощные стимуляторы патриотического, общественного, политического, исторического воспитания.

Роль воспитателя является наиболее популярной. Данные выборочных исследований деятельности членов попечительских советов учебных заведений, различных общественных фондов подтверждают, что к этой роли пожилые люди чувствуют себя наиболее компетентными и в то же время ответственными, а результаты их деятельности высоко ценятся всеми окружающими.

Пожилой человек часто выступает также в роли организатора общественной жизни, культурной и просветительской деятельности.

Остальные роли, которые исполняют пожилые люди, не требуют такой физической формы. Их они могут выполнять и «на дому». «Мудрецом», человеком, связующим поколения, попечителем и воспитателем может быть человек, который редко переступает порог дома или даже вовсе не выходит из него.

Хорошо известно, что число людей преклонного возраста растет, в то время как население в целом в Европе продолжает оставаться стабильным, а в ближайшем будущем прогнозируется его уменьшение. Большинство европейских стран (кроме, возможно южных) имеет более долгий процесс старения и, следовательно, более долгую историю развития политики в отношении пожилых людей.

Однако до недавнего времени лишь несколько стран имели четко определенную политику в области длительного ухода (хотя пенсии по старости появились еще при Бисмарке свыше 100 лет назад). Часто в случае необходимости лечение в больнице продлевалось, чтобы обеспечить длительный уход. Дома престарелых предоставляли кров тем больным и бедным людям, чьи семьи не могли им этого дать. Те семьи, которые осуществляли уход, делали это без обращения в социальные службы (предоставление временного ухода, помощь на дому, доставка продуктов на дом). Социальная политика в отношении престарелых была нацелена в первую очередь на поддержание дохода лиц преклонного возраста, а затем на минимальное обеспечение жильем и стандартное лечение, и только недавно обратили внимание на длительный уход, поскольку демографический рост создал новый контингент. Пенсии и услуги здравоохранения были давно утвердившимися институтами 60-х годов; когда многие страны впервые сконцентрировали внимание на необходимости длительного ухода. Еще в 80-е годы эта проблема не привлекала много внимания. В настоящее время она представлена в повестках дня различных конференций и подобных мероприятий, связанных с социальной политикой.

В последние годы прояснился в большей или меньшей степени ряд направлений в вопросах длительного ухода в большинстве стран, поскольку они адаптировались к растущим требованиям по уходу. Ожидается, что они будут продолжаться и в будущем до достижения нового баланса услуг.

Во-первых, нет сомнений в том, что палаты длительного пребывания в обычных больницах не являются соответствующим местом для длительного ухода. Большая эффективность в использовании койко-места при экстренной госпитализации, которая была определена с помощью новой хирургической технологии, была достигнута за счет сокращения больничных мест длительного пребывания, а не вследствие тяжелых психиатрических условий. Больницы оказались среди самых дорогих форм длительного ухода. В этой области социальные и фискальные приоритеты удачно совпали.

Во-вторых, продолжалось увеличение числа мест в частных клиниках как альтернатива услугам, предоставляемым в больнице. Эти учреждения также стали более специализированными, помогая возрастающему числу престарелых и больных. Были усовершенствованы системы предварительной оценки, позволившие направлять менее нуждающихся в другие службы, а системы компенсации расходов отразили большую степень дифференциации услуг по уходу, предоставляемых на дому.

В-третьих, традиционные дома для престарелых, обеспечивающие социальный уход за людьми с меньшей недееспособностью, численно сокращаются. В некоторых странах к 2012 году предполагают почти полностью отказаться от такого вида обслуживания. Оно заменяются такими услугами, как центры дневного и временного ухода, которые дают возможность престарелым людям оставаться в своих собственных домах. В этом случае условия улучшаются и становятся более приспособленными для поддержания недееспособных престарелых людей с частичной помощью со стороны членов семьи и служб. Даже неспецифические технологии, такие как стиральные машины, телефоны и т.п., внесли свой вклад в этот процесс, в то время как более нацеленные технологии, к примеру, системы тревожной сигнализации, соединенные с центрами ухода на дому, становятся широко используемыми в некоторых странах. Системы тревожной сигнализации уменьшают риск ночной кражи со взломом или пожара и являются в настоящее время обычной домашней предосторожностью, и, вероятно, использование сигнализации для уменьшения рисков получения травм или невнимательного отношения к престарелым станет обычным делом. Для тех же, у кого развивается слабоумие и кого оставлять дома одних большой риск, наиболее предпочтительным становится создание небольших общежитий на 5 - 6 человек, чем размещение в крупных учреждениях, где, как показал опыт, состояние у слабоумных быстро ухудшается.

Несмотря на то что инфраструктура поддерживающих служб выросла, преждевременные надежды на то, что эти службы смогут взять на себя значительное число недееспособных престарелых из дорогих частных домов по уходу, уменьшились во многих странах. Хотя и была подтверждена эффективность создания новых служб, особенно внебольничных, полная замена стационарного обслуживания на обслуживание по уходу за престарелыми оказалась возможной лишь в немногих случаях (Kemper, 1987; Weissert, 1988; Fine and Thomson, 1995).

Существует ряд причин для такого вывода. Во-первых, имеется гораздо больше недееспособных людей преклонного возраста, проживающих в общине и предпочитающих получать обслуживание на дому, а не в домах престарелых. Во-вторых, уход за ними осуществляется в большинстве случаев кем-то из членов семьи в течение 24 часов, в отличие от формального обслуживания. Поддержка семей престарелых людей в настоящее время уже достаточно распространена, и маловероятно, что ее можно будет увеличить. Действительно, одним из наиболее положительных результатов, обнаруженных при обслуживании на дому, была поддержка семьи, которая до этого получала только формальную помощь. В большинстве стран обоснованием преимущества обслуживания пожилых людей на дому, по сравнению с обслуживанием в домах престарелых, служит то, что большему числу людей можно предложить лучшее обслуживание за одну и ту же определенную итоговую величину затрат.

Далее. Опыт длительного ухода показал, что поступление в дома престарелых происходит не после долгого периода снижения жизненной активности, а в результате травмы или болезни, за которой следует срок пребывания в больнице для получения стационарного ухода.

Таким образом, много случаев поступления в дома престарелых из больницы, а не из коммуны (места постоянного проживания). Это подсказало службам здравоохранения взять в большей степени на вооружение послестационарный уход и реабилитацию как полезное средство по перенесению на более поздний срок устройства человека в стационарное учреждение по сравнению с простыми социальными услугами по месту жительства. В большинстве стран такие услуги здравоохранения пока не признаны приоритетными, возможно, потому, что продолжительное существование модели старения представляет процесс медленного и неизбежного ухудшения ситуации. Их потенциал предотвращения социальных и фискальных расходов может оказаться значительным.

В настоящее время многие страны имеют лучшее представление о типе инфраструктуры социальных услуг, который потребуется обществу с большим числом престарелых людей, о возможностях и ограничениях таких услуг. Достигнуто значительное взаимопонимание по поводу сценария развития услуг, названных выше. Однако остаются существенные и пока нерешенные разногласия по такому сложному вопросу, как: кто будет платить?

Возможно ли значительную часть потребностей в уходе переложить на сами семьи престарелых, поощряя их возросшие усилия, тем самым уменьшая расходы на социальное страхование или доходы от налогов? Иногда предполагается, что раньше в семьях больше ухаживали за престарелыми и что частью проблемы является «отказ» от семейной поддержки. Хотя, безусловно верно то, что разные поколения хотят жить отдельно - это является вопросом выбора тех, кого это касается (Sundstrom, 1994). Однако тезис о «золотом возрасте» ухода в семье не поддерживается. В начале века было гораздо меньше слабых и немощных престарелых, за которыми ухаживало значительно большее число взрослых детей. Если что-то случается, то семья сейчас, возможно, оказывает столько же ухода, сколько и раньше, но другими путями. После измерения в часах прямого ухода и времени, посвященного наблюдению, стало очевидно, что большая часть помощи, которую получили немощные престарелые, проживающие вне учреждений по уходу за престарелыми, была оказана членами семьи. Это, без сомнения, самое важное «обслуживание», получаемое немощными престарелыми, хотя оно оказывается людьми, которые в большинстве своем не подготовлены (в обычном смысле) и, как правило, оно не оплачивается. Формальные услуги домашних помощников и посещений на дому были бы в большинстве своем недостаточными для поддержания престарелых в их собственных домах без такого регулярного источника помощи. Объем и цена такого неформального ухода за престарелыми теперь понимается более широко, чем раньше, что обосновано в ряде исследований,

проведенных различных в странах (см. Jani-Le Bris, 1993; Kendig, 1992; ОЭСР 1994, Глава 1, ОЭСР 1996, Глава 5).

В большинстве исследований подчеркивается, что само отсутствие одного основного лица, оказывающего уход, является зачастую самым важным фактором в поддержке престарелого человека. Это лицо, оказывающее «первичный уход», может быть названо по-разному: как самое непосредственное контактное лицо для престарелого, как лицо, посвящающее уходу наибольшее количество часов в неделю; как лицо, выступающее в качестве организатора всего «пакетного» ухода, привлекая других лиц, оказывающих либо неформальные услуги (например, ремонт дома и другие работы по дому), либо специальные услуги в случае необходимости. Лицо, оказывающее первичный уход в большинстве случаев является членом семьи, а не нанятым работником одной из служб по уходу за престарелыми.

В США, а также в Австралии, Новой Зеландии, например, исследования показали, что лица, оказывающие первичный уход за немощными престарелыми, приблизительно в 3/4 случаев являются членами семьи, проживающими совместно. В Японии - свыше 80% лиц являются членами семьи, проживающими в одном доме. В некоторых других странах, например, в северных странах, Германии, Великобритании, хотя члены семьи, проживающие совместно, остаются единственной самой большой категорией лиц, оказывающей первичный уход, члены семьи, проживающие отдельно, также играют значительную роль. Ни в одной стране не было обнаружено, чтобы лица, нанятые для оказания ухода, оказались лицами, оказывающими первичный уход для большинства немощных престарелых людей, проживающих в собственных домах, хотя в Дании, где имеется наиболее развитая сеть услуг формального ухода, эта пропорция достигает 44%.

Количественную важность членов семьи, оказывающих уход, для показателей благополучия можно продемонстрировать с помощью подробных исследований, проведенных в трех странах.

Во Франции было установлено, что 90% ухода, получаемого наиболее зависимыми престарелыми, проживающими вне учреждений, осуществляют неформальные лица. Только один из десяти человек этой группы получает услуги на дому от официальных служб (Bouget and Tartarin, 1990).

В Швеции, одной из самых богатых на такие услуги стран, установлено, что неформальный уход составляет 2/3 всего ухода, получаемого престарелыми у себя дома. Однако в то время как неформальный уход составил более 80% получаемого ухода теми, кто проживает с другими членами семьи, формальные услуги оказывались 3/4 престарелым, проживающим отдельно (Tomstam, 1992).

В Великобритании национальное исследование, проводимое в 1996 году, охватило 6 миллионов взрослого населения; один из десяти человек оказывал какой-либо вид ухода престарелым или инвалидам. Около 1 мил-

лиона человек отдавали по крайней мере 20 часов в неделю уходу за престарелыми. Вклад от всех 6 миллионов неформально оказывающих услуги в 1996 году оценивался в 2,4 миллиарда английских фунтов (3,9 млрд. американских долларов) за услуги, что в пять раз превышало общие затраты на длительный уход правительства, местной администрации и благотворительных фондов (Green, 1986; Sinclair, 1990; Evandrou, 1990).

В будущем в небольших по размеру семьях и при более многочисленном количестве немощных престарелых трудно представить, что будет увеличение неформального ухода. Действительно, основной вопрос состоит в том, как лучше поддерживать тот неформальный уход, который уже оказывается. Существуют обоснованные расценки по уходу, учитывающие затраченное время, напряжение и другие факторы. Смысл состоит в том, что услуги должны быть организованы таким образом, чтобы быть дополнением к семейному уходу, и необходимо рассматривать людей, оказывающих основной уход, как клиентов со своими собственными правами.

ЖИЗНЕННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ: ДИАГНОСТИКА И ОБЛЕГЧЕНИЕ

Тони О.Н., Степанов Н.С.

**Центр социальной помощи и организации - Агентство «Ментор»,
США, Калифорния**

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Исследование источников и причин жизненных затруднений, социально-типологических механизмов их диагностики и регуляции является одной из важнейших проблем в философии жизни, социологии медицины, социологии социальных изменений, социальной работы и социальной психологии.

Однако эта тема недостаточно полно изучена и не нашла ещё своего достойного места в исследованиях отечественных социологов. Больше изучены возрастные и онтологические аспекты жизненных затруднений детского возраста. Социально-типологические затруднения взрослого периода жизни субъекта в отечественной литературе представлены незначительно. Вместе с тем в условиях кардинальных социальных изменений и выхода социально-бытовой проблематики в число приоритетных, возрастания её влияния на жизнеосуществление человека в целом, изучение проблем диагностики и регуляции жизненных затруднений становится все более насущным и актуальным.

Научный, технический и информационный прогресс, социально-экономические и политические преобразования не облегчили жизнь людей, не сделали ее более благополучной в социальном и душевном отношениях. С ростом разнообразных сложностей и трудностей человеческого бытия их затруднения становятся повсеместными, люди

остро ощущают трудности своего существования, являются субъектами проявления ноогенных неврозов, различных психических и социальных отклонений.

Трудности и ограничения, сопутствующие изменениям жизнедеятельности, непосредственно связаны с человеком, его субъективным отношением к ним. Он сам становится субъектом их диагностики и регуляции.

Различные формы и виды жизненных ограничений вызывают у населения затруднения, самозащитные реакции на жизненные трудности и поведенческие рефлексии, что требует проведения теоретического анализа и практического регулирования их объективных и субъективных переменных. В бескризисные периоды общественного развития эту проблему эффективно решает психология, но в условиях социального кризиса психологическое объяснение жизненных трудностей должно опираться на результаты социологических исследований, которые свидетельствуют о существенных динамических изменениях в общественном и массовом сознании людей. Социологические исследования, проводимые Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ), Фондом «Общественное мнение» (ФОМ) и Национальным институтом социально-психологических исследований (НИСПИ), показывают, что критерий легкости-трудности является важным в оценке населением своей жизни.

Актуальность изучения жизненных затруднений определяется необходимостью управления процессами внедрения в российскую действительность новой профессии по оказанию помощи человеку — социальной работы. Жизненные затруднения являются объектом социальной помощи, осуществляемой на профессиональной основе. Это детерминирует содержание социальных технологий, управление и организацию различных форм помощи, разработку структурных и функциональных аспектов жизненных затруднений. Жизненные затруднения, выполняя самозащитные функции при взаимодействии с жизненными трудностями на различных уровнях их проявления, являются основой технологизации социальной работы и выбора оптимальных личностных стратегий, тактик и техник регуляции и саморегуляции поведения клиентов и работников социальных служб.

Диагностика жизненных затруднений в контексте самозащитного поведения и саморегуляции благополучия и здоровья различных социально-типологических групп, уязвимых слоёв населения позволит дифференцировать формы социального обслуживания населения в соответствии с полом, возрастом, родом занятий людей, характером и содержанием переживаемых затруднений.

Учет и изучение типологических изменений в переживаниях человеком жизненных трудностей позволит обеспечить конкретность в адресной реабилитации индивидуальной и социальной субъектности человека в общей системе его жизненных сил. Устранятся возможности политических спекуляций на жизненных трудностях, что позволит на

научной основе прогнозировать и конструировать оптимальные действия по обеспечению безопасности жизнедеятельности различных социальных групп и слоев населения.

Проблемы жизненных затруднений предполагают междисциплинарное исследование и опору на комплексное взаимодействие различных течений научной мысли. Анализ степени научной разработанности данной проблемы показывает, что в отечественной литературе недостаточно исследований, которые комплексно изучают проблему регуляции и саморегуляции жизненных затруднений.

Жизненные затруднения, стойкость перенесения трудностей рассматриваются как элементы ментальной характеристики русского народа (Д. Лихачёв и др.) используются для объяснения причин революционных преобразований (К. Маркс, Ф. Энгельс, В.И. Ленин и др.), возникновения конфликтов (А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов, Б. Шведина, М. Дьяченко, А. Кандыбович, В. Пономаренко и др.), переживания заболеваний в медицинской практике, детерминации здоровья в социологии медицины (И.Харди, Л.Г. Матрос, А.М. Изуткин и др.), «активации развития» в педагогике (Роскис, Лазарус, Майхенбаум, Томэ, Х. Ремшмидт и др.), психологических барьеров в психологии (Б.Парыгин и др.). Конкретизация психологических барьеров привела к рассмотрению психологических феноменов затруднений в форме стресса, фрустрации, конфликта, кризиса, психической напряжённости, тревоги, смысла и др.

Жизненные затруднения, их диагностика и регуляция в контексте благополучия и здоровья уязвимых слоёв населения еще не стали предметом всестороннего междисциплинарного изучения. Пока можно отметить относительную изолированность каждой науки в изучении жизненных затруднений. Это обстоятельство не способствует внедрению в систему наук новой отрасли знания – социальной работы, где жизненные затруднения являются основой комплексной диагностики и практического регулирования жизнедеятельности субъектов.

В последние годы интенсивно изучаются технологии оказания социальной помощи группам и слоям населения, переживающим различные жизненные затруднения в трудных жизненных ситуациях (В.Д. Альперович, Е.С.Балабанова, Л.Г. Гусякова, С.И. Григорьев, Н.С. Данакин, Л.Я. Дятченко Л.Д. Демина, И.Г. Зайнышев, В.В. Козлов, Муздыбаев, В.А.Никитин, Г.М.Орлов, Г.И.Осадчая, А.М.Панов, Е.И. Холостова, Е.Р. Ярская-Смирнова и др.). Существующий практический опыт социальной помощи нуждается в более серьезных теоретических обоснованиях, так как он часто рассматривается в отрыве от содержания жизненных затруднений и особенностей их практического преодоления.

До сего времени не проводился концептуальный анализ и построение структурно-динамических, функциональных и факторных моделей жизненных затруднений. Затруднения зачастую отождествляются со

сложностями и жизненными трудностями. Затруднения и трудности – близкие, но не взаимозаменяемые понятия, что требует выяснения их соотношения, отличия друг от друга и взаимной детерминации. Нуждаются в изучении источники, внутренние, внешние факторы и условия, регулирующие жизненные затруднения. Не проведен всесторонний анализ соотношения объективного и субъективного в понятиях «жизненная сложность», «жизненная трудность», «жизненные затруднения».

Теоретически не выявляются отличия объекта от предмета жизненных затруднений, уровни, характер, истинность и неистинность затруднений. Нет обстоятельного анализа понятий, характеризующих регуляцию и саморегуляцию жизненных затруднений уязвимых слоев населения, выявления соотношения условий и форм жизненных затруднений. Не раскрыты виды, типы, функции, пространство и время жизненных затруднений.

Нет достаточно полных обобщений и анализа поведенческих рефлексий и реакций, личностных стратегий, техник и правил регуляции жизненных затруднений. Нуждается в решении проблема стратификации жизненных затруднений слабо защищенных групп и слоев населения, уязвимость которых формируется новыми реалиями жизни в процессе социальных изменений. Не обобщены личностные факторы, а также факторы социальной среды, являющиеся источниками и причинами жизненных затруднений, а также дифференциации организационно-технологических форм реабилитационной регуляции индивидуальной и социальной субъектности на основе ресурсного потенциала личности.

Все более наглядным становится противоречие между объективными жизненными трудностями, с одной стороны, и субъектным отношением социально незащищенных и уязвимых групп и слоев населения к ним, с другой. С данным противоречием связана проблема диагностики и регуляции жизненных затруднений в обеспечении психического благополучия уязвимых слоев населения. В связи с этим для более полного представления о жизненных затруднениях, на наш взгляд, необходимо:

- выявить соотношение понятий «жизненная сложность», «жизненная трудность», «жизненные затруднения» в контексте социального управления;
- определить переменные жизненных затруднений и механизмы управленческого воздействия на их облегчение;
- рассмотреть структурные уровни личностных ресурсов облегчения жизненных затруднений;
- провести стратификацию жизненных затруднений в ситуации проблемности и уязвимости жизнедеятельности человека;
- выделить типы поведенческих рефлексий в облегчении жизненных затруднений;
- проанализировать особенности ситуационной и личностной саморегуляции жизненных аномальных затруднений;

- показать направления технологизации реабилитационной регуляции жизненных затруднений уязвимых слоёв населения и их эффективность.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Тимофеева И.В.

**Екатеринбургский филиал Уральского государственного
университета физической культуры, г. Екатеринбург**

afk-ural@mail.ru

Анализ литературных данных показывает, что число детей, рождающихся с заболеваниями нервной системы, имеет тенденцию к неуклонному росту. При этом перинатальные поражения центральной нервной системы составляют 60-80% среди всех неврологических заболеваний детей раннего возраста. Инвалидность детей с церебральной патологией занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю, и тяжесть ее обусловлена как двигательными, так и психическими нарушениями. В настоящее время все больше в поле зрения исследователей попадает рассмотрение проблем жизнеспособности в рамках психосоциального благополучия. Изучением жизнеспособности подростков и молодежи занимались такие ученые, как А.А.Нестерова, А.В.Махнач, А.И. Лактионова, проблема жизнеспособности семей, имеющих детей-инвалидов отражена в работах Дж.Л. Валендер и Д.С. Малуро. Пока же разработки по проблеме жизнеспособности эпизодичны. Недостаточно исследований факторов жизнеспособности, ресурсов и потенциала детей с такой тяжелой патологией как детский церебральный паралич. Современная медицинская психология должна в большей мере ориентироваться на парадигму психологического здоровья личности, психосоциального благополучия и целостности. Именно в парадигме психосоциального благополучия и психологического здоровья необходимо рассмотреть феномен жизнеспособности как интегрального качества, характеризующего ресурсный потенциал ребенка-инвалида, выражающий степень психосоциальной адаптивности его в трудных жизненных ситуациях.

В общеметодологическом плане «жизнеспособность» – понятие, в объем которого входит множество целостных технических, биологических, социобиологических и социальных систем. Оно выражает интегральную способность целостной системы к устойчивости, к сохранению своих функций в изменяющихся условиях внешней и внутренней среды. Жизнеспособность всей системы зависит от функционирования подсистем жизнеобеспечения, необходимых для сохранения ее целостности и эффективного выполнения целевых функций. Жизнеспособность социального субъекта можно рассматривать как имеющийся потенциал жизненных сил в

сферах проявления биологической, психической и социальной активности при выполнении им соответствующих функций. Одним из аспектов жизнеспособности является адаптация системы к окружающей среде. Адаптация делает акцент на приспособлении субъекта к изменяющимся условиям среды, на его выживании и сохранении целостности, где ведущим фактором является социальная активность.

По мнению Э.В. Галажинского и Е.А. Рыльской, «жизнеспособность человека характеризует его жизненный потенциал, становление которого осуществляется постепенно. Б.Г. Ананьев рассматривал жизнеспособность в качестве основных потенциалов развития. Жизнеспособность, являясь ресурсом развития индивида, оказывает свое позитивное влияние на адаптацию индивида, направленную на обеспечение его жизни и деятельности. Это влияние распространяется и на различные формы социальной адаптации, под которой обычно понимают процесс включения личности во взаимодействие с социальной средой (Галажинский Э.В., Рыльская Е.А., 2010).

Жизнеспособность человека как социального субъекта будет складываться из проявления его жизненных сил в сферах телесного (физиологического) здоровья, психической устойчивости к воздействиям социальной среды и развития способностей, а главное – в эффективном выполнении социальных ролей и функций в соответствии с требованиями общества. Жизнеспособность становится основополагающим показателем, качественной характеристикой личности, способной к быстрой адаптации в изменяющихся условиях (Бабочкин П.И., 2000).

Для человека заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний. Л.С. Выготский постулировал, что болезнь не является негативным (противоположным) вариантом здоровья и представляет собой специфическое новообразование, развивающееся в соответствии с внутренними закономерностями нарушенной функции. Телесное бытие (физическое состояние) человека всегда, так или иначе, отражено в настроении. Органическое, физическое самочувствие человека зависит, за исключением резко выраженных патологических случаев, в значительной мере от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающим, как он осознает и оценивает происходящее в его личной и общественной жизни» (Выготский Л.С., 1956).

Серьезные заболевания и травмы, приводящие к инвалидности, так или иначе, испытывают на прочность семейные взаимоотношения как конструкцию жизненного пространства человека. Безусловно, возможны ситуации, при которых субъект способен переживать ощущение благополучия даже в условиях серьезных нарушений в структуре межличностных отношений, в том числе и семейных. Психосоциальное благополучие и определяющие его факторы во многом по своему содержанию совпадают с термином «качество жизни», под которым понимается характеристика степени комфорта в удовлетворении человеческих потребностей. Качество жизни является общей характеристикой разных жизненных сторон. Осо-

бую сторону качества жизни составляют такие характеристики субъекта, как состояния личности, позволяющие ей относительно безболезненно преодолевать разнообразные противодействия внешнего мира, адекватно решать поставленные задачи, способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация), возможность находиться в физическом и психическом равновесии с природой, социальной средой и с самим собой (Галажинский Э.В., Рыльская Е.А., 2010).

Е.А. Сергиенко рассматривает модель психического в психологическом механизме социализации ребенка. В своих исследованиях Е.А. Сергиенко обозначила начальный этап раннего выделения себя (ребенка) из окружающего мира и начало взаимодействий с Другим как уровень первичной субъектности; осознание своего психического и последствий собственных действий и взаимодействий с другими - уровень агента; отделение своей модели психического от модели другого, сопоставление этих моделей и способность влиять на модель психического другого человека - уровень наивного субъекта (Сергиенко Е.А., 2007).

Действуя как субъект социального взаимодействия, ребенок самостоятельно выбирает стратегию поведения в отношениях с родителями, в различных условиях жизнедеятельности. Активные, целенаправленные, осознаваемые и координированные с усилиями родителей действия ребенка способствуют его успешному включению в семейную среду. Поэтому создание благоприятных психосоциальных условий для развития субъектной позиции ребенка обеспечивает не только раскрытие внутреннего его потенциала, включающего способность принимать самостоятельные ответственные решения в ситуациях самоопределения, способность активно и осознанно взаимодействовать с социальной средой, с родителями, отстаивая собственную независимость и индивидуальность, но и его успешное функционирование и развитие (психологическое, личностное, социальное) во взаимодействии в семье, в социальной среде (Joussemet M., Landry R., Koestner R., 2008).

Жизнеспособность детей связана с защитной триадой своеобразных ресурсов и оздоравливающих факторов, которые включают в себя индивидуальные возможности, тесные семейные связи и возможности для получения поддержки общества. Образ жизни человека – это индивидуальная стратегия жизнедеятельности по достижению состояния благополучия, построенная с учетом индивидуальных особенностей жизнеспособности.

Жизнеспособность личности обеспечивает, по мнению В.И. Кабрина и В.Е. Ключко, «способы посредничества (коммуникации), которые определяют процесс становления в человеке (и самим человеком) своего собственного жизненного пространства и «коммуникабельности как сквозной многоуровневой тенденции» (Кабрин В.И., 2005; Ключко В.Е., 2005).

На сегодняшний день недостаточно изучены личностно-психологические ресурсы жизнеспособности детей-инвалидов в процессе психосоциальной реабилитации. Патология опорно-двигательного аппарата представляет собой тот дефект, при котором на грубую органическую

патологию неизбежно накладывается воздействие социально-психологических факторов, обусловленных тем, что имеется статус инвалида. Ведущая роль в психогенезе патологического развития личности принадлежит реакции на осознание и переживание дефекта, хотя на судьбу личности в итоге оказывает влияние не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ УСПЕШНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Чернышев А.С., Форопонова А.А.

Курский государственный университет, г. Курск

kursk-psychol@narod.ru

Работа поддержана грантом РГНФ (проект № 11-06-01102а)

Успешное профессиональное становление современных студентов зависит, прежде всего, от структуры мотивации, включающей мотивы выбора профессии, мотивы учебной деятельности, сохранения устойчивости интереса к выбранной профессии не только в ближайшем, но и отдаленном будущем, а также успешности учебы (Ильин, 2006).

В современной литературе по психологии и педагогике высшей школы анализируются многие психологические факторы успешной учебы студентов, включающие материальное положение, состояние здоровья, возраст, семейное положение, уровень довузовской подготовки, владение навыками самоорганизации, индивидуально-психологических особенностей студентов и т.д. (Смирнов, 2012).

В качестве проблемы С.Д. Смирнов выдвигает положение о полярной дифференциации студентов по характеру отношения к учебной деятельности и характеру ее исполнения примерно при одинаковых внешних условиях: одни много и охотно работают над овладением знаниями и профессиональным мастерством, проявляя самоорганизацию и успешно преодолевая трудности, а другие – все делают «словно из-под палки», резко снижая свою активность, вплоть до разрушения учебной деятельности при возникновении даже небольших трудностей. Психологи и педагоги объясняют такую дифференциацию индивидуально-психологическими различиями студентов: уровнем интеллекта, креативности, особенностями учебной мотивации, высокой самооценкой и т.д. (Смирнов, 2012).

Среди факторов, способствующих формированию у студентов положительных мотивов к учению, выделяются как личностные – осознание ближайших и конечных целей обучения; осознание теоретической и практической значимости материала; эмоциональная форма изложения материала; так и социально-психологические – психологическая зрелость студенческой группы: наличие любознательности и «познавательного психологического климата» в ней (Гебос, 1977).

Другие авторы отводят более значительную роль студенческой группе, отмечая ее значительное влияние на мотивацию учебной деятельности, отношение к избранной профессии, личностное самоопределение и др. В работах М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, С.Л. Кандыбович отмечается, что в студенческих группах можно создать социальную микросферу, которая на высшем уровне своего развития становится средой становления личности профессионала. Поэтому успешность формирования личности студента определяется уровнем организованности академической группы, ее ценностями, условиями и социально-психологическими установками (Дьяченко, Кандыбович, 2006). Через малые группы как наиболее значимые для индивидов социальные организации с большим потенциалом воспитательных возможностей можно опосредованно оказывать социально-психологическую помощь населению, прежде всего молодежи в личностном становлении. Жизнедеятельность малых групп базируется на сложном взаимодействии индивидуальной и групповой активности в зависимости от особенной основной организации и более широкого социума (Чернышев, 2006).

Поэтому представляется перспективным с позиций системного подхода определить оптимальные условия психологического влияния группы не только на своих участников, но и на другие группы и на основную организацию, а также условия позитивного влияния на саму группу со стороны указанных социальных подсистем.

Интенсивное исследование феноменов «малая группа», «коллектив» в отечественной и зарубежной науке выдвинули острую проблему гармоничного соотношения «автономности – зависимости» индивидов в группе, ведущую или к «растворению» личности в группе, или к полному отчуждению от группы. Идеальным вариантом решения проблемы является позитивное взаимное влияние индивидов и групп, при котором образ индивидов «внедряется в сознание группы», а образ группы – в сознание индивида (Уманский, 2001).

Г.М. Андреева отмечает, что личность является субъектом социальной деятельности и включение ее в группу не уменьшает субъектных свойств личности. Напротив, если группа достигает определенного уровня развития, становится коллективом, то она не противостоит личности как члену группы, а сама становится интеграцией субъектных свойств своих членов. Другая сторона этой проблемы – какова зависимость складывания и формирования определенных качеств группы, ее психологических характеристик, от того «исходного материала», с которого начинается процесс оформления группы (Андреева, 2001).

Однако в ряде работ влияние группы на индивида абсолютизируется, а роль вторичной (основной) социальной организации и общества в целом умаляется. Однако все влияния социальной среды на человека обязательно опосредованы через психологическую структуру малой группы, которая выступает в таком случае в качестве фильтра и аккумулятора всех воздействий социальной среды на индивида.

При такой абсолютизации роли и значения малой группы в процессе социально-психологического отражения человеком воздействия социальной среды совершенно необоснованно упускается из виду возможность прямого воздействия на индивида, помимо малой группы, традиций, настроений, ценностей и норм поведения как больших социальных групп, так и непреходящих социальных ценностей в целом. Данный подход интересен тем, что социализация личности включает в себя не только характеристики первичного коллектива, непосредственно действующие на человека, но и влияние социальной среды в целом.

В современной теории коллективного субъекта А.Л. Журавлева выделены основные признаки субъектности группы: а) взаимосвязанность и взаимозависимость индивидов в группе, определяющие состояние предактивности (преддеятельности) и целостности группы; б) способность к совместной активности, то есть выступать и быть единым к другим социальным объектам; в) способность к саморефлексии как фактора настроения индивидов на разные формы совместной активности. В зависимости от зрелости каждого признака группа может занимать разные уровни субъектности. В итоге расширяются потенциальные возможности групп приобрести статус коллективного субъекта (Журавлев, 2009).

В указанных выше психологических теориях группы как субъекта постулируется положение о тесной связи группы с другими социальными системами, прежде всего с другими группами и основной организацией, что предполагает целесообразность выявления социально-психологических механизмов оптимального взаимодействия группы с социальной средой ее жизнедеятельности.

В соответствии с вышеуказанными положениями нами ставилась задача выявления социально-психологических механизмов влияния учебной группы на успешность профессионального становления студентов. В итоге была сформулирована рабочая гипотеза о влиянии ведущих групповых качеств: деловых, творческих, нравственных и направленности активности учебной группы, – на структуру мотивации учебной деятельности, креативность, сохранение устойчивости к избранной профессии в будущем, ориентацию на успешность личности и создание семьи в дальнейшей жизнедеятельности. Эмпирическую базу исследования составили студенческие группы факультета педагогики и психологии Курского государственного университета, включающие русских и иностранных студентов (10 групп первых – пятых курсов, свыше 200 человек). В соответствии с гипотезой был использован комплекс методик: наблюдение, контент-анализ, комбинированный опросник, включающий как личностные шкалы: мотивы выбора профессии и учебной деятельности, образ будущего, проблемное поле, так и групповые – социально-психологические качества, определяющие духовно-нравственную атмосферу в группе: творческие, нравственные, деловые и социально-ценную направленность активности группы. Для обработки эмпирических данных применялись методы математиче-

ской статистики – средние величины, меры рассеивания, критерий Стьюдента и корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

Состояние социально-психологических качеств групп

Уровень развития психологических качеств и состояние психологического единства (т.е. уровень социально-психологической зрелости группы) оказался различным в разных группах, однако в шести группах 1, 2, 4, 5 курсов эти различия согласно критерию Стьюдента были статистически не значимы, зато социально-психологическая зрелость в двух группах третьего курса была значительно ниже других и имела статистически значимые различия.

При указанных различиях наметилась и определенная общая тенденция: в групповом сознании всех групп дифференцировалась значимость отдельных психологических свойств в зависимости от их духовно-нравственной направленности и опыта совместной активности групп.

Так, наибольший «удельный вес» во всех группах занимали нравственные качества и направленность активности группы, затем, как правило, шли творческие качества, справедливо оценивались менее выраженными деловые качества как результат недостаточно организованной совместной деятельности современных студентов. На основе наблюдения, опроса и результатов количественного анализа с помощью мер математической статистики можно выделить три качественно различных типа групп по уровню социально-психологической зрелости: высокий, средний, нижесредний.

Состояние креативности, т.е. умения учиться, самостоятельно приобретать знания.

Согласно опроснику «Умение учиться» примерная норма оценивается в 11 и более баллов (из 21 возможного).

Установлено достаточно проблемное состояние данного феномена: среднее значение по всей выборке находится на пределе нормы ($\chi_{ар} \cong 11,6$) при значительно выраженном коэффициенте вариации ($V \cong 36\%$). Обнаружились значительные индивидуальные различия, однако установлено и влияние уровня социально-психологической зрелости учебных групп на состояние креативности студентов.

Состояние психологических аспектов учебной деятельности студентов: мотивации, отношения к избранной профессии, образа будущего и проблемного поля, – в группах разного уровня зрелости

Установлены различия в структуре учебной мотивации в плане соотношения «удельного веса» лично– и социально значимой положительной с прагматической мотиваций.

Так, в группах с более высоким состоянием групповых качеств положительная мотивация занимает более 73%; в «средних группах» – 70-73%; а в группах с нижесредним уровнем – около 65%. Соответственно прагматическая мотивация была заметно выражена в группах с более низким уровнем зрелости.

Отношение (оценка) к избранной профессии во всех группах имеет общую, хотя и неодинаково выраженную тенденцию: преобладают позиции: «Профессия – мое призвание» и «Профессия нравится» – от 50% в группах с нижесредним уровнем до 70-94% в более зрелых группах. Негативные позиции – «При случае можно заменить профессию» и «Постарюсь заменить профессию» соответственно в большей мере проявились в менее зрелых группах (до 40%).

Однако содержание «образа будущего» в большей мере определялось ступенями обучения: у первокурсников «образ будущего», т.е. перспективы социального самоопределения оказались несколько размытыми: только 33 % из них видят себя состоявшимися профессионалами, 17% – успешными личностями, и, что несколько странно уже – 28% имеют установку на создание полноценной семьи. От курса к курсу будущее видится более точно, а на пятом курсе приобретает оптимальный характер – до 76% выпускников хотят стать профессионалами, более 40 % – успешными личностями и почти 90% иметь полноценную, высоконравственную семью (иметь двух-трех детей, любимого мужа, быть любимой, заботиться о родителях).

Проблемное «поле» для ряда студентов является достаточно зрелым и напряженным, и степень его напряженности и особенно зрелости в определенной мере определяются психологическим статусом группы: в высокоразвитых группах молодые люди с позиций гражданина в соответствии со сложной социальной обстановкой достаточно гармонично осознают как личностные (около 60%), так и социальные проблемы (свыше 35%), «беспроблемных» индивидов нет. Социальная инфантильность, личностная устранимость от реальности – свыше 37% «живут легко, без всяких проблем», – характерна для психологически незрелых групп.

Выводы

1. При достаточно высоком состоянии социально-психологических свойств группы складывается оптимальная структура учебной мотивации, в которой ведущую роль играют социально ценные и личностно значимые положительные мотивы.

2. В групповом сознании наиболее высоко оцениваются нравственные качества и направленность активности группы, которые обеспечивают духовно-нравственную основу учебной мотивации.

3. Образ будущего относительно сохранения устойчивости избранной профессии, статуса личности и создания семьи опосредуется не только уровнем социально-психологической зрелости группы, но и курсом обучения.

4. Креативность учебной деятельности детерминирована как индивидуально-психологическими особенностями студентов, так и уровнем социально-психологической зрелости.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА В КОЛЛЕКТИВЕ

Шварц Н.Е., Силина Л.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

evpismennaya@yandex.ru

В рамках социально-конфликтологического анализа интересно рассмотреть взаимосвязи людей в рамках их отношений в производственном коллективе. Во-первых, это взаимосвязи функционального характера, определенные совместной трудовой деятельностью. Данные взаимосвязи носят как непосредственный, так и опосредованный характер. Во-вторых, это взаимосвязи, вытекающие из принадлежности работников к одному производственному коллективу. В-третьих, это взаимосвязи психологического характера, вызванные потребностями людей в общении. Исходя из указанных взаимосвязей, которые в норме должны иметь согласованный характер, выделены следующие основные типы конфликтов, нарушающих успешное осуществление соответствия связи:

- конфликты, представляющие собой реакцию на достижение основных целей трудовой деятельности;

- конфликты, возникающие как реакция на препятствия достижению личных целей работников в рамках их совместной трудовой деятельности;

- конфликты, вытекающие из восприятия поведения членов коллектива как несоответствующего принятым социальным нормам совместной трудовой деятельности;

сугубо личные конфликты между работникам, обусловлены несовместимостью индивидуальными, психологических характеристик;

- резкими различиями потребностей, интересов, ценностных ориентаций, уровня культуры в целом.

В реальной деятельности коллективов чаще встречаются конфликты, представляющие собой сочетания нескольких из указанных типов.

По направлению конфликты делятся на горизонтальные (в которых не задействованы лица, находящиеся в подчинении друг у друга), вертикальные (в которых участвуют лица, находящиеся в подчинении один у другого) и смешанные (представленные и «вертикальными», и «горизонтальными» составляющими). Конфликты, имеющие «вертикальный» характер, наиболее нежелательны для руководителя, так как его действия рассматриваются всеми сотрудниками через призму этого конфликта. И даже в случае полной объективности руководителя в любом его шаге будут видеть происки по отношению к его оппонентам. А поскольку подчиненным часто недостает информации или компетентности, чтобы квалифицированно оценить действия руководства, то недопонимание компенсируется обычно домыслами. Наиболее распространены конфликты вертикальные и смешанные. Они в среднем составляют 70-80% от всех остальных.

По значению для организации конфликты делятся на конструктивные и деструктивные.

Конструктивный конфликт возникает, когда оппоненты не выходят за рамки этических норм, деловых отношений и разумных аргументов. Причинами являются обычно недостатки в организации деятельности и управления. Разрешение такого конфликта приводит к развитию отношений между людьми и развитию группы. Последствия такого конфликта являются функциональными и ведут к повышению эффективности организации.

Деструктивный конфликт возникает когда одна из сторон жестко настаивает на своей позиции и не желает учитывать интересы другой стороны или всей организации в целом либо когда один из оппонентов прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится психологически подавить партнера.

Последствия такого конфликта являются дисфункциональными и приводят к снижению личной удовлетворенности, группового сотрудничества и эффективности организации.

Внутриличностный конфликт выражается в форме борьбы мотивов внутри человека, сопровождаемой эмоциональной напряженностью. Одна из самых распространенных форм - ролевой конфликт, когда к одному человеку предъявляются противоречивые требования по поводу того, каким должен быть результат его работы. Внутриличностный конфликт возникает и в результате того, что требования не согласуются с личными ценностями, а также является ответом на рабочую перегрузку или недогрузку. Последнее связано с низкой степенью удовлетворенности работой.

Межличностный конфликт, самый распространенный, возникает там, где сталкиваются разные школы, манеры поведения, их может питать и желание получить что-то, неподкрепленное соответствующими возможностями. В организации межличностный конфликт - это чаще всего борьба руководителя за ограниченные ресурсы, капитал или рабочую силу, время использования оборудования или одобрение проекта; эта борьба за власть, привилегии; это столкновение различных точек зрения в решениях проблем, различных приоритетов.

Конфликт между личностью и группой может возникнуть, если личность займет позицию, отличающуюся от позиции группы. В процессе функционирования группы вырабатываются групповые нормы, стандартные правила поведения, которых придерживаются ее участники, но в организации люди взаимодействуют непосредственно друг с другом не только как функционеры организации. Возникают отношения, нерегламентированные никакими инструкциями. Соблюдение групповых норм обеспечивает принятие или не принятие индивида группой. Межгрупповой конфликт часто возникает из-за отсутствия четкого согласования функций и графиков работы между подразделениями.

Причиной может послужить и дефицит ресурсов: материалов, информации, нового оборудования, времени и т.д.

Межгрупповые конфликты возникают и между неформальными группами в организации.

Конфликты способствуют развитию и изменению в организации, так как открывают недостатки в организации, выявляют противоречия. Конфликт вносит вклад в структурирование организации, определяя положение различных подгрупп внутри системы, их функции и распределяя позиции власти между ними. Они помогают снизить сопротивление изменениям, способствуют поддержанию динамического равновесия и общественной стабильности. Причины вскрываются, а не уходят вглубь, где еще более усиливаются и разрушающе действуют на организацию.

Конфликты могут также уменьшить возможности группового мышления и синдрома покорности, способствуют становлению групповой солидарности, что позволяет искоренить причины внутреннего разобщения и восстановить единство. Но необходимо отметить, что такое воздействие оказывают конфликты, затрагивающие только такие цели, ценности и интересы, которые не противоречат основам внутригрупповых отношений. В тенденции такие конфликты содействуют изменению внутригрупповых норм и отношений в соответствии с насущными потребностями отдельных индивидов или подгрупп. Также среди функциональных последствий конфликта следует указать получение новой информации об оппоненте, сплочение коллектива организации при противоборстве с внешним врагом, стимулирование к изменениям и развитию в межличностных отношениях в организации в целом.

Если не найти эффективного способа управления конфликтом, могут образоваться следующие дисфункциональные последствия, т.е. условия, мешающие достижению целей. Повышение эмоциональной и психологической напряженности в коллективе. Неудовлетворенность, плохое состояние духа и, как результат, рост текучести кадров и снижение производительности. Препятствие осуществлению перемен и внедрению нового. Сворачивание взаимодействия и общения между конфликтующими сторонами. Увеличение враждебности между конфликтующими сторонами по мере уменьшения и взаимодействия и общения. Крайне дисфункциональные эмоциональные, материальные затраты на участие в конфликте, снижение дисциплины, ухудшение социально-психологического климата в коллективе, представление о побежденных группах как о врагах, чрезмерное увлечение процессом конфликтного взаимодействия в ущерб работе.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шубаев П.В., Аносова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

molitor@inbox.ru

Тревога является универсальным феноменом, связанным с реакцией на стресс, предназначение которого заключается в адаптации, мобилизации всех сил организма для быстрого изменения поведения и приспособления к изменившимся условиям существования. Адаптивная тревога связана с угрожающей ситуацией, усиливается при повышении ее значимости для организма, возрастает в условиях дефицита времени и информации. Адаптивная тревога является преходящим состоянием, серьезно не нарушающим деятельность человека. Патологическая тревога не связана с реальной угрозой и неадекватна значимости ситуации. Коренное отличие патологической тревоги от адаптивной в том, что она существенно нарушает качество жизни человека и его деятельность.

Особенностью тревоги является возможность ее замещения соматизированными симптомами. Это происходит, в одних случаях, путем конверсии (при конверсионных расстройствах), в других – соматизации, характеризующейся формированием эквивалентов тревоги (функциональных нарушений работы внутренних органов, сенестоалгий). Тревожность, как преморбидная черта, обнаруживается у больных, страдающих «классическими» психосоматозами: гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, язвенным колитом, сахарным диабетом, йоддефицитным зобом.

Депрессии, наряду с тревогой, также вносят значимый вклад в формирование психосоматической патологии. Так, скрытые депрессии – группа психопатологических состояний, в клинической картине которых симптоматика, свидетельствующая о депрессивных нарушениях, отходит на второй план, а ведущее место занимают различного рода соматические жалобы, указывающие на функциональные отклонения в деятельности органов и систем. Именно эти варианты депрессивных расстройств наиболее часто представляют наибольшие диагностические и терапевтические сложности.

Сочетание тревожных и депрессивных состояний в клинике психосоматических расстройств затрудняет диагностику, усугубляет клинические проявления и ухудшает прогноз заболевания. Это обуславливает актуальность исследования коморбидных тревожных и депрессивных расстройств, как у больных с психосоматическими расстройствами, так и у больных с эндогенными заболеваниями.

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов, находившихся на лечении в дневном стационаре Курского клинического психоневрологического диспансера. Исследуемые были разделены на две группы. В 1-ю группу включено 20 человек с психосоматическими расстройствами («аффективные расстройства») и «невротические, связанные со стрессом и со-

матоформные расстройства» по МКБ-10). Во 2-ю группу вошли больные с параноидной формой шизофрении.

В качестве основных методов использованы клинико-психопатологический и экспериментально-психологический с применением шкалы Гамильтона для оценки депрессии, госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS), опросника SF-36 для оценки качества жизни. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением критерия Фишера ϕ .

Клинико-психопатологический анализ результатов, полученных в 1-й группе выявил наличие у пациентов с психосоматическими расстройствами симптомов депрессии. При этом преобладал тревожный вариант депрессии (14 человек - 70,0%), тоскливая депрессия наблюдалась у 6 пациентов (30,0 %).

Исследование с применением шкалы Гамильтона показало, что у 13 (65,0%) пациентов наблюдалась депрессия средней степени тяжести, у 4 (20,0%) – легкой и у 3 (15,0%) – тяжелая депрессия.

Тестирование пациентов с применением шкалы госпитальной шкалы для оценки депрессии (HADS) дало следующие результаты: клинически выраженная депрессия выявлена у 15 человек (75,0%), субклиническая депрессия у 4 человек (20,0%), норма только у 1 человека (5,0%).

Клинико-психопатологический анализ симптомов тревоги у больных 1-й группы выявил у 80,0% (16 человек) симптомы тревоги предвосхищения; из них у 75,0% больных встречалась тревога, сопровождавшаяся вегетативными симптомами гиперактивности вегетативной нервной системы (тахикардия, тахипноэ, чувство нехватки воздуха).

Полученные результаты позволяют говорить об относительно сохранном у больных психосоматическими расстройствами с тревожной и депрессивной симптоматикой критическом отношении к собственному состоянию.

Специфика результатов, полученных у пациентов, больных эндогенными психическими заболеваниями (2-я группа), заключалась в преобладании в клинической картине навязчивостей (у 17 из 20 пациентов – 85,0%). Это можно объяснить психопатологическим родством навязчивостей с расстройствами мышления шизофренического регистра. Кроме того, при тестировании больных 2-й группы с помощью шкалы Гамильтона, госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) были выявлены статически значимые ($p < 0,05$) более низкие значения по сравнению с показателями, полученными в 1-й группе психосоматических больных. Так, число больных шизофренией с клинически выраженной депрессией составило 5 (20,0%), что подтверждает предположение о специфическом нарушении внутренней картины болезни у больных шизофренией. При этом, согласно результатам объективной оценки депрессии по шкале Гамильтона, у 13 (65,0%) пациентов наблюдалась депрессия средней степени тяжести, у 6 (30,0%) – легкой и у 1 (5,0%) – тяжелая депрессия.

При сравнении показателей по шкалам опросника SF-36, полученных при исследовании пациентов 1-й и 2-й группы, с данными здоровых лиц получены следующие результаты (табл.).

Показатели снижения качества жизни в по представленным шкалам сравнении с показателями, полученными у психически здоровых лиц ($p < 0,05$) наблюдались по шкалам: жизненной активности (дает представление о жизненной энергии в противовес усталости), социального функционирования (показывает возможную степень ограничений в социальной жизни вследствие проблем со здоровьем), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (характеризует влияние эмоционального восприятия на работу, физическую и социальную активность), психического здоровья (определяет меру тревожности, депрессии, снижение эмоционального и поведенческого контроля в сравнении с психологическим благополучием). При этом значения по шкалам социального и ролевого функционирования у психосоматических больных были значительно ниже ($p < 0,05$), чем у больных шизофренией.

Таблица

**Качество жизни у больных с психосоматическими
расстройствами и эндогенными психическими заболеваниями
в сравнении с популяцией**

Параметры Группы	Жизненная активность	Социальное функцио- нирование	Ролевое функцио- нирование	Психическое здоровье
1-я группа (N=20)	25±0,84	16,2±0,78	7,467±,89	18±0,34
2-я группа (N=20)	56,25±0,96	36±0,51	26,67±0,8	31,467±0,34
Данные пси- хически здоровых лиц	63,59±0,62	85,23±0,66	88,28±0,96	76,37±0,53

Выводы. олученные результаты говорят о целесообразности применения в лечении и диагностике психосоматических расстройств биопсихосоциального подхода, рассматривающего патологию как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Кроме того, оправданным себя показало использование клинических шкал для диагностики тревоги и депрессии в клинике психосоматических и эндогенных заблеваний. Важным является то, что данные по отдельным параметрам оценки качества жизни дают основание для разработки индивидуальных эффективных программ медико-психосоциальной реабилитации для пациентов. Полученные при исследовании результаты обусловливают необходимость назначения при лечении психосоматических и эндогенных психических расстройств консультаций клинического психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе.

СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО–РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОЗОМ

Шук А.А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

anastasyasps@mail.ru

Хроническое инвалидизирующее заболевание, возникающее в детском возрасте, изменяет жизненные перспективы семьи, порождая трудности, связанные как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества специфических проблем. Переживания семьи являются особенно острыми в первое время после определения диагноза. Осознание того, что у ребенка болезнь, угрожающая его жизни, наносит травму и вызывает стресс у всех членов семьи.

Изменение условий жизни ребенка при хроническом инвалидизирующем заболевании характеризуется наличием стойкой психотравмирующей ситуации, особенностями в индивидуальном и социальном развитии ребенка, которые не позволяют ему выработать адекватные новым условиям формы поведения и деятельности в болезни, что приводит к развитию социальной дезадаптации. Хроническое инвалидизирующее заболевание является мощным дизонтогенетическим фактором, нарушающим нормальный ход развития ребенка.

Болезнь ребенка оказывает влияние на качество детско–родительских отношений, социальное взаимодействие, что обуславливает необходимость оказания комплексной психолого–медико–педагогической помощи детям указанной категории их семьям.

Задача организации психологической помощи в структуре комплексной реабилитации должна ставиться уже на этапе поступления в стационар и оставаться одной из главных. Это позволит не только улучшить психологическое состояние ребенка на этапе оказания специализированной медицинской помощи, но и предупредить развитие целого ряда негативных социальных и психологических последствий.

Целью научного исследования явилось выявление социальной ситуации развития и особенностей детско–родительских отношений. Процедура исследования осуществлялась на базе детского онкогематологического отделения Детской городской клинической больницы № 1 г. Самара. Экспериментальную группу составили 20 матерей, ухаживающих за детьми младшего школьного возраста в период пребывания в указанном отделении. Контрольную группу составили матери условно здоровых учеников младших классов общеобразовательной школы.

Для проведения исследования использованы следующие методики: Измерение родительских установок и реакций (PARI) В. Шефер, методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви, методика «Копинг-тест» (Р. Лазарус, С. Фолкман). Для проведения анализа данных исследования

были использованы: критерий Манна-Уитни, критерий углового преобразования Фишера.

В результате анализа методики «Незаконченные предложения», у родителей из экспериментальной группы конфликтными сферами являются: чувство вины – 85%; отношение к будущему – 75%; нереализованные возможности – 65% страхи и опасения – 65%; отношение к себе – 50%). В контрольной группе данные шкалы выражены в меньшей степени.

По результатам методики PARI выявлены высокие показатели: оберегание ребенка от трудностей (80%), («жертвенность родителей» - 60%), супружеские конфликты (70%), зависимость ребенка от матери (65%), мученичество родителей (90%). В экспериментальной группе родители стремятся все знать о ребенке, ограждать его от жизненных сложностей, забот. Родители стремятся ограничить постороннее влияние на ребенка, подчеркивая собственную роль. Также выявлены значительные отличия по фактору супружеские конфликты: в экспериментальной группе по сравнению с контрольной показатели выше.

Также в ходе исследования было выявлено, что родители детей с лейкозом в качестве наиболее привычных копинг-стратегий выбирают: стратегия разрешения проблем – 25%; стратегия поиск социальной поддержки – 30%; стратегия избегания проблем – 45%. Доминирующей копинг-стратегией является стратегия избегания. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем.

На основе полученных результатов разработаны программа психологического сопровождения детей с лейкозом и их семей, рекомендованная для проведения в период пребывания в стационаре. Она может входить в комплексную программу психолого-медико-педагогической коррекции, а также учитываться при составлении индивидуальной программы реабилитации. Перед началом проведения программы рекомендуется провести подготовительную работу с родителями с целью формирования позиции активного участия, привлечь родителей к участию в коррекционных мероприятиях, учебному процессу и активному взаимодействию со специалистами.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОДРОСТКОВ
С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

Юркинат К.Ф., Петраш Е.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

telfi@yandex.ru

Д.Б. Эльконин в своей концепции описывает особенности развития подростка в следующих симптомах: возникновение трудностей в

отношениях со взрослыми: негативизм, упрямство, безразличие к оценке успехов, уход из школы, так как главное для ребенка происходит теперь вне школы; детские компании (поиски друга, поиски того, кто может тебя понять); обращение ребенка к самому себе. Центральное новообразование этого возраста – возникновение представления о себе как «не о ребенке»; подросток начинает чувствовать себя взрослым.

Для подросткового возраста характерно господство детского сообщества над взрослым. Здесь складывается новая социальная ситуация развития. Общение со своими сверстниками – ведущий тип деятельности в этом возрасте. Именно здесь осваиваются нормы социального поведения, нормы морали, здесь устанавливаются отношения равенства и уважения друг к другу. Центр жизни переносится в деятельность общения. Система отношений с учителем складывается определенным образом: то место, которое ребенок занимает внутри коллектива, становится даже важнее оценки учителя.

Деятельность общения чрезвычайно важна для формирования личности. В этой деятельности формируется самосознание. Основное новообразование этого возраста – социальное сознание, перенесенное внутрь. По Л.С. Выготскому, это и есть самосознание. Сознание означает совместное знание. Это знание в системе отношений.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является одной из наиболее распространенных форм хронических нейроповеденческих расстройств детского возраста. Согласно различным авторским подходам частота встречаемости синдрома дефицита внимания с гиперактивностью варьирует от 3 до 30% (Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова, Е.В. Касатикова, Ю.Д. Кропотов, А.Г. Полунина). Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью определены четвертым изданием Диагностического и статистического руководства Американской ассоциации психиатров (DSM-IV), основанного на критериях МКБ-10 (ВОЗ, 1994) для гиперкинетического расстройства – рубрика F90. Рубрика включает в себя следующие диагностические критерии: 1. Устойчивое нарушение внимания, выявляемое более чем в одной ситуации (например, дома, в классе): высокая переключаемость, низкая концентрация. 2. Частая произвольная смена одного вида деятельности на другой. 3. Импульсивность в поведении. 4. Гиперкинезия (А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов). Согласно различным авторским подходам, клинико-психологические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью подразделяются на три большие группы: симптомы дефицита внимания, симптомы импульсивности, симптомы гиперактивности.

Анализ отечественных и зарубежных работ на предмет выявления онтогенетических закономерностей возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрасте (А.О. Дробинская, В.В. Ковалев, Р. Комер, Э. Мэш, Д. Вольф). Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова., М.В. Румянцева отмечают то, что в подростковом воз-

расте у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью практически исчезает гиперактивность, но сохраняются импульсивность и нарушения внимания, нередко нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, может появиться тяга к употреблению алкоголя и наркотиков.

Одна из гипотез нашего исследования заключается в предположении о том, что в младшем подростковом возрасте особенности типа развития будут определять специфику межличностных отношений (в частности, ролевой структуры). Мы предполагаем, что у младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью содержание ролевой структуры межличностных отношений изменяется. Изменения происходят в центральной линии развития (ребенок-сверстник), которая для данного возраста является ведущей. А также во всех трех системах (ребенок-сверстник, ребенок-учитель, ребенок-родитель) появляются противоречия и конфликтные ситуации, что закрепляется в поведенческой сфере в девиантных формах.

Экспериментально–психологическое исследование проводится на базе МОУ «Средняя общеобразовательная школа с углубленным изучением предметов художественно эстетического цикла № 27 им.А.А. Дейнеки» г. Курска, МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 37» г. Курска, МБОУ «Средняя общеобразовательная № 31» г. Курска, МБОУ «Средняя общеобразовательная № 35 им. К.Д. Воробьева», МБОУ «Полевской лицей» Курского района Курской области с декабря 2010 по настоящий момент. В исследовании принимают участие младшие подростки в возрасте 11, 12 лет. Основными методами нашего исследования являются: наблюдение, нейропсихологическое исследование (двигательные функции, зрительные функции), пакет психодиагностических методик, который включает в себя методику психологической диагностики копинг-механизмов Хайма; методику «Определение склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»; опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова, 2004); методику Рене-Жиля; индивидуально-типологический опросник для детей (Собчик Л.Н., 2003), метод социометрических измерений, методику аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллера.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Ярошенко Е.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

eleyaroshenko@yandex.ru

Пенсионный период часто рассматривается как кризисный, так как предполагает значительное изменение жизненной ситуации, которая связана как с внешними факторами (официальный выход на пенсию, появление свободного времени, изменение социального статуса), так и с

внутренними (осознание возрастного снижения физической и психической силы), влечет за собой формирование нового психосоциального статуса. Указанные изменения требуют от человека переосмысления ценностей, отношения к действительности, к себе, т.е. перестройки сознания, поиск новых возможностей и путей реализации активности. Прекращение трудовой деятельности ставит пожилого человека в новую – сложную – жизненную ситуацию и диктует необходимость адаптации к условиям существования, успешность которой прямо связана с овладением социальными ролями и стереотипами новой группы.

Вопросы, касающиеся старения личности, эмоциональной сферы в отличие от проблем старения интеллекта, памяти, психических и психомоторных реакций разработаны недостаточно, а зависимость их от степени социальной интеграции ранее не изучалась вообще.

Целью нашего исследования стало определение психологических особенностей лиц пожилого и старческого возраста с различной степенью социальной интеграции: одинокий образ жизни, проживание в домашних условиях (1-я группа; 87 человек, средний возраст – 71,5+-6,6); максимальная степень интеграции: совместное проживание с родственниками (2-я группа; 86 человек, средний возраст – 67,8+-7,1).

Эмоциональное состояние лиц пожилого и старческого возраста исследовалось посредством метода цветовых выборов.

После вычисления степени популярности цветов в группах были получены характерные ранговые ряды (табл. 1).

Таблица 1

**Ранговые ряды по степени популярности каждого цвета
в группах**

Группа	Ранговый ряд							
1	зел.	фиол.	жел.	крас.	серый	корич.	синий	чер.
2	зел.	синий	жел.	фиол.	крас.	корич.	серый	чер.

Для первой группы (одинокие пожилые люди) были характерны активно-оборонительная позиция, недоверчивость, крайняя обидчивость, раздражительность, тревожность и беспокойство. Испытуемые наряду с трезвостью в оценках и рационализмом проявляли элементы субъективизма, черты паранойяльного стиля переживаний и поведения. Расположение фиолетового цвета на первых позициях связано с расшатыванием адаптационного барьера в связи с длительным эмоциональным напряжением и отражало трудности социальной адаптации.

Лица пожилого и старческого возраста, проживающие с родственниками (2 группа), характеризовались пассивно-оборонительной позицией, повышенной ранимостью, уязвимым самолюбием, потребностью в самоуважении и уважении со стороны окружающих, самостоятельностью в принятии решений. Упорство и ригидность в отстаивании позиции смягчались установкой на избегание конфликтов и

контролируемостью (зеленый и синий цвета на первых позициях). Предпочтение 1 и 2 цветов свидетельствовало о преобладании трофотропных тенденций и слабости нервных процессов.

Исследование уровня реактивной и личностной тревожности в группах проводилось с помощью шкалы Спилбергера-Ханина. Статистическое исследование различий уровней РТ и ЛТ в группах осуществлялось посредством критерия Крускала-Уоллиса. Полученные результаты представлены в табл.2 и 3.

Таблица 2

Средние значения реактивной и личностной тревожности в группах

Группа	Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение
Одинокие	42,94**	12,78	47,05**	11,65
Проживающие с родственниками	34,66	11,4	54,5	10,51

** - достоверность при $p \leq 0,01$

Таблица 3

Частота встречаемости высокого, среднего и низкого уровней реактивной и личностной тревожности в группах

Группа	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Одинокие	0,494	0,322	0,184	0,517	0,368	0,115
Проживающие с родственниками	0,198	0,419	0,383	0,756	0,244	

При анализе уровня реактивной тревожности выявлено, что значение ее максимально в 1-й группе обследуемых, по-видимому, в связи с состоянием одиночества, вызывающим возникновение РТ как эмоциональной реакции на стресс. Максимальный уровень ЛТ у пожилых людей, проживающих с родственниками, доказывает необходимость духовной поддержки в семье, отсутствие которой ухудшает состояние здоровья, повышает эмоциональное напряжение.

Выявление и оценка невротических состояний осуществлялась посредством клинического опросника К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

Результаты исследования представлены в табл. 4.

Частота встречаемости болезненного характера невротических состояний

Группа	Т	Д	Ас	И	О	В
Одиноким	0,403	0,667	0,638	0,431	0,333	0,416
Проживающие в семьях	0,356	0,511	0,533	0,378	0,356	0,644

Т – тревога; Д – депрессивные расстройства; Ас – астения; И – истерический тип реагирования; О – обсессивно-фобические нарушения; В – вегетативные нарушения. В соответствии с особенностями теста у одного человека может быть выражено несколько состояний, поэтому сумма частот по строкам меньше или больше единицы.

Как видно из таблицы 5, в пожилом и старческом возрасте наиболее часто встречались депрессивный и астенический синдромы, вегетативные расстройства. У представителей 1-й группы отмечалась некоторая тенденция к большей распространенности невротических состояний. Однако статистически достоверные отличия получены по показателю депрессивных расстройств ($\varphi=1,67$; $p \leq 0,05$). Проживающие с родственниками отличались преобладанием вегетативных расстройств (различия статистически значимы при $p \leq 0,01$; $\varphi=2,41$).

Исследование ряда показателей психического состояния осуществлялось посредством шкалы Н.А. Курганского

Частота встречаемости ряда показателей психического состояния в группах

Группа	Активация	Интерес	Эмоциональный тонус	Напряжение	Комфортность
1	0,181	0,194	0,264	0,389	0,153
2	0,311	0,444	0,4	0,244	0,044

1 – одинокие пожилые люди; 2 – пожилые люди, проживающие с родственниками

Низкие уровни психической активации, интереса ($\varphi=2,88$; $p \leq 0,01$), эмоционального тонуса и комфортности отмечались у одиноких пожилых людей в сочетании с высоким уровнем напряжения ($\varphi=1,65$; $p \leq 0,05$). Проживающие с родственниками отличались низкими значениями комфортности ($\varphi=2,0$; $p \leq 0,05$).

Исследование социальной позиции осуществлялось с помощью методики диагностики межличностных отношений (ДМО). Результаты представлены в табл. 6.

Распределение частоты выборов вариантов межличностных отношений по группам

Группа	Стиль межличностных отношений							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1	0,229	0,08	0,264	0,149	0,575	0,644	0,793	0,736
2	0,341	0,17	0,353	0,235	0,459	0,33	0,612	0,753

Статистическое исследование значимых различий частот выборов социальных позиций осуществлялось с помощью критерия χ^2 . Различие достоверно ($\chi^2=19$) при $p \leq 0,01$

Для одиноких пожилых и старых людей характерны «зависимый-послушный» (VI; $\phi=4,19$; $p \leq 0,01$) и «сотрудничающий-конвенциальный» (VII; $\phi=2,62$; $p \leq 0,01$) варианты межличностных отношений. Преобладание VI и VII типа социальной позиции обнаруживало стремление к тесному сотрудничеству с окружающими, эмоциональную неустойчивость, неуверенность в себе, высокий уровень тревожности, повышенную мнительность, демонстративность. Кроме того, у представителей выборки выявлялись трудности адаптации (значения более 14 баллов) по V («покорно-застенчивый») (13,8%) и VIII («ответственно-великодушный») (11,5%) октантам, что сопровождалось повышенным чувством вины, самоуничижением в первом случае и гиперсоциальностью установок, подчеркнутым альтруизмом – во втором. Деадаптация отражалась также расположением фиолетового цвета на первых позициях рангового ряда МЦВ.

Проживающие с родственниками отличались преобладанием II стиля межличностных отношений ($\phi=1,9$; $p \leq 0,05$), что характеризовало их как людей с независимым, соперничающим поведением, эгоцентричных, занимающих обособленную позицию в группе. Частота встречаемости VIII социальной позиции в группе максимальна, что характерно для эмоционально-лабильной личности с чертами демонстративности, со смешанным типом реагирования (сочетание зеленого и синего цветов на первых позициях рангового ряда МЦВ), с тенденцией к психосоматическому варианту деадаптации. Последнее подтверждено максимальной (по сравнению с остальными группами) частотой встречаемости вегетативных расстройств (0,644).

Таким образом, старение в условиях низкой степени социальной интеграции, дефицита качества и количества общения сопровождается увеличением частоты депрессивных расстройств, способствует повышению уровня реактивной тревожности, снижению самооценки, психической активации, интереса, эмоционального тонуса, выбору социальной позиции, направленной на сокращение дистанции, отделяющей от окружающих, пассивности, отсутствию стремления к

дальнейшему развитию личности и самосовершенствованию. Неадекватность компенсаторного поведения, проявляющаяся неприятием сложившихся условий и межличностных отношений и уходом в иррациональные способы защиты, повышала эмоциональную напряженность, приводила к дезадаптации. Выявленный индивидуально-личностный паттерн соответствует жизненной позиции «враждебного отношения к миру» (по К. Висневской-Рошковской), стратегии адаптации, направленной на сохранение себя как индивида, на фоне постепенного угасания функций организма, превращения «открытой» системы в «закрытую».

Пожилые, проживающие с родственниками (2 группа), отличались пассивно-оборонительной позицией, установкой на избегание конфликтов, контролируемостью, преобладанием трофотропных тенденций, высокой поисковой активностью, максимальным значением личностной тревожности и частотой встречаемости вегетативных расстройств, высоким уровнем активации, интереса, эмоционального тонуса и низким комфортом. Прекращение трудовой деятельности приводит к потере части социальных контактов. Вследствие чего в пожилом и старческом возрасте удовлетворение потребности в общении возможно в большинстве случаев в семье. Общение с детьми, внуками устраняет ощущение собственной бесполезности и ненужности (более высокий уровень активации, эмоционального тонуса и интереса). Однако непонимание, отсутствие духовной поддержки, потеря авторитета в семье повышают напряжение, тревожность, снижают комфортность, приводят к развитию депрессивных расстройств, психосоматических реакций.

Таким образом, с целью повышения качества обслуживания и эффективности помощи пожилым людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, обусловленной прекращением трудовой деятельности, необходимо использование комплексного подхода с изучением социально-психологического статуса. При этом полученный психологический портрет пожилого человека, проживающего с родственниками, обосновывает необходимость применения методов психокоррекции в семьях с целью регуляции состояния вегетативной нервной системы, снижения внутреннего напряжения. При работе с одиноко проживающими стареющими людьми - использования коррекции, направленной на преодоление раздражительности, подозрительности, обидчивости, снятие напряженности, улучшение настроения и формирование конструктивной позиции в общении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА КОНТАКТА МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА С РАННИМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Сугонякина А.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

marlazinge89@gmail.com

Актуальность изучения выбранной нами темы связана, во-первых, с важностью раннего возраста для дальнейшего развития человека (Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин, Дж. Боулби, Д.В. Винникотт, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, Э. Эриксон). Во-вторых, с необходимостью разработки диагностических критериев характера контакта и расширения теоретических знаний о контакте в диаде мать – ребенок в младенческом возрасте, его роли в развитии и становлении личности ребенка. В-третьих, с возможностью использования результатов исследования в психологическом сопровождении матери и ребенка до года. В-четвертых, с применением полученных данных в разработке методов профилактики ранних психосоматических нарушений.

Особую роль в развитии области изучения эмоциональной связи и привязанности ребенка к матери в зарубежной психологии оказали Д.В. Винникотт, Дж. Боулби, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, подчеркивающие 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, Р.Ж. Мухамедрахимов, которые также подчеркивали значимость и влияние развития эмоциональных отношений, возникающих между матерью и ребенком, на психическое развитие человека. Авторы указывают, что качество и характер контакта между матерью и ребенком во многом определяется личностными характеристиками матери и ее внутренним ощущением себя как «хорошей мамы» (Д.В. Винникотт, К. Хорни, Г.Г. Филиппова), а также способностью матери вступать в контакт с миром (А. Лэнгле).

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 ссылаются 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).

Взаимоотношения ребенка с матерью, страдающей невротическими расстройствами или послеродовыми депрессиями, характеризуются тремя типами небезопасной привязанности (Ainsworth M. D. S.). Дети с небезопасными формами привязанности характеризуются высоким уровнем тревоги, испытывают и проявляют мало положительных эмоций, как правило, испытывают трудности в общении. Уровень нервно-психического реагирования у детей в возрасте от 0 до 3 лет мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью и получил название соматовегетативного (Ковалев В.В., Шпиц Р.А.). На этом фоне у них нередко развиваются психосоматические расстройства, прежде всего имеющие отношение к системе пищеварения. Наиболее типичными являются младенческая колика, аэрофагия, инфантильная анорексия, пищевое недоразвитие, переедание, мерицизм, пикацизм.

Таким образом, в нашем исследовании мы предполагаем, что существуют различные типы контакта в диаде мать – ребенок 3–4 месяцев и, что ранние психосоматические нарушения взаимосвязаны с различными типами контакта.

Цели нашего исследования: выделить и охарактеризовать различные типы контакта в диаде мать – ребенок 3–4 месяцев, а также изучить взаимосвязь ранних психосоматических нарушений с типом контакта в диаде мать – ребенок 3–4 месяцев.

На основе теоретического анализа проблемы была разработана структура эмпирического исследования. Для решения поставленных задач проверки исходных гипотез был применен комплекс методов: наблюдение, авторская модификация «Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (Manheim), а также архивный метод – анализ медицинских карт детей.

Исследование проводилось на базе детской поликлиники № 7 г. Курска с 25 января по 27 апреля 2012 г. В исследовании принимали участие 20 женщин в возрасте 19–27 лет и их младенцы в возрасте 3–4 месяцев, от первой беременности и первых родов.

На основе качественного и количественного анализа были выделены и качественно описаны 3 существенно различающихся типа контакта. Наиболее благоприятным типом контакта мы считаем контакт, в котором обнаруживается единство матери и младенца с высокой степенью позитивного эмоционального взаимопринятия. Такие взаимоотношения харак-

теризуются 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 данный тип контакта мы назвали надежным типом контакта. Кроме того, мы обнаружили группу взаимодействий матери и ребенка с неблагоприятным типом контакта, в этой группе мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при тревожно-избегающем типе привязанности. Поэтому данный тип контакта мы обозначили как тревожно-избегающий тип, который 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 матери 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 отрицательной эмоциональной реакцией. Мы предполагаем, что данный тип контакта в дальнейшем может 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 обозначили как 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 младенцем, 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 с младенцами, вступая с ними в диалог, – с одной стороны, они предпринимают попытки установления контакта, устанавливают его, но, с другой стороны, после этого прерывают его, отвлекаясь на себя или события извне, оставляя при этом младенца «наедине с собой». Непостоянство и амбивалентность материнского поведения отражается на поведении и реакциях младенца, складывается впечатление, что ребенок испытывает неуверенность в поведении матери и постепенно приспосабливается к таким изменениям, пытаясь отвлечься на внешнюю среду. Такие дети практически не проявляют голоса, складывается впечатление о фрустрированности таких младенцев.

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что существуют различные типы контакта матери и ребенка 3–4 месяцев. В работе выделены и даны характеристики трех типов контакта. А также предпо-

лагается наличие взаимосвязи типа контакта матери и ребенка 3–4 месяцев с ранними психосоматическими нарушениями.

ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК РОДИТЕЛЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Ильина В.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. На ребенка воздействует вся внутрисемейная система, преломляясь через структуру личности. Представления, установки, мотивы родителей выступают для ребенка как образцы–эталоны; влияние авторитета родителей создает особый микроклимат в семье, оказывающий существенное влияние на развитие личности ребенка, адаптивность или дезадаптивность его поведения.

Особое значение имеют социально-психологические установки родителей, которые представляют собой систему или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним.

Социально–психологические установки в системе детско–родительских отношений традиционно рассматриваются через категорию родительской позиции. К проблеме изучения родительских позиций с точки зрения их влияния на формирование и развитие личности ребенка обращались такие психологи, как Т.В. Архиреева, А.С. Спиваковская, А.А. Чекалина, Э.Г. Эйдемиллер и др.

Родительская позиция - реальная направленность, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми.

Родительская позиция рассматривается в виде системы отношений родителя, эта система определяет направленность родительских установок и мотивов, целей и ценностей, обуславливающих характер воспитательной практики в семье.

Оказывая существенное влияние на личность ребенка, родительские позиции являются одним из ведущих факторов, определяющих направление его дальнейшего развития.

Деструктивная родительская позиция, характеризующаяся деструктивной системой отношений родителей и определяющаяся негативной направленностью родительских установок, эгоистических мотивов, целей и ценностей, оказывает негативное влияние на личность ребенка, что, в свою очередь, приводит к его социально-психологической дезадаптированности.

В качестве одной из форм дезадаптивного поведения рассматривается зависимое поведение, которое в последние годы получило высокий уровень распространения. Учитывая специфику подросткового возраста, на

данном возрастном этапе выявлен наиболее интенсивный темп распространения зависимости по сравнению с другими возрастными группами.

Цель исследования – определение влияния негативных социально-психологических установками родителей и формированием у детей склонности к зависимости.

Исследование осуществлялось на базах средних общеобразовательных школ и школ–интернатов г. Курска. Общий объем выборки составил 80 человек (40 подростков, возраст от 12 до 13 лет, и 40 родителей).

Методы исследования: методика диагностики социально-психологических установок в мотивационно-потребностной сфере О.Ф. Потемкиной и методика определения склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел. Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

В результате проведенного исследования было установлено, что у 82% обследованных подростков выявлен высокий уровень склонности к зависимому поведению. Подростки стремятся к уходу от реальности, искажается их восприятие мира, что приводит к нарушению социального взаимодействия как внутри семьи, так и вне ее.

При исследовании системы социально-психологических установок родителей тех подростков, у которых была выявлена склонность к зависимому поведению, выявлено преобладание установок на власть, эгоизм и деньги, которые носят негативный характер. Установка на власть проявляется в жестком, авторитарном стиле семейного воспитания, установки на деньги и эгоизм реализуются в эмоциональной холодности родителей, преобладанием ориентации на достижения.

В обоих случаях подросток не получает достаточно поддержки и заботы со стороны родителей, данные проявления стиля воспитания способствуют формированию таких черт личности, как неадекватность принятия своего физического «Я», затруднения в непосредственном общении, чувство одиночества и недостатка взаимопонимания, эмоциональная напряженность, склонность к избеганию проблем и ответственности. Данные особенности личности подростка способствуют нарушению его социально-психологической адаптации.

Каждый человек в процессе общения стремится к взаимопониманию, доверию, желанию поделиться своими мыслями, чувствами, переживаниями, не встретив при этом критики, осуждения со стороны собеседника. Интернет предоставляет такую возможность благодаря своей анонимности, доступности, без учета внешнего вида, возраста, образования и социального статуса.

При отсутствии условий для позитивной реализации личностных потенциалов самоутверждение подростка может проявляться в искаженных формах и приводить к неблагоприятным поведенческим реакциям.

Зависимость проявляется поглощенностью Интернетом, потребностью проводить в сети все больше и больше времени. Попытки уменьшить использование Интернета, как правило, не эффективны. При прекращении

пользования Интернетом возникает повышенная тревожность, страх перед действительностью, потеря чувства безопасности и недоверие к окружающим. Таким образом, в качестве одного из факторов, оказывающих влияние на формирование аддиктивного поведения подростка, является система негативных социально-психологических установок родителей, реализующаяся в неблагоприятном стиле семейного воспитания. Проявление родителями безразличия, предъявление завышенных требований и способствуют укреплению зависимого поведения подростка.

ПРОЦЕССЫ СОЦИАЛЬНОГО РАССЛОЕНИЯ ОБЩЕСТВА И СТИГМАТИЗАЦИЯ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Аумейстер Е.Ю., Болотаева И.Т., Елканова Н.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Существующее положение о том, что болезнь можно рассматривать как сложную жизненную ситуацию, более всего касается больных, страдающих психическими расстройствами, поскольку на пути успешной социальной реадaptации больных большим камнем преткновения является такой социальный феномен, как стигматизация психически больных. Страх стать психически больным – это не только страх перед болезнью, это одновременно и страх быть причисленным к традиционно позорной социальной касте «сумасшедших». Есть мнение, что «негативная социальная стигма – это своего рода вторая болезнь». Процессы любой социальной стигматизации тесно связаны с процессами стратификации – социального расслоения общества на «верхи» и «низы» общества. Основным аспектом социального неравенства касается неравенства по доходам (деление на «богатых» и «бедных»), однако существует еще неравенство по престижу – например, престижу власти, профессии. В мире болезней также существует расслоение с наличием «непрестижных» заболеваний, например шизофрении, с проявлениями интолерантности даже в медицинской среде.

Целью исследования являлось изучение смыслового восприятия лиц из различных социальных слоев общества, существующего в установках студентов-медиков.

Материал и методы исследования

Для получения смысловых оценок использовался метод семантического дифференциала, которым были обследованы 70 студентов-медиков. Метод семантического дифференциала (СД), впервые предложенный Ч. Осгудом, служит для построения субъективных семантических пространств и относится к методам шкалирования, которое используется в целях получения количественных показателей для оценки отношения испытуемых к определённым понятиям. Количественное индексирование значения понятия производится с помощью двухполюсных шкал, на каждой из которых имеется градация с парой антонимических прилагательных. Испытуемому предъявляется понятие, и он должен отметить цифру, кото-

рая соответствует его представлению о данном понятии. При дальнейшей обработке материала факторная оценка производится с помощью 7-балльного шкалирования. В ходе исследования по 6 факторам из 18 параметров оценивались следующие понятия – «душевнобольной», «врач», «психиатр», «юрист», «бизнесмен», «вор», «взяточник», «бродяга». По специальной формуле высчитывался «рейтинг» каждого понятия: $R = (\sum [n, n, \dots] - 18) \times 0,926$, где n – оценка по каждому параметру, R – рейтинг (%).

Результаты исследования

Самые высокие рейтинговые показатели принадлежали понятию «врач», что, скорее всего, отражало профессиональные установки будущих медиков. Анализ соотношения других рейтинговых оценок указывал на то, что смысловое восприятие студентов в значительной мере зависит от существующих социальных установок, связанных с социальным расслоением общества. Именно этим можно объяснить тот факт, что «вор», как некий социальный тип, оказался на порядок выше, чем «душевнобольной». Самым стигматизированным являлся социальный тип «душевнобольной», который имел низкие оценки почти по всем параметрам, особенно по следующим факторам: сила (слабый, незначимый, мелкий), активность (замедленный, расслабленный), дружелюбие (замкнутый, холодный), стабильность (эмоционально неуравновешенный).

1 – хороший (плохой); 2 – симпатичный (отталкивающий); 3 – талантливый (бездарный); 4 – значимый, весомый (легковесный); 5 – сильный (слабый); 6 – «большой» («мелкий»); 7 – быстрый (медленный); 8 – активный (пассивный); 9 – расслабленный (возбужденный, напряженный); 10 – открытый (недоступный); 11 – теплый (холодный); 12 – бескорыстный (эгоистичный); 13 – умный (глупый); 14 – легко соображающий (тугодум); 15 – собранный (рассеянный); 16 – спокойный (хаотичный); 17 – устойчивый (изменчивый); 18 – уравновешенный (неуравновешенный).

Процессу стигматизации подвергся и такой социальный тип, как «психиатр», который невыгодно отличался от просто «врача» тем, что был менее симпатичным, менее значимым, более «мелким», замедленным, более замкнутым и холодным, а также более неуравновешенным, т.е. имел аналогичные стигматизированные характеристики душевнобольного, но в меньшей степени выраженности. Таким образом, в смысловом поле студентов, будущих врачей, существует интолерантное восприятие душевнобольного, основанное на процессах социального расслоения общества. Поэтому решение задач дестигматизации душевнобольных, которое является необходимым условием полноценной реабилитации больных, должно осуществляться в социокультурной плоскости – информационно-просветительской, воспитательной и общекультурной деятельности.

СОДЕРЖАНИЕ

Лазаренко В.А.

Сложная жизненная ситуация и формирование позиции по отношению к жизни..... 3

Альфريد Лэнгле

Почему мы страдаем? Понимание, обхождение и обработка страдания с точки зрения экзистенциального анализа..... 5

Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н.

Психическая адаптация в предоперационный период у больных с нарушениями ритма сердца, проходящих интервенционное лечение.. 23

Аносова Е.В., Подписнова Е.С.

Изменения в структуре шизофренического патопсихологического симптомокомплекса..... 27

Архипова И.Н., Аносова Е.В.

Аффективные нарушения, особенности социального функционирования у лиц, зависимых от опиатов, в период ремиссии заболевания.. 30

Афоница Н.Ю.

Задержка психического развития и общество: преодолевая болезнь... 34

Барбова Н.И.

Муковисцидоз в семье: психологический аспект проблемы..... 40

Беляева Е.В., Михайлова Е.В.

Изучение влияния удовлетворенности браком на субъективное переживание состояния одиночества у супругов в семьях военнослужащих..... 44

Блюм А.И.

Беременность в сложной жизненной ситуации..... 47

Брылько Д.В.

Анализ трудной жизненной ситуации современной студенческой молодежи..... 49

Василенко Д.Ю., Василенко Т.Д.

Внутренний телесный опыт как жизненная ситуация..... 52

Василенко Т.Д.

Взаимодействие личности и сложной жизненной ситуации: процессы понимания и осмысления..... 56

Газазян М.Г., Оловаренко Л.В., Пономарева Н.А., Лебедев А.С., Иванова О.Ю.

Неродившийся ребенок в трудной жизненной ситуации..... 59

Дейнека Н.В.

Особенности психологического реагирования у больных со стомой кишечника..... 63

<i>Доронин А.И.</i> Структура отношений функциональных блоков мозга как основа индивидуальности.....	68
<i>Дремина Т.Ф.</i> Структура социальной идентичности женщин в период беременности...	73
<i>Есенкова Н.Ю.</i> Становление профессиональной направленности врача на этапе обучения в вузе.....	76
<i>Жукова Л.А., Гуламов А.А., Кузнецов Е.В.</i> Расстройства эмоциональной сферы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	79
<i>Земзюлина И.Н.</i> Программа психологического сопровождения беременных женщин в трудной жизненной ситуации.....	81
<i>Ившина М.Е.</i> Особенности смысловой сферы у женщин, ожидающих первого ребенка.....	84
<i>Калин Н.И.</i> Проблема соотношения девиантного поведения и дезадаптации.....	89
<i>Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благодеров М.Л., Зализко А.В., Стефанова М.В.</i> Динамика изменения патогенеза болевого синдрома у мужчин после ринопластики и полипотомии носа.....	93
<i>Ковшова О.С.</i> Клинико-психологическая помощь детям с тяжелыми соматическими заболеваниями и проблемами в развитии.....	95
<i>Коломиец В.М.</i> Проблема депрессии при заболевании туберкулезом как сложной жизненной ситуации.....	100
<i>Коржова Е.Ю.</i> Трудная жизненная ситуация как способ изображения личности в творчестве Н.В. Гоголя.....	102
<i>Косенко В.Г., Косенко Н.А., Солоненко А.В., Есина Ю.В., Скорябкина В.В., Лихтина Е.Б., Гридина Ю.В., Пфаненштиль Э.А.</i> К вопросу об особенностях межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом.....	107
<i>Ласков В.Б.</i> Болезнь пациента как сложная жизненная ситуация для врача и психолога.....	110
<i>Лебедев Ю.И., Новикова С.Н., Рублева Н.В.</i> Туберкулез легких как сложная жизненная ситуация и комплаенс больных при его лечении.....	114

<i>Лиознова Е.В.</i>	
Опыт типизации трудных жизненных ситуаций.....	120
<i>Литвиненко О.А.</i>	
Семья в сложной жизненной ситуации. Изучение самоотношения у больных шизофренией и их родственников.....	124
<i>Локтионова А.В.</i>	
Психологическое сопровождение ранних нарушений контакта матери и младенца: от напряжения и неуверенности к спокойствию и надежности в роли матери.....	128
<i>Лукин О.А.</i>	
Семейный конфликт как сложная жизненная ситуация.....	130
<i>Минуллина А.Ф.</i>	
Созависимость как ненормативный кризис в семье.....	132
<i>Могильникова Т.С.</i>	
Исследование планов человека в контексте жизненного сценария.....	136
<i>Мельник Л.В., Иващенко Д.М., Бобкова Е.Н.</i>	
Экзистенциальный анализ одиночества у юношей с высоким уровнем креативности.....	138
<i>Мельник Л.В., Бобкова Е.Н., Ефимова Е.В.</i>	
Болезнь как сложная жизненная ситуация.....	142
<i>Наумова А.А.</i>	
Современные представления об отклонениях поведения у подрост- ков.....	143
<i>Недуреева Т.В., Каськова Д.С., Баркова В.Л.</i>	
Профессиональный стресс и выгорание в профессиональной деятельно- сти врачей.....	147
<i>Никишина В.Б., Запесоцкая И.В., Золотухина Ю.В.</i>	
Социально-психологические факторы социальной дезадаптации пред- ставителей правоохранительных органов.....	150
<i>Радионова И.Б.</i>	
Характеристика родительских позиций матерей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра (РАС).....	153
<i>Рахматуллина Э.Н.</i>	
Трудности в адаптации к болезни у подростков с сахарным диабетом 1 типа.....	157
<i>Русина Н.А.</i>	
Болезнь как критическая ситуация.....	161
<i>Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.</i>	
Болезнь как сложная жизненная ситуация и приверженность к длитель- ной терапии.....	166
<i>Селин А.В.</i>	
Жизнестойкость как личностный ресурс в сложной жизненной ситуации (на примере хронического соматического заболевания).....	171

<i>Селин А.В.</i>	
Хроническое соматическое заболевание как трудная жизненная ситуация: опыт социально-психологического анализа.....	174
<i>Селин А.В., Сотников В.А.</i>	
Ситуация онкологического заболевания как трудная жизненная ситуация в контексте анализа ценностно-смысловых и временных аспектов...	176
<i>Симоненко И.А., Бурухина А.В.</i>	
Взаимосвязь межличностных отношений супругов с процессом принятия социальной роли родителей в первый год жизни ребенка.....	181
<i>Симоненко И.А., Шевченко А.В.</i>	
Психологические особенности межличностных отношений с отцом у детей младшего школьного возраста с психосоматическим расстройством.....	184
<i>Смирнов Н.В.</i>	
Устойчивость - неустойчивость к неопределенности детей младшего школьного возраста как стратегия поведения, влияющая на организацию ими совместной деятельности.....	186
<i>Солдатов А.В.</i>	
Взаимодействие менеджеров среднего звена в условиях сложных производственных и жизненных отношений.....	193
<i>Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.</i>	
Эмпирическое исследование тревожности здоровых и больных детей дошкольного возраста.....	196
<i>Тони О.Н., Степашов Н.С.</i>	
Направления в организации облегчения затруднений человека пожилого возраста.....	199
<i>Тони О.Н., Степашов Н.С.</i>	
Жизненные затруднения в контексте управленческого воздействия: диагностика и облегчение.....	205
<i>Тимофеева И.В.</i>	
Психосоциальное благополучие как психологическая проблематика жизнеспособности детей-инвалидов.....	209
<i>Чернышев А.С., Форопонова А.А.</i>	
Социально-психологические условия успешного профессионального становления студентов.....	212
<i>Шварц Н.Е., Силина Л.В.</i>	
Анализ причин возникновения межличностного конфликта в коллективе.....	217
<i>Шibaев П.В., Аносова Е.В.</i>	
Тревога и депрессия в структуре психосоматических заболеваний.....	220
<i>Шук А.А.</i>	
Социальная ситуация развития и особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с лейкозом.....	223

<i>Юркишат К.Ф., Петраш Е.А.</i>	
Социально-психологические факторы межличностного взаимодействия подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.....	224
<i>Ярошенко Е.Ю.</i>	
Психологические аспекты старения лиц с различной степенью социальной интеграции.....	226
<i>Сугонякина А.А.</i>	
Взаимосвязь качества контакта матери и младенца с ранними психосоматическими нарушениями.....	232
<i>Ильина В.В.</i>	
Влияние негативных социально–психологических установок родителей на формирование состояния зависимости у подростков.....	235
<i>Аумейстер Е.Ю., Болотаева И.Т., Елканова Н.В.</i>	
Процессы социального расслоения общества и стигматизация душевнобольных.....	237

Издательство Курского государственного медицинского университета.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.

Лицензия ЛР № 020862 от 30.04.99 г.
Тираж 110 экз.

Отпечатано в типографии КГМУ.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.
Заказ № 504.