

*Omniū profecto artium medicina nobilissima est.
З усіх наук, безумовно, медицина найбільш шляхетна.
(Гіппократ)*

ISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця



*Спеціальний
випуск № 3
2011*

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

*УКРАИНСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ ЖУРНАЛ
UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL*

Представлений в Ulrich's International Periodicals Directory

*Видається за наукової підтримки Національної академії наук України
та Національної академії медичних наук України*

*МАТЕРІАЛИ У НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ», М. КИЇВ, 11-12 ТРАВНЯ 2011 РОКУ*

*Головний редактор В.В. Короленко
Заступник головного редактора І.А. Свінціцький*



Засновники першого в Україні наукового товариства студентів-медиків у Києві:

Кисіль
Олександр Андрійович
(1859–1938)

Нікольський
Петро Васильович
(1858–1940)

Спеціальний
випуск № 3
2011



Заснований у 1993 році.

Періодичність виходу
4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку
фахових видань з медичних
наук (додаток до постанови
Президії ВАК України
від 8 вересня 1999 р.
№ 01-05/9).

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 105 від 22.09.1993 р.

Рекомендовано
Вченою Радою НМУ
імені О.О. Богомольця,
м. Київ
(Протокол № 5
від 12 березня 2011 р)

Усі права стосовно
опублікованих статей залишено
за редакцією.
Відповідальність за добір
та викладення фактів
у статтях несуть автори,
а за зміст рекламних матеріалів –
рекламодавець.
Передрук можливий за згоди
редакції та з посиланням
на джерело.
До друку приймаються наукові
матеріали, які відповідають
вимогам до публікації
в даному виданні.
Засновник – Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця.

Виготовник ТОВ "Видавництво "КІМ"
Свідоцтво ДК № 2888 від 03.07.2007 р.
Підписано до друку 26.04.2011 р. Формат 60x84/8
Друк офсетний. Папір офсетний
Тираж 500. Зам. № 102-11

Адреса для кореспонденції:

01601, м. Київ,
бул. Т.Шевченка, 13,
науковий відділ,
Короленку Володимиру
Васильовичу

Телефон: (044) 234-60-63
Факс: (044) 234-69-75
E-mail: tmv_ntmu@ukr.net

© Національний медичний
університет
імені О.О. Богомольця, 2011

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

ГОЛОВА РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

академік НАМН України, член-кореспондент НАПН України,
професор **В.Ф. Москаленко**

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

член-кореспондент НАМН України, професор **В.З.Нетьяженко**
професор **Я.В.Цехмістер**

ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ:

доцент **М.Ю.Антоненко**
член-кореспондент НАМН України,
професор **В.Г.Бардов**
професор **В.М.Благодаров**
професор **П.М.Боднар**
член-кореспондент НАН України,
академік НАМН України,
професор **Г.М.Бутенко**
підполковник м/с,
доцент **О.М.Власенко**
Герой України,
академік НАН та НАМН України,
професор **О.Ф.Возіанов**
професор **В.Г.Войцеховський**
член-кореспондент НАМН України,
професор **О.П.Волосовець**
професор **Д.С.Волох**
професор **Т.С.Грузєва**
професор **О.П.Гульчій**
архієпископ **Олександр** (Драбинко)
доцент **О.О.Закордонцев**
генерал-майор м/с,
член-кореспондент НАМН України,
професор **М.П.Захараши**
доцент **М.А.Іванов**
член-кореспондент НАПН України,
професор **В.Г.Коляденко**
професор **С.О.Крамарєв**
академік НАН та НАПН України,
професор **В.Г.Кремень**
член-кореспондент НАМН України,
професор **В.В.Лазоричинець**
професор **В.Г.Лизогуб**
академік НАМН України,
професор **В.Г.Майданик**
академік НАПН України,
професор **С.Д.Максименко**
член-кореспондент НАМН України,
професор **В.О.Маланчук**
член-кореспондент НАМН України,
професор **В.А.Міхньов**

академік НАН України,
професор **О.О.Мойбенко**
доцент **П.Ф.Музиченко**
професор **О.М.Науменко**
професор **В.П.Неспрядько**
доцент **І.В.Ніженковська**
професор **С.Т.Омельчук**
професор **В.І.Петренко**
член-кореспондент НАН України,
академік НАМН України, професор **Л.А.Пуріг**
член-кореспондент НАН України, академік
НАМН України, професор **Л.Г.Розенфельд**
професор **О.В. Савичук**
професор **А.С.Свінцицький**
професор **П.І. Серєда**
професор **Ф.О.Тишко**
член-кореспондент НАМН України,
професор **П.Д.Фомін**
академік НАМН України,
професор **В.І.Цимбалюк**
професор **М.В. Хайтович**
член-кореспондент НАМН України,
професор **Ю.Б.Чайковський**
член-кореспондент НАН і НАМН України,
професор **І.С.Чекман**
професор **В.Г.Черкасов**
академік НАН України,
член-кореспондент НАМН України,
професор **В.П.Широбоков**
академік НАН України, професор **А.П.Шпак**
професор **І.Б.Щепотін**
член-кореспондент НАМН України,
професор **О.П.Яворовський**
професор **О.Б.Яременко**
Professor **Joanna Chorostowska-Wynimko**
(Poland, Warszawa)
Professor, SRF **Robert A. Freitas Jr.**
(Palo Alto, USA)
Professor **Janusz Kowalski** (Poland, Warszawa)
Professor **Torello Lotti** (Italy, Florence)
Professor **Joseph L. Pace** (Malta, Msida)
Professor **Nikolai Tsankov** (Bulgaria, Sophia)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

В.Б. Безродний	А.О.Волосовець	А.К. Курбанов	Т.С. Неспрядько
А.В. Благая	О.В. Грузєва	О.А. Лаврик	К.С. Письменна
В.В. Бобир	Р.М. Ісаєнко	В.В. Мороз	А.В. Рибачук
Б.С. Божук	К.В. Коляденко	Л.О. Наумова (фотокор.)	Р.Л. Степаненко
М.О.Володій	В.Р. Костів	Т.Ю. Небесна	П.В. Чернишов

Почесні члени Редакційної колегії:

професор **А.О.Бурка**
член-кореспондент НАМН України, професор **Г.Д. Жабоедов**
професор **Н.П. Максютіна**
професор **О.В. Романенко**
професор **Л.О.Хоменко**
член-кореспондент НАПН України, професор **О.В.Чалий**

ЗМІСТ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

Стор. / Стр. / Page

<i>Амінева Я.Р.</i> ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ ХВОРОГО ЗА НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ІНВАЛІДИЗУЮЧОГО ЕНДОКРИННОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ)	5
<i>Балашова М.А., Фролов А.И.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОГНИТИВНЫХ СТИЛЕЙ	7
<i>Балюта В. В.</i> САМОВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЯК СТВЕРДЖЕННЯ ПОЧУТТЯ ВЛАСНОЇ ГІДНОСТІ	9
<i>Баранова Ю.А., Аникина О.М.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С ТАБАКОКУРЕНИЕМ	11
<i>Н.С. Иващенко, О.К. Напресенко, Г.М. Зільберблат</i> ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	13
<i>Е.В. Вирман, Т.В. Калашишникова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ЖИЗНЕННОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ У ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	17
<i>Вовк В. В., Гриб Ю. В.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЧАСТОТИ ПОЯВИ ІНСАЙТУ ВІД НАДАННЯ СТОРОННІХ НЕПРЯМИХ ПІДКАЗОК ТА ВИКОРИСТАННЯ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОСВІДУ	20
<i>А.В. Галуциньська, Л.О. Безруков, Н.К. Богуцька, О.Я. Чепура</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА РІЗНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	22
<i>Гурьева Н.И., Аникина О.М.</i> СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ	25
<i>Дорожжина М.Е., Карацук Л.Н.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ	26
<i>Иванов М.В.</i> СТАНОВЛЕНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С НОРМАТИВНЫМ И ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПО ТИПУ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА	29
<i>Козачун В.Л., Романова В.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	31
<i>Копылова И.А., Калашишникова Т.В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КАК ЛИЧНОСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	34
<i>Кривоносова Л. М.</i> ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	36
<i>Кутєпова-Бредун Вікторія Юрійвна</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ МУЗИКАНТІВ (ПИТАННЯ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ)	40
<i>Ларин Н.А., Карацук Л.Н.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДВИЖНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	44
<i>Лотоцька О.С., Безруков Л.О., Богуцька Н.К., Чепура О.Я.</i> ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМЕЙНИХ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ У РОДИНАХ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	45
<i>Проскурня А.С.</i> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ВІКОВИХ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ОПТИМІЗМУ	48

<i>Ю.С.Семенова</i> ПСИХОТРАВМА (ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА): ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ І ПСИХОЛОГІЇ	50
<i>Скиба Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ	54
<i>Сливина М.А., Аникина О.М.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ЛИЧНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ)	57
<i>Є.Г.Невах, Т.А.Тамакова</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІКТИМНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	59
<i>Шииак О. І.</i> ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ РОЗЛАДИ В ДІАДІ ЯК ЧИННИК ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ВТОРИННОЇ ГІПОГАЛАКТІЇ	63
<i>П.Н.Шульгина, Л.Н.Карацук</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РЕТЕСТОВОЙ НАДЕЖНОСТИ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ «ЧИСЛОВАЯ КОРРЕКТУРНАЯ ТАБЛИЦА» АМАТУНИ В.Н. В МОДИФИКАЦИИ ВАССЕРМАНА Л.И., КАТЫШЕВОЙ М.В.	67
ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ / ABSTRACTS OF CONFERENCE	70

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ ХВОРОГО ЗА НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ІНВАЛІДИЗУЮЧОГО ЕНДОКРИННОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (НА ПРИКЛАДІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ)

Амінієва Я.Р.

Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара
м. Дніпропетровськ

У статті представлений аналіз стану проблеми хронічної інвалідизуючої ендокринної патології на прикладі цукрового діабету; наведені дані емпіричного дослідження психологічних особливостей особистості хворих на цукровий діабет 1 та 2 типів.

Ключові слова: хронічна ендокринна патологія, цукровий діабет, психологічні особливості.

На проязі кількох останніх десятиліть спостерігається зростаючий науковий інтерес до проблеми хронічних інвалідизуючих захворювань який сприяє поглибленню поглядів на сутність феномену хронічної патології, роль психогенного чинника в етіології захворювання та механізмі його розвитку [2].

В останні роки практично у всіх країнах світу відзначається неухильне зростання захворюваності і поширеності ендокринної патології, зокрема цукрового діабету (ЦД), що дозволило зарубіжним авторам кваліфікувати ці процеси як нову епідемію неінфекційного характеру кінця ХХ – початку ХХІ століття – епідемію діабету (Rose M. et al., 2002; Taylor M.D. et al., 2003). Медико-соціальна значущість ЦД обумовлена високою імовірністю виникнення супутніх захворювань, ускладнюючих його перебіг та ранньою інвалідизацією хворих працездатного віку (Балаболкін М.І., 2000; Ніконова Т.В., 2000; Дєдов І.І., 2003; Кононенко І. В., Смірнова О. М., 2005).

Проблема психологічної складової ендокринних захворювань знайшла своє відображення у працях як вітчизняних так і зарубіжних науковців [1;4;5]. Досліджені особистісні характеристики хворих з різними ендокринними захворюваннями (Хетагурова Ф. К., 1998; Александер Фр., 2000; Пархоменко А. Д., 2000), їх ставлення до хвороби (Тимофєєв С. В., Колотилін Г. Ф., 1998), до свого «Я» (Султанова А. С., 2000; Івінова Л. В., 2001; Sridhar G. R, Madhu K., 2002), до своїх близьких (Чуваков Г. І., 2000; Димнова Т. М., 2000; Adili, F. et al., 2006) тощо. Суттєво збільшилась кількість наукових праць, присвячених власне проблемі ЦД (Боярська Є.С., 2006; Мулькова Н.Н., 2006; Дронова Е.И., 2007; Львова Н.В., 2007; Павлова Л.Б., 2009) та ін. Проте, беручи до уваги велику кількість теоретичних та емпіричних досліджень, і досі не існує єдиного, цілісного уявлення стосовно психологічних характеристик особистості хворого на ЦД, їх впливу на клінічно значущі показники, та роль останніх у досягненні компенсації діабету.

Мета роботи полягала у вивченні особистісних характеристик хворих на ЦД різних типів.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: теорія особистості В. Н. М'ясищева, концепція внутрішньої

картини хвороби (Лурія Р. А., Миколаєва В. В., Іванов М. Я.), принципи аналізу соціальної дезадаптації (Олександрівський Ю. А., Березін Ф. Б., Личко А. Є.), а також емпіричні і теоретичні роботи, що висвітлюють характерні особливості хворих на ЦД (Балаболкін М. І., Зефірова Г. С., Пархоменко А. Д., Хетагурова Ф. К., Івінова Л. В. та ін.).

Вибірка, для проведення емпіричного дослідження, складалась із 73 респондентів та формувалась відповідно до нозологічної форми захворювання, з урахуванням віку досліджуваних – це люди від 21 до 55 років. Досліджувані були розподілені у 2 групи: перша – хворі на ЦД типу 1, друга – хворі на ЦД типу 2. Середній вік хворих на ЦД типу 1 становив 24, 9 років, середня тривалість захворювання 7,5 років. Середній вік хворих на ЦД типу 2 становив 52, 8 роки, середня тривалість захворювання 6,5 років. У вибірці досліджуваних було 40 жінок (54,8%) та 33 чоловіків (45,2%).

В якості психодіагностичного інструментарію були використані наступні психодіагностичні методики: «Локатор великої п'ятірки» (в адаптації Л. Ф. Бурлачука, Д. К. Корольова), «Огляд поведінки» (опитувальник Д.Дженкінса), «Торонтська шкала алекситимії» (TAS), «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (адаптований варіант Т.А.Крюкової), «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (Zigmond A., Snaith R.), «Психологічне благополуччя» (К. Ріф).

У результаті аналізу отриманих емпіричних даних за методикою «Локатор великої п'ятірки» було встановлено, що хворим із ЦД 1 типу в більшій мірі характерні наступні особистісні властивості: екстраверсія, схильність до згоди та добросовісність. Людям із ЦД 2 типу більш притаманні такі особистісні характеристики як нейротизм та відкритість новому досвіду. Ці психологічні характеристики є базовими у структурі особистості, саме вони забезпечують гармонійний розвиток особистості та встановлення позитивних відносин з оточуючими.

Відповідно до даних методики «Огляд поведінки», для 74% хворих на ЦД 2 типу характерні поведінкові патерни типу «А», а саме високий темп життя, нереалістичні цілі, постійне прагнення до порівнювання і конкуренції, до просування службо-

вими сходами, наполегливий пошук визнання, активна участь у різних видах діяльності, дефіцит часу, постійний поспіх, відсутність відчуття безпеки. Більш збалансований, проміжний тип поведінки «АБ» властивий хворим з ЦД 1 типу (68)%, вони вміло поєднують діяльність та відпочинок, адекватно оцінюють ресурси власного організму та ефективно адаптуються до вимог сучасного ритму життєдіяльності.

За результатами методики «Торонтська шкала алекситимії», було встановлено наявність алекситимічного радикалу в структурі особистості хворих на діабет: у першій групі досліджуваних – у 45% респондентів, у другій – у 85% хворих. Згідно даних наукової літератури, у алекситимічних хворих присутня виражена тенденція до зменшення позитивних емоцій і радісних подій і водночас, домінування таких почуттів, як гнів, печаль, ворожість тощо. Наявність даної психологічної характеристики у структурі особистості хворого на діабет ускладнює процес встановлення ефективної взаємодії у діаді лікар-пацієнт, та спричиняє негативний вплив на клінічно значущі параметри захворювання.

Аналіз отриманих емпіричних даних за методикою «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» дозволив зробити наступні узагальнення: проблемно-орієнтований копінг домінує в обох групах досліджуваних (71% та 57% відповідно). Емоційно-орієнтований копінг є характерним для 13% хворих на ЦД 1 типу та для 22% пацієнтів з ЦД 2 типу. Стратегія поведінки спрямована на уникнення кризових ситуацій була діагностована у 16% хворих на ЦД 1 типу та у 21% хворих з ЦД 2 типу. Отримані дані свідчать про те, що хворі на діабет перш за все налаштовані на дію, вирішення проблеми та отримання результату.

Як і будь-яке інше хронічне інвалідизуюче захворювання, ЦД характеризується наявністю афективної складової. За допомогою методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії» нами було діагностовано наявність клінічно вираженої симптоматики тривоги та депресії у хворих на діабет обох типів. У хворих на діабет 1 типу клінічні симптоми тривоги та депресії зустрічаються у 47% та 14% досліджуваних, при ЦД 2 типу симптоми тривоги зустрічаються у 23% опитуваних, а симптоми депресії у 26%. Наявність афективних розладів у хворих на діабет обмежує можливість встановлення позитивних стосунків з оточуючими, формування життєвої перспективи, встановлення позитивного самовідношення, прийняття відповідальності за власний стан, погіршує якість метаболічного контролю тощо.

За методикою «Психологічне благополуччя» у досліджуваних групах хворих на діабет встановлено середній рівень психологічного благополуччя респондентів за всіма шкалами: самовідношення, позитивні стосунки з іншими, автономія, екологічна майстерність, наявність цілі у житті, особистісне зростання. Незважаючи на наявність складного хронічного

за захворювання хворі на діабет – це люди, які ефективно функціонують у суспільстві, мають високий рівень комунікативної компетентності та здатні змінювати оточуючий світ у відповідності до власних потреб. Наявність хронічного соматичного захворювання це не завжди кінець життя, насамперед – це можливість його переосмислення.

Висновки. ЦД – мультифакторне захворювання, висока імовірність виникнення якого пов'язана з впливом комплексу соціальних факторів, серед яких фактори антенатального періоду, а також стреси відіграють вирішальну роль, – провокують дезадаптацію особистості. Психологічні особливості хворих на діабет можуть слугувати тригерним механізмом розвитку захворювання, впливати на якість діабетологічного контролю та перебіг захворювання. Наявність афективних розладів перешкоджає проведенню діагностичних та терапевтичних заходів, збільшує вартість лікування та унеможливає досягнення компенсації захворювання.

Велика кількість хворих на ЦД та швидкі темпи розповсюдження захворювання вимагають чіткого функціонування системи охорони здоров'я, спадкоємності та інтегративного підходу лікарів-соматологів та психологів до вирішення проблеми діабету.

Перспективою дослідження, на нашу думку, є комплексне вивчення психологічних особливостей хворих на діабет та медико-соціальної складової захворювання. Реалізація системного підходу дозволить утворити цілісну картину захворювання з урахуванням факторів, які провокують його дебют, а згодом, негативно впливають на адаптаційний потенціал особистості та ефективність терапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Аришава І.Ф. Специфічні психологічні проблеми хворих на цукровий діабет [Текст] / І.Ф. Аришава, Я.Р. Амінсва // *Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія: зб. наук. праць/за ред. С.Д. Максименка.-К.: ДП «Інформаційно аналітичне агентство», 2010.-Том. X.-Вип. 16.-656с. С.23-34*
2. Балаболкин М.И. *Диабетология [Текст] / М.И. Балаболкин // – М: Медицина 2000; С.199-222*
3. Павлова Л.Б. *Влияние гипогликемических состояний на личностные особенности и систему отношений детей пренубертатного возраста и подростков [Текст] / Л.Б. Суркова // Автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 20с.*
4. Adili, F. *Diabetic patients: Psychological aspects. / Adili, F., Larijani, B., & Haghghatpanah, M. // Annals of the New York Academy of Sciences, 2006. 1048, 329–349.*
5. G. R. Sridhar *Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus/ G. R. Sridhar, K. Madhu // CURRENT SCIENCE, Vol. 83, No. 12, 25 DECEMBER 2002, 1556-1564*

Резюме. В статье представлен анализ состояния проблемы хронической инвалидизирующей эндокринной патологии на примере сахарного диабета; приведены данные эмпирического исследования психологических особенностей личности больных сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Ключевые слова: хроническая эндокринная патология, сахарный диабет, психологические особенности.

Summary. The analysis of a problem condition of chronic invalid endocrine pathology is presented on a diabetes example; the data of empirical research of psychological features among the persons with 1 and 2 types of diabetes are represented in the article too.

Keywords: chronic endocrine pathology, diabetes, psychological features.

ЛИЧНОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОГНИТИВНЫХ СТИЛЕЙ

Балашова М.А., Фролов А.И.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань, Россия

В статье описаны результаты исследования различий когнитивных стилей и у студентов медицинских и технических вузов. Такие характеристики стилевой саморегуляции, как гибкость, программирование, общий уровень саморегуляции и оценка результатов имеют значимые различия, а именно у студентов медицинского вуза выше, чем у студентов технического; синтетический и аналитический стили у студентов технического вуза, чем у студентов медицинского.

Ключевые слова: когнитивные стили, стилевая саморегуляция поведения

На современном этапе развития общества возрастает потребность в специалистах, владеющих разными видами деятельности, обладающих разносторонней компетентностью. Это обстоятельство актуализирует проблему психологических особенностей личности в когнитивном аспекте.

Индивидуальный когнитивный стиль человека рассматривается как результат интеграции разных уровней стилевого поведения: уровня стилей кодирования информации, переработки информации, постановки и решения проблем, а также уровня стилей познавательного отношения к реальности.

Актуальность исследования заключается в том, что существует проблема непонимания и неприятия людьми друг друга как следствие «конфликта стилей». Предмет исследования – когнитивные стили. Объект исследования – личностные детерминанты когнитивных стилей. Цель работы: изучить особенности когнитивных стилей. Гипотезой данного исследования является предположение о существовании различий когнитивных стилей у студентов медицинских и технических ВУЗов.

Для достижения цели нами были выполнены следующие задачи: исследованы понятие когнитивного стиля, изучить биологические и социальные детерминанты когнитивных стилей, проанализировать зависимость когнитивных стилей и свойств личности; проанализировать зависимость эффективности учебной деятельности от когнитивных стилей личности.

Говоря о личностных детерминантах когнитивных стилей, прежде всего, следует затронуть вопрос о биологических и социальных факторах. По мере развертывания стилевых исследований постепенно накапливались факты, свидетельствующие о том, что когнитивные стили относятся к числу базовых характеристик индивидуальности, о чем свидетельствовала их тесная связь как с биологическими, так и с социальными факторами [1].

Генетические исследования когнитивных стилей, которые крайне малочисленны, касаются главным образом

таких стилевых свойств, как импульсивность/рефлексивность и полезависимость/полenezависимость [2].

Имеются данные о том, что когнитивные стили изменяются с возрастом. При этом возрастная динамика некоторых когнитивных стилей повторяет онтогенетическую динамику основных познавательных функций.

В частности, дети, как правило, полезависимы; затем происходит рост полenezависимости (ее пик приходится на подростковый и юношеский возраст) с последующим постепенным нарастанием полenezависимости к пожилому возрасту.

Аналогично, при относительно высоком уровне гибкости познавательного контроля в юношеском возрасте в ходе онтогенеза отмечается постепенное смещение на полюс ригидности с максимальными значениями эффекта интерференции в пожилом возрасте. С другой стороны, с возрастом растет рефлексивность, при этом в пожилом возрасте в наибольшей мере замедляется когнитивный темп. Кроме того, пожилые люди используют более широкие категории по сравнению с молодыми людьми.

Что касается фактора пола, девочки и женщины сравнительно с мальчиками и мужчинами оказываются более полenezависимыми во всех возрастных группах и в разных типах культуры. По-видимому, более выраженная полenezависимость женщин объясняется как биологическими, так и социальными детерминантами.

Рассмотрим и систематизируем имеющиеся данные о связи отдельных когнитивных стилей с особенностями личностных свойств и своеобразием социального поведения представителей соответствующих стилевых направлений. Опираясь мы будем на данные анализа когнитивных стилей, представленные в работе М.А. Холодной «Когнитивные стили»: полenezависимость/полenezависимость, узость/широта диапазона эквивалентности, ригидность/гибкость познавательного контроля, нетолерантность/толерантность к нереалистическому опыту, импульсивность/рефлексивность, фокусирующий/сканирующий контроль, когнитивная простота/сложность.

Процесс формирования индивидуального когнитивного стиля достаточно сложный. И особая роль здесь принадлежит учебной деятельности. При этом необходимо иметь в виду, что конкретный учащийся в своей реальной учебной деятельности демонстрирует не отдельные учебные и познавательные стили, а индивидуальный когнитивный стиль на определенном уровне его сформированности, но и немаловажное значение имеет стилевой подход и в деятельности учителя [3].

Когнитивный стиль выполняет следующие функции:

1) адаптационную, состоящую в приспособлении индивидуальности к требованиям данной деятельности и социальной среды;

2) компенсаторную, поскольку его формирование строится с опорой на сильные стороны индивидуальности и с учетом ее слабых сторон;

3) системообразующую, позволяющую, с одной стороны, формироваться стилю на основе многих ранее сложившихся характеристик индивидуальности, с другой, влиять на многие аспекты поведения человека;

4) самовыражения, состоящую из возможности индивидуальности выразить себя через уникальный способ выполнения деятельности или через манеру поведения.

В настоящее время в психологии насчитывается около двух десятков когнитивных стилей. Каждый из них отражает ту или иную особенность личности в сфере приобретения знаний, в интеллектуальной деятельности.

Выборку данного исследования составили 60 человек: 30 студентов медицинского ВУЗа и 30 студентов технического ВУЗа, а именно студенты 2 курса РГРТУ, РязГМУ им. академика И.П.Павлова г.Рязани. Возраст испытуемых 18-20 лет. Для проведения исследования использовались: методика стилевой саморегуляции поведения (Мороса-

нова В.И., Коноз Е.М.), шкала «Синтез/анализ» (Риббек Л.), математическая статистика U- критерия Манна-Уитни.

Обсуждение результатов: в результате проведенного нами исследования и последующего качественного и количественного анализа полученных данных были изучены когнитивные стили в среднем возрасте 19 лет.

После обработки экспериментальных данных с применение U- критерия Манна-Уитни, мы получили следующие результаты: планирование, моделирование и самостоятельность не имеют значительных различий, но у студентов медицинского ВУЗа выше, чем у студентов технического; гибкость, программирование, общий уровень саморегуляции и оценка результатов имеют значительные различия, а именно у студентов медицинского ВУЗа выше, чем у студентов технического; что же касается синтеза и анализа, то они имеют значительные различия, а именно у студентов технического ВУЗа выше, чем у студентов медицинского.

Таким образом, гипотеза нашего исследования частично подтвердилась. В результате проведенного нами исследования было установлено, что действительно существуют различия в когнитивных стилях у студентов различных ВУЗов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Когнитивная психология : учеб. / И.В. Блинникова, А.Н. Воронин, В.Н. Дружинин и др.; под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. – М. : ПЕР СЕ, 2002. – 478 с.*

2. *Холодная, М.А. Когнитивные стили: о природе индивидуального ума: учеб. пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 304 с.;*

3. *Григорьева, М. В. Влияние когнитивных стилей деятельности педагогов на адаптацию учащихся к обучению в школе // Начальная школа. – 2009. – № 8. – С. 37-40.*

PERSONAL DETERMINANTS OF COGNITIVE STYLES

M.A. Balashova, A.I. Frolov

This article provides results of investigation of differences in medical and technical students' cognitive

styles. Such features of stylistic self-regulation as flexibility, programming, general level of self-regulation and evaluation of results are significantly different. Specifically, these features are better expressed in medical students, while deductive and analytic styles are better expressed in technical students, than in medical ones.

САМОВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ЯК СТВЕРДЖЕННЯ ПОЧУТТЯ ВЛАСНОЇ ГІДНОСТІ

Балюта В. В.

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор кафедри соціальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка Васютинський Вадим Олександрович

Розглянуто актуальну, але недостатньо розроблену проблему – самовизначення особистості як ствердження почуття власної гідності. Досліджено і виявлені основні характеристики самовизначення як необхідного феномену, який формується як ствердження почуття власної гідності.

Ключові слова: почуття власної гідності, самовизначення, суспільна й моральна значимість, самодетермінація, соціалізація.

В умовах швидкого розвитку суспільства і його постійної модернізації людина весь час перебуває в умовах, де значною мірою розкриваються її індивідуально-психологічні якості. Крім того, все більшого значення набувають особистісні риси, адже положення в соціумі грає для людини важливу роль.

Психологічна наука не так давно звернула увагу на феномени, складні для аналізу, проте які становлять значну частину суб'єктивно пережитого людиною життя: щастя (М. Argyle, 1987), надію (К. А. Муздибаєв, 1992), довіру (Т. П. Скрипкіна, 1998), задрість (К. А. Муздибаєв, 1998), брехню (В. В. Знаков, 1999) та інші.

Останнім часом психологічна наука звернула увагу на дослідження такого феномену, який отримав назву «почуття власної гідності». Актуальність психологічного дослідження цього феномену обумовлена, перш за все, необхідністю спеціального психологічного знання про його природу й структуру для коректного застосування досліджуваного феномену у теоретичних і практичних галузях наук про людину.

М. Б. Сміт зазначає [6], що почуття власної гідності – це особливе моральне ставлення людини до себе, яке виявляється в усвідомленні своєї самоцінності й моральної рівності з іншими людьми. Це ставлення до людини інших людей, у якому визнається її безумовна значимість, відбиття єдності суспільного визнання цінності людини й суб'єктивного усвідомлення нею своєї суспільної й моральної значимості.

У такий спосіб, як слушно зауважує Д. О. Леонт'єв [3], у самому понятті «власна гідність» укладене сполучення суб'єктивного й об'єктивного компонентів. Як об'єктивний компонент можна розглядати оцінку суспільством конкретної якості людини як найбільш істотне для відбиття її гідності, а в якості суб'єктивного – усвідомлення нею своєї суспільної й моральної значимості.

Почуття власної гідності, відбиваючи усвідомлення людиною самоцінності, своєї оцінки суспільством, супроводжується позитивним емоційно-ціннісним відношенням до себе. Характерним для цього феномену залишається і те, що він формує на своїй основі базову особистісну якість – самовизначення.

Необхідність дослідження почуття власної гідності зумовлена, перш за все, особливостями сучасного стану нашого

суспільства, у якому зроблений акцент на розвиток особистості. Серед факторів, які впливають на взаємодію індивіда з дійсністю даний феномен посідає одне з перших місць, спрямовує дослідника на отримання цілісного уявлення про особистість.

Але, на жаль, проблема почуття власної гідності є ще недостатньо добре розробленою, зокрема у наукових працях вітчизняних психологів. Проте, досить добре висвітлені питання, які торкаються того поняття, яке є необхідним для дослідження почуття власної гідності – самовизначення. Зокрема на це вказують численні автори, які займалися дослідженнями проблеми самовизначення, а саме: В. Ф. Сафін, Г. П. Ников, К. О. Альбуханова-Славська, Е. Еріксон, А. К. Осницький, В. С. Мухін, І. І. Чеснокова, Б. Г. Анан'єв, Л. І. Божович, Н. С. Пряхников, С. Л. Рубінштейн і інші.

Метою статті є дослідження і виявлення основних характеристик почуття власної гідності на основі якого формується самовизначення як його проява.

Особистісне самовизначення має місце на рівні цінностей. Цінність же принципово позачасова. Задаючи людині уявлення про майбутнє, вона не співвідносить його з тимчасовою віссю, з хронологією, адже, згідно М. М. Бахтіна [2], то є зовсім інша розміреність – розміреність «смыслового майбутнього». У сьогоднішніх нестабільних, швидкозмінних умовах, людині доводиться нерідко перебудовувати всю смислову особистісну сферу, котра драматично проявляє себе у розпаді професійного «Я», у втраті сенсу буття, у відчутті втрати себе.

Згідно В. В. Століна [7], самовизначення – це розуміння самого себе, власних можливостей і прагнень, розуміння свого місця в людському суспільстві і свого призначення у житті.

У психологічному сенсі, самовизначена особистість – це суб'єкт, який усвідомив, чого хоче (зокрема сформував цілі, життєві плани, ідеали), що він може (свої можливості, схильності, обдарованості), ким він є (свої особистісні і фізичні властивості), що від нього хоче й чого очікує колектив, суспільство в цілому; суб'єкт, готовий функціонувати у системі суспільних відносин.

Як зазначають В. Ф. Сафін і Г. П. Ников [5], самовизначення є відносно самостійним етапом соціалізації, суть яко-

го полягає у формуванні у індивіда усвідомлення мети і сенсу життя, готовності до самостійної життєдіяльності на основі співвідношення своїх бажань, наявних якостей, можливостей і вимог, які пред'являються до нього з боку тих, хто оточує, і суспільства загалом.

С.Л. Рубінштейн[4] проблему самовизначення розглядає в контексті проблеми детермінації: будь-яка детермінація необхідна як детермінація іншим, зовнішнім, і як самовизначення (визначення внутрішніх властивостей об'єкта). Самовизначення виступає як самодетермінація, на відміну від зовнішньої детермінації. У понятті самовизначення, таким чином, виражається активна природа внутрішніх умов. Підкреслюється роль внутрішнього моменту самовизначення, вірності собі, неодностороннього підпорядкування зовнішньому. Більш того, сама специфіка людського існування полягає у мірі співвідношення самовизначення і визначення іншими (наприклад, умовами, обставинами), у характері самовизначення у зв'язку з наявністю у людини свідомості і дії. Самовизначення, що розуміється як самодетермінація, є, власне кажучи, механізмом соціальної детермінації, яка не може діяти інакше, як будучи активно заломленою самим суб'єктом у цій детермінації [4].

К.О. Абульханова-Славська[1] центральним моментом самовизначення виділяє також самодетермінацію, власну активність, усвідомлене прагнення зайняти конкретну позицію. Згідно її тверджень, самовизначення – це усвідомлення особистістю своєї позиції, яка формується усередині координат системи відносин. При цьому вона підкреслює, що від того, як складеться система відносин (до колективного суб'єкта, до свого місця в колективі і інших його членів), залежить самовизначення і суспільна активність особистості.

У зарубіжній психології як аналог поняття «особистісне самовизначення» виступає категорія «психосоціальна ідентичність», розроблена і введена до наукового обігу американським психологом Е.Еріксоном[8]. Формування відчуття ідентичності пов'язане з усвідомленням власної цінності і компетентності. Інакше – відбувається розмивання відчуття власного «Я» внаслідок розгубленості, сумнівів у можливості направити своє життя у певне русло.

Таким чином, почуття власної гідності – це особливе моральне ставлення людини до себе. Проявом такого почуття є усвідомлення власної самоцінності, своєї значимості й рівності з іншими людьми. Це стосунки людини з іншими людьми, і, насамперед, їхня оцінка особистості, у якій визнається її значимість і цінність. Тобто людина усвідомлює свою суспільну й моральну значимість.

Психологічний феномен «почуття власної гідності» має власну психологічну специфіку, що відбиває відношення до людини як до безумовної цінності.

Проведене теоретичне дослідження дозволяє визначити специфіку почуття власної гідності як феномена самосвідомості, властивого кожній людині, і як особистісної диспозиції, яка характеризує деяких людей і припускає певний рівень особистісного розвитку. Можна зробити висновки,

характеризуючи феномен почуття власної гідності як особистісну і соціальну цінність:

1. Психологічний феномен «почуття власної гідності» як особистісна цінність відбиває стійку схильність людини у своєму поведженні реалізовувати відношення до себе й до інших людей як до безумовної цінності.

Почуття власної гідності як феномен самосвідомості здійснює саморегуляцію поведження людини відповідно до рівня усвідомлення й переживання своєї безумовності цінності.

2. Особистість людини, якій притаманне почуття власної гідності, і є однією з найважливіших особистісних цінностей, відрізняється:

- стійким позитивним емоційно-ціннісним відношенням до себе;
- впевненістю у можливості досягнення власних цілей і відповідальністю;
- осмисленням життя і прагненням до саморозвитку;
- розвинутою здатністю до саморегуляції.

Самооцінка «почуття власної гідності» пов'язана з позитивною динамікою морального розвитку.

3. Почуття власної гідності виявляє себе в особливостях когнітивної, афективної та конативної сфер особистості.

Когнітивний компонент відображає усвідомлення безумовності цінності кожної людини. Емоційний – переживання власної цінності як безумовної. Конативний – регуляцію поведження відповідно з відношенням до себе й інших людей як до безумовної цінності.

Високий рівень розвитку усіх трьох компонентів становить специфіку почуття власної гідності як особистісної диспозиції. Усвідомлення безумовності особистісних і соціальних цінностей людини змінюється по мірі розвитку моральної свідомості особистості, тому люди на різних стадіях моральної свідомості розуміють почуття власної гідності і тип поведінки, який йому відповідає, по-різному.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абульханова-Славская К. А. *Деятельность и психология личности*. – М.: Наука, 1980.
2. Бахтин М. М. *К философии поступка // Философия и социология науки и техники. Ежегодник. 1984–1985*. – М., 1986.
3. Леонтьев Д. А. *Психология смысла*. – М.: Смысл, 2003.
4. Рубинштейн С. Л. *Проблемы общей психологии*. – М.: Педагогика, 1973.
5. Сафин В. Ф., Ников Г. П. *Психологический аспект самоопределения // Психологический журнал, 1984, №4. С. 62-81*.
6. Смитт М. Б. *Гуманизация социальной психологии*. – М.: Наука, 1974.
7. Столин В. В. *Самосознание личности*. – М.: Московский университет, 1983.
8. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис / Под ред. Толстых А. В.* – М.: Молодая гвардия, 1996.

phenomena, which is formed as an assertion of self-esteem.

Key words: self-esteem, self-determination, social and moral significance, socialization.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С ТАБАКОКУРЕНИЕМ

Баранова Ю.А., Аникина О.М.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Ключевые слова: табакокурение, личностные свойства, пятифакторная теория личности, социальное воздействие, направленность профилактических программ.

Резюме. В данной статье изучается проблема взаимосвязи личностных свойств и поведения, связанного с табакокурением на выборке студентов РязГМУ. В результате проведенного исследования, было выявлено отсутствие взаимосвязи между личностными свойствами человека, относящегося к юношескому возрастному периоду, и поведением, связанным с табакокурением. Мотивация приобщения к табакокурению среди представителей данной возрастной группы связана с воздействием окружения. В связи с этим, профилактические программы в борьбе с табакокурением в данной возрастной группе должны учитывать характерные особенности мотивационного аспекта приобщению к привычке. Проблема табакокурения в современном мире стоит на первом месте. Воздействия этого фактора риска на жизнь человека приводит не только к патологическим изменениям физиологической сферы, но и к изменениям в сфере психических процессов. В данном исследовании табакокурение определяется как сложная форма поведения, которая включает мотивационные аспекты, соответствующие ритуальные движения, обстановку, особенности во взаимоотношениях с другими людьми.

В работе Фернхем А. и Хейвен П., посвященной личности и социальному поведению, приводятся данные исследований ученых разных стран по проблеме взаимосвязи личностных свойств взрослого человека и поведения, связанного с табакокурением. Ученые утверждают, что личностные свойства человека, приобщившего себя к привычке табакокурения, выражаются в высокой степени экстравертированности, гиперактивности, импульсивности в поведении, эмоциональной неустойчивости, неспособности к адаптации [6].

Влияние поведения, связанного с табакокурением, на личностные свойства человека в студенческом возрасте остается недостаточно изученным. В связи с этим возникает необходимость учета индивидуально-психологических, возрастано-психологических и социально-психологических условий при определении направленности эффективных профилактических систем в борьбе с табакокурением в различные возрастные периоды.

Целью настоящего исследования является выявление характера взаимосвязи между поведением, связанным с табакокурением, и личностными свойствами на выборке студентов 1-2 курса факультета клинической психологии РязГМУ.

В качестве гипотез данного экспериментального исследования выступают следующие положения:

1. Существует взаимосвязь между личностными свойствами человека, относящегося к юношескому возрастному периоду, и поведением, связанным с табакокурением;
2. Представители данной возрастной группы, курящие табак, склонны к высокой степени экстравертированности, гиперактивности, импульсивности в поведении, эмоциональной неустойчивости, неспособности к адаптации.

Для экспериментального исследования использованы методики: анкета Д. Хорна «Почему вы курите?», Пятифакторный опросник личности П. Коста и Р. МакКрея (версия Х. Тсуйи, адаптация А. Б. Хромова). Полученные данные с помощью анкеты Д. Хорна позволяют определить преобладающий тип мотивации табакокурения для правильного выбора метода профилактического воздействия и прогнозирования степени выраженности абстинентного синдрома. Опросник П. Косты и Р. МакКрея, составленный на основе пятифакторной теории личности, которая включает измерения: экстраверсия-интроверсия; нейротизм; уживчивость; сознательность – несобранность; открытость-закрытость к новому опыту, является подходящим при описании элементов девиантного поведения, связанного с табакокурением.

Для экспериментального исследования был выбран 41 человек: 15 студентов 1 курса и 26 студентов 2 курса факультета клинической психологии Рязанского Государственного Медицинского Университета имени академика И.П.Павлова. В результате образовались две группы: курящие и некурящие испытуемые. Средний возраст испытуемых – 18 лет. В виду специфики факультета клинической психологии гендерные особенности в отношении данного исследования выявить не удалось. Исследование проводилось в два этапа: сначала на выборке студентов первого курса, затем на выборке студентов второго курса.

Для статистического анализа данных нами был использован критерий корреляции Спирмена и U – критерий Манна-Уитни.

Среди причин приобщения к привычке табакокурения среди студентов большое распространение имеют:

– «Ігра з сигаретою» – человек относится к атрибутам табакокурения как к аксессуарам, в данном случае человек курит часто за компанию;

– «Расслабление»- человек курит только в комфортных для него условиях. Наименьшее распространение получает причина «Рефлекс»- человек не осознает причин курения, не замечает самого факта табакокурения.

Как показывают результаты исследования мотивационных аспектов табакокурения с помощью анкеты Хорна, при приобщении к привычке среди представителей юношеского возрастного периода большое значение приобретает воздействие окружения. При этом подражание носит сознательный характер.

Результаты исследования отражают отсутствие взаимосвязи между личностными свойствами студентов и поведения, связанного с табакокурением.

Таким образом, мотивационные аспекты приобщения к табакокурению среди студентов и взрослых людей различны.

В связи с этим, профилактические программы в борьбе с табакокурением в данной возрастной группе долж-

ны учитывать характерные особенности мотивационных аспектов приобщению к привычке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александров А. А., Александрова В. Ю. Профилактика курения: роль и место психолога // *Вопросы психологии.* – 1999. – №4. – С. 35-42.
2. Александров А. А., Котова М. Б. Профилактика курения у подростков // *Вопросы психологии.* – 2008. – №2. – С. 55-61
3. Левшин В. Ф. *Курить или не курить (полезные советы для курящих и некурящих).* – М.: «Физкультура и спорт», 2002. – 160 с.
4. Радбиль О. С., Комаров Ю. М. *Курение.* – М.: Медицина, 1988. – 160 с.
5. Фернхем А., Хейвен П., *Личность и социальное поведение.*-СПб: Питер, 2001.-368 с.
6. Шаповалов К., Шаповалова Л. *Медико-социальные последствия курения табака и борьба с ним // ОБЖ.* – 2005. – №3. – С. 55-61.

INTERDEPENDENCE OF PERSONALITY AND BEHAVIOUR, RELATED TO SMOKING

Baranova J.A., Anikina O.M.

This article deals with a question of interdependence of personality and behavior, related to smoking, on the example of sampling group of students of RyazSMU (Ryazan State

Medical University). The investigation revealed absence of interdependence of the personality of a young person and his or her behavior, related to smoking. Motivation in getting a habit of smoking is conditioned by surrounding influence. Therefore when performing prevention programmes against smoking in the given age group it's necessary to take into account typical motivational peculiarities of getting this habit.

ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Н.Є. Іващенко*, О.К. Напрєєнко*, Г.М. Зільберблат**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології, м. Київ

**Комунальний заклад Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання», с.м.т. Глеваха

Ключові слова: шизофренія, реабілітація, функціональний діагноз у психіатрії, психотерапія при шизофренії, адаптаційно-компенсаторні механізми, інтегративний підхід.

Шизофренія є одним з найбільш важких та поширених психічних розладів, який часто набуває хронічного характеру, призводить до інвалідизації та має значний вплив на суспільне здоров'я.

У даний час у виникненні шизофренії та в її клінічних проявах істотно значення надається зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів [9, 13]. При цьому адаптація визначається як динамічний процес пристосування до змінених умов існування, метою якого є оптимізація функціонування організму (як складної системи) у взаємодії із середовищем, а компенсація – це реакція організму на перешкоду до адаптації, що покликана зберігати цілісність і життєво-важливі функції, надолужуючи функціональну недостатність пошкоджених елементів системи діяльністю непошкоджених елементів [5, 13]. В рамках цих уявлень шизофренія розглядається як діатез-стресорне захворювання. При цьому допускається існування динамічної сукупності біологічної вразливості як генетично зумовленої схильності до шизофренії, а також клінічно визначеного психопатологічного чи шизотипового «діатезу», тобто особливої чутливості організму до стимулів, що грають роль стресорів, під впливом яких розвивається хвороба. Цими стресорами можуть виступати або наднормальні подразники (тобто критичні життєві події), або мікроподії повсякденного життя, буденні психосоціальні впливи, що в «уразливих» індивідуумів призводять до перенапруження адаптаційних структур і обумовлюють тим самим порушення системи відношень особистості з навколишнім середовищем. У випадках, коли ситуація стресу проходить в умовах недостатності або виснаження захисних біологічних механізмів, відбувається прорив порогу вразливості і виникнення шизофренічного «діатезу», а далі – прорив бар'єру адаптації і маніфестація захворювання [6, 13, 18].

Окрім того, незаперечним є факт, що преморбідні властивості особистості впливають на структуру психопатологічних переживань, а феноменологічний аналіз психозу підтверджує уявлення про наявність механізмів реагування особистості в розвитку патологічного процесу. Особистість активно бере участь у синдромогенезі в тісній взаємодії з психотравмуючими переживаннями та факторами соціально-культурального середовища, тому її не

можна розглядати як пасивний суб'єкт, у якого розвивається захворювання [14, 16].

Т.А. Кафаров наголошує на важливому значенні особливостей клініко-психопатологічних проявів розладів самосвідомості при шизофренії у вирішенні лікувально-реабілітаційних завдань [11]. В.Д. Від феномени порушень внутрішньої картини хвороби відносить до основних мішеней психотерапевтичної корекції при шизофренії [2].

З іншого боку, хоч відповідна медикаментозна терапія значно редукує психопатологічну симптоматику у більшості хворих на шизофренію, багато з них залишаються резистентними до препаратів, а інші навіть після редукації симптомів лишаються неспроможними у професійній діяльності та іншому соціальному житті. Негативні симптоми шизофренії недостатньо піддаються дії антипсихотиків, порівняно з галюцинаціями, маячними ідеями чи іншими розладами мислення. Лікарські препарати також не сприяють виробленню життєвих навичок та вмінно долати стрес. Більшість хворих на шизофренію повинні засвоїти чи відновити навички соціального функціонування, необхідні для виживання у суспільстві [4].

З цього випливає, що навіть позитивний результат біологічної терапії не може бути фіналом курації хворих, на його під'рунті має бути розгорнута диференційована реабілітаційна програма, що дозволить використати максимум збережених у хворого компенсаторних можливостей [1, 13].

Концепція реабілітації хворих на шизофренію за роки її існування істотно еволюціонувала. Початкове уявлення про реабілітацію як про завершальну фазу медичної діяльності поступилося місцем більш широкому розумінню її як напрямку сучасної медицини, і, одночасно – багатоетапного динамічного процесу, що має на меті відновлення особистих якостей і соціального статусу хворого [1, 8, 19].

М.М. Кабанов визначає реабілітацію як систему заходів (державних, економічних, медичних, психологічних, соціальних та інших), спрямованих не лише на оптимальне пристосування хворого до життя і праці, але й на попередження того чи іншого дефекту (інвалідності). Цей автор характеризує реабілітаційний підхід чотирма основними положеннями: принцип партнерства; різнобічність (різноплановість) зусиль, впливів та заходів, спрямованих на різні сфери життєдіяльності реабілітованого; принцип

єдності біологічних (медикаментозне лікування, фізіотерапія та ін.) і психосоціальних (психотерапія, трудова терапія та ін.) методів впливу; ступінчастість [8].

Згідно І.Й.Влох, Л.В.Животовської та ін., основний зміст реабілітаційної роботи на сучасному етапі визначається повагою до пацієнта, максимальним заохоченням його до самостійності і активності, мінімальним обмеженням його свободи і поступовим відновленням функцій, втрачених через хворобу. Це досягається психотерапевтично-орієнтованим характером відносин, створенням атмосфери взаємної довіри між пацієнтом і медичним персоналом. Основною роботою з пацієнтами є використання індивідуального підходу в поєднанні з комплексністю лікування та співпрацею з родиною пацієнта [3].

В англійській літературі ми знаходимо досить широкі картини психіатричної реабілітації. Цим терміном називають відновлення громадянського статусу клієнтів (мета), надання підтримки та навчання навичкам (метод), прагнення спеціалістів, що надають допомогу, зосередитись на потребах і цілях пацієнта (установка), а також перехід від стаціонарної системи надання допомоги до поза-лікарняної (організація допомоги). Багато авторів підкреслюють, що в практичній роботі необхідно враховувати усі ці компоненти [3, 4, 15].

У світі розроблені різні підходи до реабілітації. Роботи американського психіатра Liberman (Лос-Анджелес) обґрунтовують підхід, орієнтований на порушення, скарги, вирішення проблем, клієнту в даному випадку відводиться лише роль пацієнта. Liberman зосереджується на причинних зв'язках між інтенсивністю психопатологічної симптоматики та рівнем функціонування. На його думку, між лікуванням і реабілітацією немає принципової відмінності. Невід'ємними частинами лікувально-реабілітаційної програми, розробленої цим автором, є: медикаментозне лікування, методи когнітивної терапії, навчання розпізнаванню психопатологічної симптоматики та ефективному реагуванню на неї, опанування навичок, необхідних для виконання різних соціальних ролей, психіатрична просвіта родичів та організація мобілізуючої соціальної підтримки. Школа Anthony (Бостон), навпаки, чітко розмежовує лікування (мінімізацію проявів захворювання) і реабілітацію (збільшення проявів здоров'я). В основі цього підходу знаходяться бажання чи потреби хворого, його розвиток та навчання, при цьому клієнт є учасником навчального процесу. Під час діагностики визначаються функціональні можливості та ресурси хворого. Основне завдання – навчити клієнта, у міру можливостей, ставити перед собою цілі та прагнути їх реалізувати. При цьому створення ефективної системи медичного обслуговування має бути заснованим на тому, що саме, на думку видужуючих, виявилось корисним чи цінним. У британській традиції (Bennet, Shepherd) робиться акцент на відповідному «протезуванні» навколишньої обстановки, яка буде підходити для конкретного клієнта, незважаючи на його соціальну недостатність, на здійсненні підтримки та створенні передумов до його соціального функціонування. З точки зору клієнта, цей підхід враховує місце, час і людей, з якими він контактує в процесі досягнення своїх цілей, у тому числі усунення порушень. Втручання спрямовані на інтегра-

цію клієнта в навколишнє середовище та на здатність успішно функціонувати в ньому [4, 19, 21].

Однак для таких різних підходів є і загальні характеристики: акцент на позитивному розвитку особистості та ре-адаптації; довірливі взаємовідносини між спеціалістом та пацієнтом; залучення хворого до процесу формулювання цілей та планування роботи; проведення реабілітаційних заходів саме в тому оточенні, в якому пацієнт відчуває найбільшу потребу в підтримці; поєднання опанування навичок самостійного життя та адаптації до оточення; доступність медико-соціальної підтримки протягом всього періоду, коли пацієнт її потребує.

У концепції реабілітації, що передбачає інтегративний підхід до оцінки стану хворого, важливим є питання про функціональний діагноз у психіатрії. Функціональний діагноз складається з нозологічної, психологічної та соціальної частин. Лікаря при складанні програми реабілітації пацієнта важливо знати не лише «назву» хвороби (нозологічний і синдромологічний діагнози), але і те, у кого (якої особистості) і в якому соціальному мікросередовищі ця хвороба розвивається. Сучасні форми індивідуальної та групової психотерапії, так само, як і соціотерапії, не можуть застосовуватись без адресованості до особистості пацієнта [8].

В зв'язку з недостатністю інформації, що надається традиційною психопатологічною діагностикою, для вирішення дослідницьких задач, В.Д. Відом була розроблена карта функціонального діагнозу, що містить 313 ознак, за якими можуть бути виявлені порушення в найважливіших життєвих сферах: виробнича діяльність і освіта, міжособистісні стосунки, шлюб та виховання дітей, відносини з батьками, сексуальні та партнерські відносини, активність вільного часу, організація повсякденного життя. Окрім того, можливість загальної кількісної оцінки передбачена також для наступних розділів функціонального діагнозу: гострота психопатологічних проявів, усвідомлення хвороби, інсайт на захворювання, фактори порушення внутрішньої картини захворювання, відношення до лікування, дезадаптуючі інтрапсихічні конфлікти, інсайт на них, мотивація до їх вирішення, соціальна перцепція, самооцінка, рівень домагань, реалізація соціальної компетенції у родині, на виробництві, у сфері вільного часу, сексуальній сфері; відношення родини до хвороби та лікування, вплив взаємодії в родині, мікросоціального оточення, сексуальних партнерів [2].

В.Ентоні висуває поняття «реабілітаційного психіатричного діагнозу», який встановлюється за активною участю пацієнта та складається з чотирьох основних блоків:

1. Блок оцінки рівня функціональної недостатності пацієнта в когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах.
2. Блок оцінки соціально-психологічних ресурсів чи реабілітаційного потенціалу пацієнта (ресурсна система особистості).
3. Блок оцінки ресурсів підтримки пацієнта у суспільстві.
4. Блок визначення кінцевої (індивідуальної) мети реабілітації [19].

В чому ж полягають особливості шизофренії як об'єкту реабілітаційних та психотерапевтичних впливів?

Коцюбинський А.П., Зайцев В.В. виділяють наступні фактори:

- Значна психічна дезінтегрованість пацієнта;
- Наявність позитивної та негативної симптоматики;
- Надмірність для пацієнта нормативних стресів середовища;
- Наявність для пацієнта серйозних негативних соціальних наслідків;
- Високе навантаження для мікросоціального (головним чином сімейного) оточення у зв'язку з проявами захворювання у пацієнта.

Відповідно до цього, головні завдання психотерапії при шизофренії полягають у: 1) попередженні загострення; 2) компенсації негативної симптоматики; 3) зниженні рівня стресогенності мікросоціального оточення по відношенню до хворого; 4) подоланні соціальних наслідків захворювання; 5) психологічній адаптації соціального оточення, що контактує з хворим; 6) корекції спотворених мотиваційних структур за допомогою специфічних моделей психоаналітичної терапії [12].

Як вказує А.Б. Холмогорова, основними підходами в психотерапії шизофренії на даний час є психодинамічний та когнітивно-біхевіоральний. Як допоміжні в лікуванні шизофренії можуть використовуватись методи, що об'єднуються під загальною назвою експеріментальних (орієнтованих на переживання) – клієнт-центрована терапія, гештальт-терапія, психодрама, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, а також підтримуюча терапія і терапія середовищем [17].

Серед методів психосоціального реабілітаційного втручання В.А. Абрамов виділяє: індивідуальний менеджмент (ведення індивідуального випадку захворювання); тренінг соціальних навичок; психоосвітні програми для пацієнтів з психічними розладами; когнітивно-поведінкову терапію; комплайнс терапію; сімейну терапію; підтримуючу психосоціальну терапію; терапію зайнятості (ландшафтотерапія, терапія ремінісценціями, дозвілля і хобі, адаптація навколишнього середовища, фізична активність) [1].

Стан психіатричної реабілітації в Україні не можна вважати відповідним міжнародними стандартами. Згідно з досліджень Л.Н.Юр'євої, вітчизняна психіатрична служба має такі культуральні характеристики:

- Орієнтація на стаціонарне обслуговування пацієнтів;
- Переважно біологічна орієнтація в субкультурі психіатрів;
- Патерналістський стиль спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, підлеглими;
- Практична відсутність знань у галузі етики і права, а також навичок щодо їх використання;
- Відсутність комунальної (громадської) психіатрії й інфраструктури, що забезпечувала б її успішне функціонування;
- Відсутність досвіду в створенні та продуктивній взаємодії з громадськими організаціями родичів і користувачів психіатричних послуг;
- Відсутність інституту соціальних працівників у сфері охорони психічного здоров'я [20].

За твердженням В.А.Абрамова, в Україні «в цілому психіатрична допомога не орієнтована на біопсихосоціальну модель психічних розладів, задоволення потреб пацієнта і підвищення його соціальної компетентності. Це породжує такі негативні феномени, як стигматизація та дискримінація, соціальна ізоляція та госпіталізм, недотримання лікувального режиму і низька якість життя хворих. Прояви їх життєвої активності нерідко зводяться до край обмеженого набору, в якому домінують участь у лікуванні і взаємодія з офіційною системою психіатричного обслуговування... Кардинальні зміни в організації допомоги хворим на шизофренію можуть відбутися лише тоді, коли основоположною концепцією і змістом соціальної політики держави стане інтегративний підхід, що включає біологічне лікування і психосоціальну реабілітацію, як загальну стратегію, що охоплює усі сфери життя хворого та його соціальне функціонування» [1].

При впровадженні в Україні сучасних зарубіжних методів психіатричної реабілітації необхідно брати до уваги, що основні принципи і методи реабілітації у більшості країн світу створювались в умовах деінституціоналізації, тому основний наголос робиться на амбулаторному компоненті реабілітації. В Україні ж залишається розвиненою система стаціонарної підтримки. В цьому є свої переваги й недоліки, але головне – методи і принципи, розроблені зарубіжними колегами, не можуть застосовуватись у наших умовах без їхньої ґрунтовної переробки та адаптації.

На сьогодні лишаються невирішеними наступні задачі у сфері реабілітації хворих на шизофренію:

1. Визначення оптимального співвідношення біологічних та реабілітаційних методів у період загострення патологічної симптоматики та розробка комплексу реабілітаційних втручань, що можуть використовуватись на рівні стаціонару.
2. Розвиток амбулаторної ланки психіатричної служби.
3. Створення організаційної структури системи психосоціальної реабілітації.
4. Впровадження поліпрофесійних бригадних форм обслуговування хворих на шизофренію.
5. Подолання патерналістського типу відношення медичного персоналу до хворих на шизофренію, перехід від розглядання пацієнта як об'єкта психіатричної допомоги до відношення до нього як до суб'єкта лікувально-реабілітаційного процесу.
6. Боротьба зі стигматизацією та самостигматизацією психічно хворих.
7. Подолання негативних наслідків госпіталізму [1, 4, 7, 9].

Для вирішення цих задач нами проводиться дослідження внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з шизофренією, подальше вивчення їх функціонального та реабілітаційного діагнозу, із урахуванням цих даних оцінюється ефективність спеціально розробленого комплексу диференційованих реабілітаційних заходів, придатних до використання в умовах сучасного стаціонару та амбулаторної мережі нашої країни.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоціальна реабілітація больных шизофренією: Монографія. – Донецьк, 2009. – 584 с.
2. Вид В.Д. Психотерапія шизофренії (2-е изд.). – СПб., 2001. – 432 с.
3. Влох І. Й., Животовська Л. В., Білобрівка Р. І., Панаєв А. Р., Петрина Н. Ю. З історії Світової та Всеукраїнської Асоціації з психосоціальної реабілітації // *Медицинские исследования*. – 2001. – Т. 1, № 1. – С. 82-83.
4. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжёлых психических заболеваниях / Под редакцией Я. ван Вингель. Пер. с англ. под общ. ред. А.И.Абессоной. – К., 2002. – 600 с.
5. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления. – М., 1987. – 176 с.
6. Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) // *Российский психиатрич. журнал*. – 1998. – № 3. – С. 31-37.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
8. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // *Медицинские исследования*. – 2001. – Т. 1, № 1. – С. 9-10.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире // *Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. – 1995. – № 4. – С.175-182.
10. Карвасарский Б.Д. Энциклопедия психотерапии. – М., 1998. – 568с.

11. Кафаров Т.А. Феноменология и систематика самосознания на манифестном этапе шизофрении // *Соц. и клин. психиатр.* – 2000. – Т. 10, № 2. – С.72-74.
12. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Семейная психотерапия психически больных: Пособие для врачей. – СПб., 2004. – 34 с.
13. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксёнова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения. Уязвимость-диатез-стресс-заболевание. – М., 2004. – 336 с.
14. Савченко В.И. Личность и ее отражение в содержании психоза // *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова*. – 1991. – Т. 91, № 1. – С. 117-120.
15. Уорнер Р. Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации / Пер. с англ. С.Алёшиной. – К., 2004. – 198 с.
16. Фільц О.О., Лобас Ю.М. Нозогенні реакції у хворих на шизофренію: клінічна концепція та підходи до лікування // *Медицина світу*. – 2002. – С.1-14.
17. Холмогорова А.Б. Психотерапія психічних розстройств: сучасний стан і основні тенденції розвитку // *Сучасна терапія психічних розстройств*. – 2006. – №2.
18. Циркин С.Ю. Концептуальна діагностика функціональних розстройств при шизофренії: діатез і шизофренія // *Соціальна і клінічна психіатрія*. – 1995. – № 2. – С.114 -118.
19. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – К., 2001. – 278 с.
20. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К., 2002. – 314 с.
21. Roberts G., Wolfson P. Новое понимание выздоровления: оно возможно для всех // *Обзор современной психиатрии*. – 2006. – №2 (28). – С. 38-50.

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.Е. Иващенко*, А.К. Напреенко*, Г.М. Зильберлат**

*Национальный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии, г.Киев

**Коммунальное заведение Киевского областного совета «Областное психиатрически-наркологическое медицинское объединение», п.г.т. Глеваха

Резюме. В статье рассматриваются разнообразные аспекты реабилитации пациентов с шизофренией: предпосылки её эффективности, современные подходы в Украине и за рубежом, принципы её применения, задачи и методы. Затрагивается вопрос о функциональном диагнозе в психиатрии. Обсуждаются особенности шизофрении как объекта психотерапевтических и реабилитационных влияний. Дается характеристика современного состояния реабилитационной службы в Украине, её проблем и нерешённых задач.

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, функциональный диагноз в психиатрии, психотерапия шизофрении, адаптационно-компенсаторные механизмы, интегративный подход.

PROBLEM OF REHABILITATION FOR PATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA

N. Ivashchenko*, O. Napryeyenko*, G. Zilberlat**

*National Medical University, Department of Psychiatry and Narcology, Kyiv

**Communal Institution of Kyiv Regional Council "Regional Psychiatric and Narcologic Medical Association", Glevakha

Summary. In this article different aspects of rehabilitation for patients with schizophrenia are examined, including prerequisites of its efficiency, current approaches to rehabilitation in Ukraine and abroad, principles of application, targets and methods. The question of functional diagnosis in psychiatry is considered. The particularities of schizophrenia as object of psychotherapeutic and rehabilitational influences are discussed. Description of current state of rehabilitation in Ukraine, its problems and undecided tasks is given.

Key words: schizophrenia, rehabilitation, functional diagnosis in psychiatry, psychotherapy of schizophrenia, adaptational-compensational mechanisms, integration approach.

ИССЛЕДОВАНИЕ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ЖИЗНЕННОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ У ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е.В. Вирман, Т.В. Калашникова

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: смысложизненные ориентации, смысл жизни, жизненная удовлетворенность, возрастной аспект, жизненные ценности.

Резюме. Проблема изучения смысла жизни приобретает большое значение, так как современный этап развития человечества связан с определенными трансформациями классических ценностных ориентиров, на основе которых перестраиваются и качества личности. Общий показатель осмысленности жизни, а также уровень жизненной удовлетворенности выше у людей в возрасте от 45 до 50 лет, низкие показатели по обоим методикам в группе 27-30 лет. В результате исследования выяснилось, что испытуемые с высоким уровнем удовлетворенности жизнью отличаются более высоким уровнем осмысленности жизни и смысложизненных ориентаций, следовательно, уровень жизненной удовлетворенности возможно повысить при помощи терапевтических техник, направленных на поддержку клиента в поиске смысла жизни.

Современный период в истории человечества тесно связан с социокультурным кризисом, вызывающим определенные трансформации классических ценностных ориентиров. Ценности жизни и смысложизненных ориентации привлекают в последние годы все больше внимания не только социологов, но и психологов. Проблема изучения смысла жизни приобретает большое значение, так как в различных периодах развития возникают новые ориентации, на основе которых перестраиваются и качества личности, то есть смысложизненные ориентации выступают в качестве личностнообразующей системы и связаны с развитием осознания положения собственного «Я» в системе общественных отношений (социальное здоровье) (5).

Человек не может жить вне смысла. Без субъективного смысла жизнь человека теряет свою ценность, снижается уровень жизненной удовлетворенности. В. Франкл убедительно показывает, какое важное место в жизни человека занимает проблема смысла жизни и его поиска. Смысл жизни, высшие ценности, нравственные чувства и переживания – это есть проявления духовности человека, а значит его психологического и социального здоровья (6).

Целью данной работы стало выявление взаимосвязи между смысложизненными ориентациями и жизненной удовлетворенностью у людей, относящихся к разным возрастным группам. Связь между поведенческой составляющей ценностных систем и удовлетворенностью личности двояка. С одной стороны, эталонные представления о «хорошей жизни» содержат определенную иерархию ценностей, системообразующим фактором которой является смысл, с другой, – доступность этого смысла, очевидно, выступает фактором комфорта, удовлетворенности.

Существуют различные подходы в понимании смысла в психологии. В ранних психодинамических теориях личности З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга и другими авторами (В. Франкл, Дж. Ройс, Ф. Феникс) смысл рассматривается как интегративная основа личности. К. Левин, Э. Толмен изучали смысл как структурный элемент сознания и деятельности. В отечественной психологии смысл изучался в русле деятельностного подхода (Л.С. Выгодский, А.Н. Леонтьев, А.Г. Асмолов). Однако проблема смысла находится в состоянии развития, так как имеется нерешенная задача, а именно интеграция различных представлений в единую общетеоретическую модель (4).

Практическая значимость исследования заключается в том, что выявление смысложизненной ориентации и ее взаимосвязь с жизненной удовлетворенностью личности дает возможность наметить основные подходы к осмыслению такой важной проблемы современного социокультурного процесса как выработка эффективного механизма взаимодействия человека с миром, позволяющего повысить результативность социально и культурно значимых жизненных стратегий индивидов в современных условиях.

Для процедуры исследования смысложизненной ориентации и жизненной удовлетворенности у людей различных возрастных групп использовался «Тест смысложизненных ориентаций» (Леонтьев Д.А. и др., 1992) и методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (Н.В. Панина). Полученные результаты были подвергнуты математической обработке с использованием коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена (для выяснения влияния осмысленности жизни на уровень жизненной удовлетворенности) и S – критерия Джонкира (для анализа

зависимости уровня жизненной удовлетворенности от возраста людей).

Статистический анализ результатов исследования позволил выявить, что тенденция распределения показателей уровня жизненной удовлетворенности у трех групп случайна. Мы можем сказать, что общий показатель осмысленности жизни (ОЖ) выше у людей в возрасте от 45 до 50 лет по сравнению с другими возрастными группами. Цели в жизни (Цели) характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемых целей, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Высокие баллы (группа 45-50 лет) характеризуют не только целенаправленность, но и обозначают существование планов на будущее. Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни (Процесс); высокие показатели имеет группа 45-50 лет, что характеризует удовлетворенность жизнью в настоящем. Группы 18-20 и 27-30 лет имеют средние показатели. Шкала «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» (Результат) отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение насколько продуктивна и осмысленна прожитая ее часть. Высокие показатели принадлежат возрастной группе от 45 до 50 лет, отражая то, что прошлое способно придать смысл жизни. Локус контроля – Я (ЛК – Я). Все группы характеризуются представлением о себе как обладающие достаточной свободой выбора, чтобы построить жизнь в соответствии с целями и представлениями о ее смысле. Группы от 18 до 20 и от 27 до 30 лет имеют средние показатели по управляемости жизнью, в то время как группу от 45 до 50 лет характеризует убеждение, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Мы провели анализ корреляционных зависимостей между показателями методик «Индекс жизненной удовлетворенности» и «Тест смысло-жизненных ориентаций», с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Интерпретация полученных данных позволяет сделать вывод, что между общим показателем осмысленности жизни и индексом актуального психологического благополучия существует прямая корреляционная связь ($p < 0,01$), то есть гипотеза, предполагающая, что чем выше уровень жизненной удовлетворенности, тем выше осмысленность жизни подтверждена. Можно сказать, что осмысленность человеческой жизни непосредственно сопряжена с ощущением счастья, общей удовлетворенностью собственным бытием. Тем самым косвенно подтверждается предположение В. Франкла, о том, что в ходе поиска и реализации человеком смысла собственной жизни он обретает счастье. Таким образом, для повышения уровня удовлетворенности жизнью необходимо применять различные техники, помогающие клиенту в поиске смысла жизни, а также проверяющие смысл жизни на конструктивность и реалистичность, то есть способность и умение человека его реализовывать.

По результатам проведенного теста «Индекс жизненной удовлетворенности» наибольшую жизненную удовлетворенность испытывает возрастная группа 45-50 лет.

Группа 18-20 лет имеет средний показатель, а группа 27-30 лет имеет пониженный индекс жизненной удовлетворенности. В курсовой работе представлены исследования различий в уровне жизненной удовлетворенности у людей разных возрастных групп, с помощью S – критерия тенденций Джонкира. Анализ полученных данных позволяет прийти к заключению о том, что уровень жизненной удовлетворенности не зависит от возраста человека, таким образом, гипотеза, предполагающая, что у людей от 18 до 20 лет уровень жизненной удовлетворенности выше, чем у людей 45-50 лет не подтвердилась.

В результате проведенного исследования оказалось, что между такими ключевыми аспектами позитивного функционирования личности как осмысленность жизни и психологическое благополучие личности существует связь, имеющая характер высокозначимой прямой корреляционной зависимости, то есть испытуемые с высоким уровнем удовлетворенности жизнью отличаются более высоким уровнем осмысленности жизни и смысло-жизненных ориентаций. Таким образом, уровень жизненной удовлетворенности можно повысить при помощи терапевтических техник и методик, направленных на поддержку клиента в поиске смысла жизни и определении смысло-жизненных ориентаций. При этом анализ полученных данных позволяет прийти к заключению о том, что возрастной аспект не влияет на уровень жизненной удовлетворенности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аверин В.А. Психология личности: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 192 с.
2. Аржайл М. Психология счастья: Пер. с англ. / Общ. Ред. и вступ. Ст. М. В. Кларина. – М.: Прогресс, 2004. – 272с.
3. Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. – М.: Наука, 1976. – 380 с.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 674 с.
5. Суртаев В.Я. Социокультурное пространство молодежи: методология, теория практика. – СПб.: Издание Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств, 2006. – 272 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 398 с.
7. Чудновский В.Э. Проблема структуры смысла жизни как психологического феномена // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни. М.: ПИ РАО, 2001. – с. 177–199.
8. Единое образовательное пространство как фактор формирования и воспитания личности. Материалы 3-й Всероссийской студенческой научной конференции, 21-22 мая 2009 года/науч. ред. И.Ю. Нефедова; Ряз. гос. ун-т им. С.А.Есенина. – Рязань, 2009. – 172 с.
9. Психологические проблемы смысла жизни и акме. Материалы XI симпозиума. – Под ред. Г.А. Вайзер, Е.Е. Вахромова – 2006. – 169 с.

**INVESTIGATION OF ORIENTATION IN SEARCH
FOR MEANING IN LIFE AND OF LIFE
SATISFACTION IN PEOPLE OF DIFFERENT AGE
GROUPS**

Virman E.V., Kalashnikova T.V.

The problem of search for meaning in life is becoming an acute one, as at the modern stage of its development the mankind is undergoing certain transformations of classical

value orientation, which serves as the basis for personal transformation too. General index of life meaningfulness, as well as the level of life satisfaction is higher in people aged 45-50, while this index is low in people aged 27-30. The investigation revealed that people being tested with high level of life satisfaction have a higher level of life meaningfulness and of orientation in search for meaning in life. Therefore the level of life satisfaction can be raised with the help of therapeutic methods, designed for maintenance of the search for meaning in life in the patient.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЧАСТОТИ ПОЯВИ ІНСАЙТУ ВІД НАДАННЯ СТОРОННІХ НЕПРЯМИХ ПІДКАЗОК ТА ВИКОРИСТАННЯ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОСВІДУ

Науковий керівник: Максименко С. Д., Максименко К. С.

Автори: Вовк В. В., Гриб Ю. В.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця.

Медико-психологічний, стоматологічний факультети.

Ключові слова: *Обдарованість, інсайт, творчість, креативність, непрямі сторонні підказки, попередній досвід.*

Підняте нами питання вбачається нам актуальним через те, що Україна, як молода держава має гостру потребу в молодих талановитих людях, які б активно долучалися до розвитку усіх сфер функціонування нашої країни, зокрема науково-технічної сфери розвитку.

А існування відповідного закону (Указ президента України №926/2010 «Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні» частина 3, пункт 2, підпункт «а»), «Поліпшення роботи з обдарованою молоддю») слугує нам додатковим підґрунтям для подальшого поглиблення розгляду цієї теми.

Видатні наукові досягнення – продукт системи освіти, яка розвиває у людини творчі здібності. Розширення знань, сфер пізнання, зростання числа професій – гальмо освітньої системи. Одже виникає потреба в дослідженні структури, функцій та шляхів розвитку універсальних творчих сил, завдяки чому можна буде швидко і якісно переучуватися, здобувати нову професію (С. Д. Максименко, К. С. Максименко).

Важливим фактором в проявленні задатків і формуванні здібностей є креативне середовище, що оточує учнів та студентів (Д. О. Леонтьєв, Я. О. Пономарьов, С. Л. Рубінштейн).

Значне місце в актуальності даної проблеми також має вплив рівня творчих здібностей населення на формування системи «Я-Ноосфера» (С. Д. Максименко).

Метою та задачами наступної роботи було поставлено теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити залежність прояву інсайту від надання сторонніх непрямих підказок та використання попереднього досвіду.

Для проведення роботи використовувалися такі методи: емпіричні (креативні задачі, що вимагають творчого підходу), якісні (аналіз і синтез даних, їх систематизація та порівняння з результатами інших досліджень).

Задачі, що були використані для дослідження виникнення інсайту були запропоновані Я. О. Пономарьовим в його визначному труді «Психологія творчості».

За основу нами були взяті: задача 9-ти точок із включенням сторонніх непрямих підказок, як стимулюючого фактору виникнення інсайту.

Для вивчення впливу попереднього досвіду та його механізмів на появу інсайту студентам було запропоновано задачу 16-ти точок. Після виконання більш простої задачі 9-ти точок.

Формулювання першої задачі: «З'єднайте 9 точок чотирма прямими лініями не відриваючи руки від паперу», друга задача звучить аналогічно, але дається шість прямих ліній.

Стороння непрямі підказка полягала у проведенні експериментатором лінії по аркушу досліджуваного, з виходом за межі сторінки.

Особистий внесок автора полягає у дослідженні таких явищ під час проведення експерименту, як поява принципово нових, креативних шляхів розв'язання запропонованих задач, та виявлення феномену «зацикленості», після усунення якого досліджувані практично відразу знаходили вирішення задачі.

В експерименті приймали участь студенти 1-2 курсів НМУ імені О. О. Богомольця, медико-психологічного, стоматологічного, та медичних факультетів.

Вибірка складає 40 чоловік, з яких 20 – контрольна група, і 20 експериментальна група.

Студентам із контрольної групи було запропоновано вирішити завдання без сторонньої непрямої підказки.

А експериментальна група отримала підказку на другій хвилині роботи над задачею.

Студенти, що вирішили завдання одразу виходили із кімнати.

В результаті проведення дослідження було отримано такі результати:

В експериментальній групі всі 20 досліджуваних успішно вирішили обидві задачі.

Час, витрачений на вирішення склав від однієї до 40-ка хвилин на першу задачу, та від 30 секунд до 50 хвилин на вирішення другої задачі.

У контрольній групі 14 студентів самостійно вирішили подані задачі, 6 студентів, після 90 хвилин роботи, не змогли самостійно вирішити задачу.

Час, на вирішення першої задачі склав від 15 до 90 хвилин, на вирішення другої, після успішного вирішення першої – від 1 хвилини до 30 хвилин.

Також, було виявлено такі факти, 3-є студентів із експериментальної групи запропонували вирішення задачі принципово новим, креативним способом, не обмежуючи себе не тільки простором, а й кількістю рухів ручки по одній і тій же лінії, а також геометричними властивостями точки за сучасною математичною парадигмою.

Другим цікавим фактом є виявлення феномену «заикленості» у деяких досліджуваних (вони не могли вирішити задачу, а після того, як їх відволікали будь яким довільним чинником, робили її за дуже короткий строк у 10-20 секунд).

Ці два феномени потребують подальшого більш глибокого дослідження.

Отже, провівши вищеописаний експеримент ми частково довели гіпотезу про позитивний вплив непрямих сторонніх підказок на швидкість виникнення інсайту, та на появу його взагалі.

Також було доведено, що попередній досвід має також значний вплив на ймовірність виникнення інсайту, але не всі

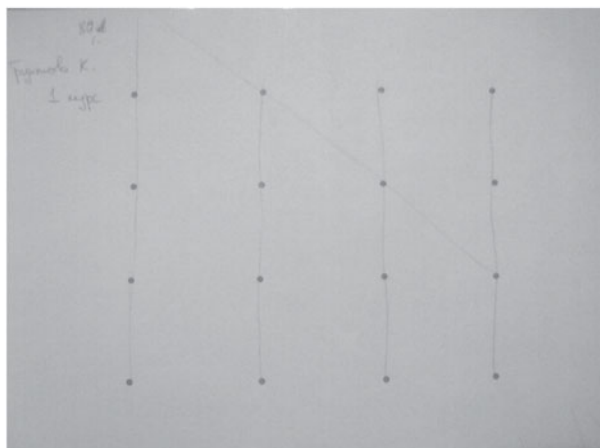
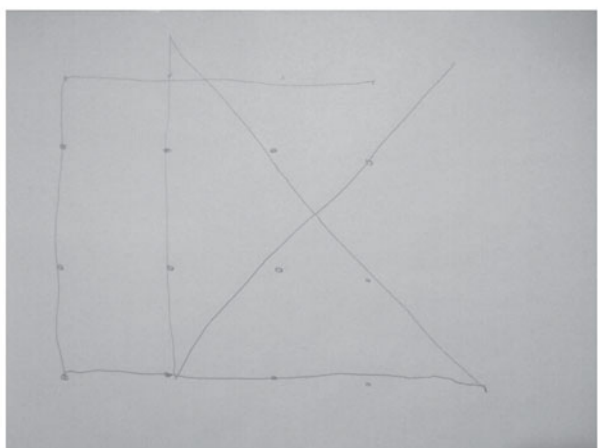
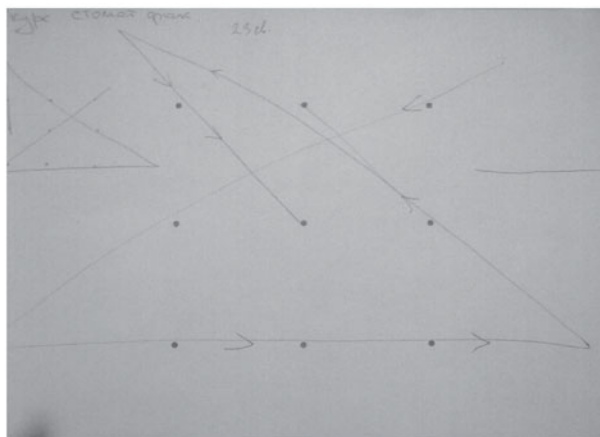
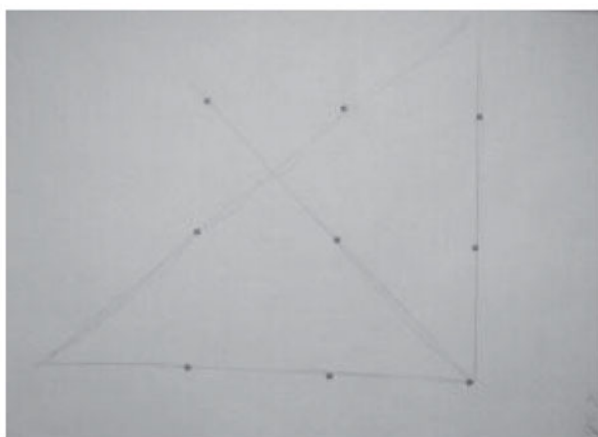
студенти ним користувалися, деякі витратили більше часу, але вирішили другу задачу способом, відмінним від першого.

Так перед нами постає проблема розробки ефективних сторонніх підказок для стимулювання креативності вирішення проблеми, та у розробці методики по навчанню користуватися своїм попереднім досвідом.

Для наглядності ми вибрали найбільш рельєфні результати, що демонструють механізм виникнення інсайту та вплив на нього вищезрозглянутих факторів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. С. Д. Максименко, *Загальна психологія, Київ, 2008.*
2. Я. А. Пономарев, *Психологія творчества, Москва, 1976.*
3. С. Л. Рубинштейн, *Основы общей психологии, Санкт-Петербург, 2007.*
4. Н. Н. Николаенко, *Психологія творчества, Москва, 2005.*



Резюме: целью и задачами следующей работы было поставлено теоретически обосновать и эмпирически проверить зависимость проявления инсайту от предоставления посторонних непрямых подсказок и использования предыдущего опыта. Целью и задачами следующей работы было поставлено теоретически обосновать и эмпирически проверить зависимость проявления инсайту от предоставления посторонних непрямых подсказок и использования предыдущего опыта.

Summary. The purpose and problems of the following work has been put to prove theoretically and empirically to check up dependence of display insight from granting of extraneous indirect helps and use of the previous experience. The purpose and problems of the following work has been put to prove theoretically and empirically to check up dependence of display insight from granting of extraneous indirect helps and use of the previous experience.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА РІЗНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

А.В. Галуцинська, Л.О. Безруков, Н.К. Богоуцька, О.Я. Чепура

Науковий керівник – професор, д.мед.н. Л.О. Безруков

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф. – професор, д.мед.н. О.К. Колоскова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діти, психологічні особливості, бронхіальна астма, не"еозинофільний" тип запалення.

Вступ. Проблема бронхіальної астми (БА) є однією з найбільш актуальних у сучасній педіатрії, що обумовлено зростанням її розповсюдженості, частки тяжкого перебігу, ймовірністю летальних випадків під час астматичного статусу [1], що в тому числі пов'язують із недостатньою контрольованістю хвороби внаслідок клініко-патогенетичної неоднорідності цієї нозології. У педіатричній популяції одним із менш типових варіантів фенотипу БА на противагу „традиційнішому” еозинофільному запаленню бронхів є „нейтрофільний” тип, що іноді може характеризуватись тяжчим перебігом та гіршою контрольованістю захворювання [2]. З іншого боку, серед факторів ризику тяжкої астми вказується і на наявність певних психологічних особливостей пацієнтів, зокрема такої особистісної характеристики когнітивно-афективної сфери як алекситимія [3], однак оцінка епідеміологічного ризику особистісних психологічних особливостей за різного типу запалення дихальних шляхів у дітей залишається недостатньо вивченою.

Мета. Оцінити епідеміологічний ризик клініко-психологічних особливостей у дітей, хворих на БА, залежно від типу запалення бронхів.

Матеріали і методи. Методом простої випадкової виборки обстежено 62 школярів, хворих на БА. Хворі були розподілені на 2 клінічні групи залежно від ступеня тяжкості перебігу захворювання. Першу клінічну групу сформували 32 дітей із тяжким перебігом БА, а до другої групи порівняння ввійшли 30 дітей із середньо-тяжким захворюванням (тяжкість оцінена за критеріями GINA 2006 та згідно Наказу МОЗ України № 767 від 27.12.2005 р.). Середній вік дітей та частка хлопчиків основної групи становили відповідно 13,7±0,3 років та 61,3±8,6% (у групі порівняння відповідно 14,8±0,4 років та 76,7±7,7%, $p > 0,05$). У 22 дітей у післянападному періоді проведено цитологічний аналіз мокротиння, отриманого методом індукції з використанням серійних розведень гіпертонічних розчинів (3, 5, 7%) натрію хлориду за методом Pavord I.D. у модифікації Pizzichini E. [4]. Еозинофільний характер запалення дихальних шляхів верифікують за наявності в мокротинні 3% і більше еозинофільних лейкоцитів. У 13 з обстежених констатували

„нейтрофільний” („Н”) тип запалення бронхів, у решти школярів – „еозинофільний” („Е”).

Психологічне тестування проводилося з дотриманням загальних вимог щодо дітей після отримання інформованої згоди пацієнта та його батьків із урахуванням основних положень GCP ICH та Хельсинської декларації з біомедичних досліджень, де людина виступає їх об'єктом. Для виявлення алекситимічних рис особистості використовували Торонтську алекситимічну шкалу (за G.Taylor), адаптовану в інституті ім. В.М. Бехтерева (1994) [5]. „Алекситимічний” тип особистості констатували за отримання 74 балів і більше, „неалекситимічний” – 62 балів і менше, до зони невизначеності відносили пацієнтів із кількістю балів від 63 до 73. Одержані результати дослідження аналізувалися за допомогою комп'ютерних пакетів „STATISTICA” StatSoft Inc. та Excel XP для Windows з використанням параметричних та непараметричних методів обчислення з оцінкою вірогідності різниці показників за коефіцієнтом Ст'юдента. Аналіз отриманих даних проводився з позицій клінічної епідеміології з урахуванням вірогідності величин атрибутивного та відносного ризиків (AR, BR) та визначення їх довірчих інтервалів (95% ДІ).

Результати і обговорення. Згідно критеріїв GINA 2006 частка неконтрольованого перебігу БА серед когорти пацієнтів основної групи дослідження склала 81,5±7,5% проти 32,2±8,8% групи порівняння ($p < 0,001$), причому за нейтрофільного типу запалення на противагу еозинофільному ВР неконтрольованого перебігу хвороби становив 2,3 (95%ДІ:0,6-8,6), AR=0,42. При оцінці частоти госпіталізацій із приводу основного захворювання встановлено, що середня кількість перебувань на стаціонарному лікуванні з приводу БА за всі роки тривалості хвороби становила 3,3±0,4 та 1,8±0,4 госпіталізацій серед дітей із тяжким та середньо-тяжким перебігом захворювання відповідно ($p < 0,008$), причому за „Н” типу запалення у зіставленні із „Е” цей показник був вищим у 1,8 разів ($p < 0,03$).

До відділення інтенсивної терапії (ВІТ) потрапляла хоча б одноразово з моменту постановки діагнозу кожна третя дитина з тяжким перебігом БА (48±8,9%) та лише кожен четвертий пацієнт групи порівняння (25±8,2%, $p > 0,05$). Еп-

ізоди потрапляння у ВІТ прямо корелювали із середньою кількістю інгаляцій бронхолітика як із профілактичною метою ($r=0,43, p<0,01$), так і під час нападу ($r=0,37, p<0,04$). За „Н” типу запалення на противагу „Е” в дітей вірогідно підвищувався ризик потрапляння до ВІТ ($BP=4,5, 95\%ДІ:2,3-8,8; AP=0,39$). Незважаючи на гіршу контрольованість, більшу частоту госпіталізацій та ризик потрапити до ВІТ хворої дитини, батьки пацієнтів із „Н” типом запалення дихальних шляхів на противагу „Е” рідше усвідомлювали ймовірність загрози життю власної хворої дитини ($BP=0,6, 95\%ДІ:0,2-2,3; AP=-0,27$) за однакового усвідомлення наявності загрози життю у цілому за БА (80% батьків у обох групах).

Серед когорти дітей, що ввійшли в І групу, $54,8\pm 8,9\%$ обстежених мали задовільну успішність у школі, у II-й групі цей показник становив $31,0\pm 8,6\%$, ($p<0,07$), а тих пацієнтів, що навчалися на „добре” та „відмінно” було дещо менше в основній групі – відповідно $29\pm 8,1\%$ та $16,1\pm 6,6\%$ проти $41,4\pm 9,1\%$ та $27,6\pm 8,3\%$ в групі порівняння ($p>0,05$). Нижчий рівень шкільної успішності дітей знаходився у прямому слабкому кореляційному зв’язку із меншим терміном грудного вигодовування ($r=0,28, p<0,04$) та гіршою контрольованістю захворювання ($r=0,33, p<0,03$), особливо за рахунок середньорічної кількості нападів БА ($r=0,30, p<0,02$), причому саме за „Н” типу запалення бронхів на противагу „Е” відмічено погіршення рівню успішності пацієнтів ($BP=1,9, 95\%ДІ:0,6-6,4; AP=-0,4$).

За відсутності істотних відмінностей щодо обтяженості супутніми до тяжкої та середньотяжкої БА психосоматичними скаргами в дітей (відповідно $2,6\pm 1,7$ та $2,4\pm 1,2$ епізодів; $p>0,05$), за „Н” типу запалення дихальних шляхів, на відміну від „Е”, кількість інших психосоматичних скарг та проявів у пацієнтів вірогідно підвищувалась ($BP=5,5, 95\%ДІ:2,7-11,4; AP=0,5$) та існувала тенденція до зростання обтяженості фобіями дитини ($BP=1,4, 95\%ДІ:0,2-7,8; AP=0,25$). Наявність виражених передвісників, які чітко вказували на розвиток через певний проміжок часу нападу БА, відмітили більше половини ($59,4\pm 8,7\%$) обстежених дітей основної групи, проти $35,7\pm 9,1\%$ пацієнтів групи порівняння ($p<0,08$), причому за „Н” типу запалення ця відмінність у більш вираженій соматизації була вірогідною ($BP=2,4, 95\%ДІ:1,1-5,3; AP=0,41$).

Серед психологічних параметрів ймовірного впливу на розвиток і прогресування БА однією з найменш досліджених залишається така особистісна характеристика як алекситимія, що обумовлює підвищену вразливість особи щодо

стресових впливів, а отже, можливо, й до більш тяжкого перебігу БА [6]. Вперше концепція алекситимічної особистості була сформульована J.Nemiah і P.Sifneos в 1973 році. Ними була висунута гіпотеза, згідно якої недостатнє усвідомлення емоцій призводить до фокусування емоційного збудження на соматичній компоненті, що стає основою для розвитку психосоматичних розладів. За даними літератури для дітей, хворих на БА, характерний вищий рівень алекситимії [7]. При оцінці ступеню такої схильності до розвитку психосоматичних розладів когнітивно-афективної особливості особистості як алекситимія істотних відмінностей у дітей груп спостереження відмічено не було (див. рис.).

Середні бали за Торонтською алекситимічною шкалою в дітей груп спостереження істотно не різнилися та відповідно становили в першій та другій групах $71,2\pm 2,1$ проти $70,3\pm 2,7$ ($p>0,05$), однак достовірно перевищували показник $59,3\pm 1,3$ нормативу в здорових осіб. Зокрема, вираженість алекситимії знаходилась у кореляційній залежності із середньою кількістю нападів на рік при БА у дитини ($r=0,36; p<0,05$), а також негативнішим ставленням як до госпіталізації ($r=0,37; p<0,04$), так і до необхідності щоденного прийому ліків ($r=0,26; p<0,05$). За „Н” типу запалення в дітей на противагу „Е” алекситимічна обтяженість дещо зростала та становила $75,5\pm 3,1$ проти $69,2\pm 3,4$ балів ($p<0,19$) відповідно в першій та другій групах спостереження ($BP=1,7, 95\%ДІ:0,7-4,5; AP=0,32$), що узгоджується з даними літератури про вищі бали алекситимії у хворих на алергічну патологію осіб із неатопічною реактивністю [8]. Таким чином, у дітей із тяжкою БА (на противагу середньотяжкій) та/або нейтрофільним типом запалення дихальних шляхів (на противагу еозинофільному) відмічена тенденція до вираженішої алекситимії, що асоціювала із негативнішою налаштованістю щодо дотримання вимог базисного лікування пацієнтами.

Отримані результати узгоджуються з даними літератури про те, що наявність алекситимії, як невміння осмислювати свої емоції і почуття, утруднює процес лікування БА і взаємостосунки „лікар-пацієнт”. Діти з алекситимією та високим рівнем тривоги мають найнижчу готовність до виконання лікарських рекомендацій і призначень, для них характерно нерегулярне і нераціональне проведення базисної терапії і, як наслідок, – високий рівень госпіталізацій, часта необхідність використання кортикостероїдних препаратів, загроза фатального наслідку, особливо у підлітковому віці [9].

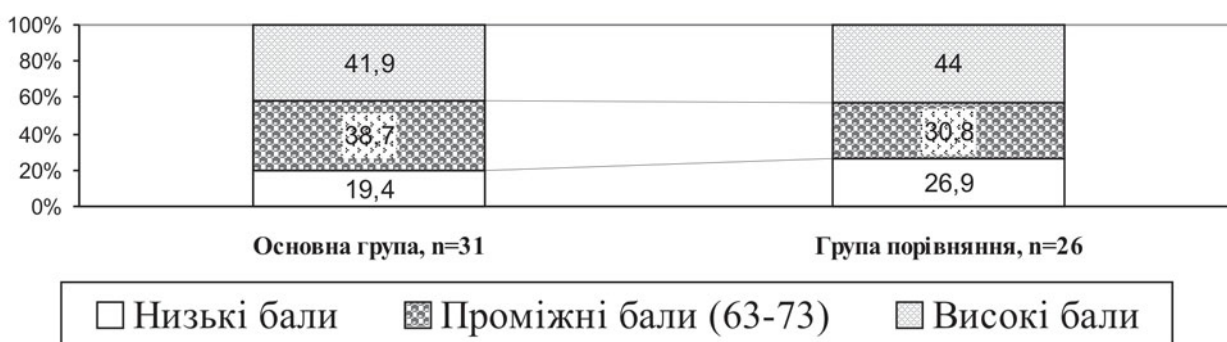


Рис. Розподіл дітей груп спостереження (%) за величиною балів алекситимії

Висновки.

1. Нижчий рівень контролюваності БА за нейтрофільного типу запалення на протигагу еозінофільному асоціював із більшою середньою кількістю перебувань на стаціонарному лікуванні та ризиком потрапляння до відділення інтенсивної терапії.

2. У дітей із неозінофільним типом запалення при БА існувала тенденція до нижчого рівня успішності, обтяженості фобіями, достовірно зростав ризик наявності передвісників нападу БА та супутніх психосоматичних скарг.

3. За нейтрофільного запалення дихальних шляхів при БА у школярів існувала тенденція до зростання балів алекситимії, виразність якої асоціювала із гіршим дотриманням дітьми вимог базисного лікування.

Перспективним у подальшому є дослідження психологічної характеристики різних фенотипів БА в дитячому віці, що дозволить підвищити ефективність їх діагностування та призведе до адекватнішої лікувальної тактики та поліпшення рівня контролюваності перебігу захворювання.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Walders N. An interdisciplinary intervention for undertreated pediatric asthma / N.Walders, C.Kercsmar, M.Schluchter et al. // Chest.-2006.- Vol.129.-P.125-136.*

2. *Berry M. Pathological features and inhaled corticosteroid response of eosinophilic and non-eosinophilic asthma / M.Berry, A.Morgan, E.D. Show et al. // Thorax. – 2007. – Vol.62. – N 12. – P.1043-1049.*

3. *Serrano J. Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma / J. Serrano, V. Plaza, B. Sureda et al. // Eur. Respir. J. – 2006. – Vol. 28. – P. 296-302.*

4. *Pavord I.D. Non-eosinophilic asthma and the innate immune response / I.D. Pavord // Thorax.- 2007.- Vol. 62.- P. 193-194*

5. *Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment / G.J.Taylor // Am. J. Psychiatr.-1984.-Vol.141.-№6.-P.725-732.*

6. *Vig R. S. The role of stress in asthma: insight from studies on the effect of acute and chronic stressors in models of airway inflammation / R.S Vig, P. Forsythe, H. Vliagoftis // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2006. – Vol.1088. – N1. – P.65-77.*

7. *Петрова Н.Н. Личностно-психологические особенности и психическое состояние детей с бронхиальной астмой / Н.Н. Петрова, М.В.Эрман, Е.Д.Кохан и др. // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Выпуск 2. – С.122-128.*

8. *Hizume M. Psychological characteristics of allergic patients / M.Hizume, T.Miyata, Y.Nakai // Japanese Journal of Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol.42. – N.3. – P.179-184.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФЕНОТИПАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

А.В. Галуцкая, Л.А. Безруков, Н.К. Богоцкая, О.Я. Чепура

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Резюме. Комплексное клинико-психологическое обследование проведено в когорте 62 детей школьного возраста. При нейтрофильном типе воспаления дыхательных путей по сравнению с эозінофильным у детей достоверно повышался относительный риск госпитализации в отделение интенсивной терапии, наличия предвестников приступа и сопутствующей психосоматической отягощенности, а также возрастали баллы алекситимии, что ассоциировалось с ухудшением приверженности базисной терапии.

Ключевые слова: дети, психологические особенности, бронхиальная астма, неозінофильный тип воспаления.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH DIFFERENT INFLAMMATORY PHENOTYPES OF ASTHMA

A.V. Galuschinska, L.O. Bezrukov, N.K. Bogutska, O.Y. Chepura

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Summary. Comprehensive clinical and psychological examination was performed in a cohort of 62 children of school age. In children with neutrophilic type of airway inflammation compared with eosinophilic there were revealed: the significant increase of the relative risk of hospitalization in the intensive care unit, risk of presence of attack precursors and related psychosomatic history and increased scores of alexithymia, which was associated with deterioration of the commitment of basic treatment.

Keywords: children, psychological characteristics, bronchial asthma, non-eosinophilic type of inflammation.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ

Гурьева Н.И., Аникина О.М.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Министерства здравоохранения и социального развития», Россия, г. Рязань

Ключевые слова: самоактуализация, здоровье физическое, здоровье психическое, здоровье социальное, больные ишемической болезнью сердца

Резюме. В статье рассматривается проблема взаимосвязи уровня самоактуализации и самооценки здоровья. Проведено исследование уровня самоактуализации у больных ИБС и условно здоровых. В результате было выявлено, что уровень самоактуализации больных ИБС ниже, чем условно здоровых. Данное исследование может быть использовано психологами-практиками в психокоррекционной работе.

Понятие «самоактуализация» можно определить как стремление к самовыражению с наиболее полным использованием своих талантов, способностей и возможностей. Одним из наиболее известных учёных, занимавшихся вопросом самоактуализации, был А. Маслоу. Он считал, что потребность в самоактуализации всегда должна присутствовать у здорового человека[3].

В наше время, время урбанизации и бесконечного стресса, болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. Одной из наиболее распространенных является ишемическая болезнь сердца (ИБС). По статистическим данным, ей страдают около 12% всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста.

Личностные особенности больных ИБС изучались такими авторами, как В.С. Волков, В. Н. Ильина, Е.А. Григорьева, И.В. Алдушина, В.П.Зайцев, В.В.Николаева и др. Исследования показали, что люди с ИБС характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует «уход в работу», так как ни на что другое у них просто не хватает времени. В.В.Николаева и Е.И. Ионова в 1989 году провели исследование личностных особенностей больных ИБС. Результаты показали, что самооценка у большинства больных завышена. Наиболее значим для больных критерий оценки здоровья и взаимосвязь параметров «здоровье», «счастье», «работа», что является прогностически благоприятным. Отсутствует чувство личной ответственности за происходящие события. Смысловый потенциал личности у больных обеднен, основной жизненной целью является здоровье. Перспективы будущего противоречивы. У всех больных отмечаются выраженные страхи за будущее. Уровень личностной тревожности стабильно высокий у всех больных, уровень ситуативной тревожности коррелирует с тяжестью соматического состояния больных[6].

Таким образом, происходят внутренние изменения личности, в результате которых меняется и самоактуализация.

Цель нашей работы – исследовать зависимость изменения уровня самоактуализации у больных ишемической болезнью сердца и условно здоровых.

Основываясь на теоретических данных, мы предполагаем, что уровень самоактуализации у больных ИБС ниже, чем условно здоровых. **Объектом** нашего исследования является самоактуализация у больных ишемической болезнью сердца и условно здоровых людей среднего возраста. **Предметом исследования** – взаимосвязь уровня самоактуализации с самооценкой физического здоровья. Практическая значимость работы заключается в том, что она может быть полезна психологам-практикам для проведения психологических консультаций, пополнения своих профессиональных знаний и усовершенствования методов работы.

Материалы и методы. Инструментами для проведения исследования нами были выбраны такие методики, как «Самоактуализационный тест» (САМОАЛ) и методика «Физическое здоровье». Данные методики были выбраны так как, на наш взгляд, они дают возможность выявить комплекс интересующих явлений на разных уровнях функционирования личности.

По определению ВОЗ, «здоровье – это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия». В соответствии с принципом иерархичности человек представляет собой сложную живую систему, жизнедеятельность которой обеспечивается взаимосвязанными уровнями функционирования. Можно выделить три уровня рассмотрения здоровья человека – биологический, психологический и социальный, каждый из которых обладает своей спецификой.

На биологическом уровне сущность здоровья рассматривается как динамическое равновесие работы всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Различные виды серьезных органических нарушений приводят к изменениям в психике, личностном статусе и социальном поведении человека. Чем тяжелее заболевание организма, тем сильнее оно влияет на состояние психического и социального здоровья. Самооценка физичес-

кого здоровья выявляет меру благополучия в функционировании организма.

Психологический уровень рассмотрения здоровья связан с личностным контекстом, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Среди критериев психического здоровья особо значимы такие, как интегрированность личности, ее гармоничность, уравновешенность, духовность, ориентация на саморазвитие.

Переход от психологического к социальному уровню весьма условен. Однако во втором случае человек воспринимается как существо общественное, и здесь наиболее важными представляются вопросы влияния социума на здоровье личности, а также выполнение человеком своих социальных функций. Социальное здоровье определяется количеством и качеством межличностных связей индивида и степенью его участия в жизни общества. Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств (конфликтностью, эгоцентризмом и т. д.) [2].

В методике «Самоактуализационный тест» (САМОАЛ) предлагается перечень из 100 пунктов, каждый из которых предлагает два альтернативных суждения ценностного характера, по вопросам отношения человека к миру, другим людям и самому себе. Всего выделяют шкалы: шкала ориентации во времени, шкала ценностей, взгляд на природу человека, высокая потребность в познании, стремление к творчеству или, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, шкала контактности, шкала гибкости в общении.

Для самооценки физического здоровья нами были использованы:

1) методика «Физическое здоровье» (экспресс – анализ) позволяет оценить своё физическое состояние по ряду важных показателей (таких как возраст, вес, курение, пульс).

2) методика «Душевное равновесие» позволяет выявить самооценку психического здоровья.

3) методика «Конфликтность» включена в исследование с целью выявления самооценки социального здоровья.

Испытуемые в нашей выборке были специально подобранны в равном отношении полового, возрастного, количественного показателей, а также относительно наличия (отсутствия) заболевания ИБС. Условно здоровые люди исследованы на предприятии железнодорожного транспорта, а больные ишемической болезнью сердца – в больнице №4 г. Рязани. Нами были исследованы испытуемые в возрасте от 35 до 55 лет, средний возраст которых составлял 46 лет. Общее количество испытуемых – 30 человек, которых мы разделили на 2 группы: экспериментальную и контрольную.

Статистический анализ проводился нами с помощью U – критерия Манна-Уитни и коэффициента ранговой корреляции rs Спирмена. U – критерий Манна-Уитни мы использовали для оценки различий между уровнем самоактуализации у больных и условно здоровых людей. А взаимосвязь между уровнем самоактуализации и здоровья – с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена [5].

Результаты и обсуждение. В ходе эмпирического исследования была подтверждена наша гипотеза, заявленная в теоретической части исследования: уровень самоактуализации у больных ИБС ниже, чем у условно здоровых ($p < 0.01$)

На данном этапе исследования открывается интересный факт: отсутствие взаимосвязи самоактуализации и физическо-

го здоровья дает возможность предполагать о её корреляции с социальным и/или психологическим здоровьем, что в психологической коррекции позволяет сделать акцент на мотивационно-потребностной сфере для более эффективной работы.

По мнению Б.С. Братуся, необходимо развести понятия о психическом здоровье и «личностном здоровье»: человек может быть психически здоровым (обладать хорошей памятью и рациональным мышлением, руководствоваться осознанными мотивами, быть деятельным и волевым в достижении своих целей и умело избегать неудач); и в то же самое время он может быть личностно ущербным: не считаться с ближними, использовать других как инструменты достижения личных целей и т.п. Б.С. Братусь так пишет о тенденциях современного общества: «надо признать, что для все большего количества людей становится характерным именно этот диагноз: «психически здоров, но личностно болен» [1]. Таким образом, это становится вопросом для дальнейшего исследования.

Результаты нашего исследования могут иметь практическое значение при составлении психокоррекционных программ.

Выводы. Личностные особенности больных ИБС проявляются в том, что их перспективы будущего противоречивы. У всех больных выражены страхи за будущее. В связи с этим возможности самоактуализации у этой группы испытуемых ниже, чем у условно здоровых.

В психокоррекционной работе мы предлагаем обращать внимание на мотивационно-потребностную сферу, воздействие на которую способствует достижению более высокого личностного развития.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. // *Вопросы психологии*. – 1997. – №5.
2. *Практикум по психологии*/ Ред. Г.С.Никифоров. – Питер, 2005. – 227с.
3. Маслоу А. *Дальние пределы человеческой психики*. – СПб, «Евразия», 1999. – 336с.
4. Маслоу А. *Мотивация и личность*. 3-е изд.- СПб: Питер, 2003. – 280с.
5. Сидоренко Е.В. *Методы математической обработки в психологии*. – СПб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.
6. Сысоева Н.Ю. *Психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями*. – М.: Медицина, 2001. – 148с.

COMPARISON OF LEVELS OF SELF-ACTUALIZATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND IN CONDITIONALLY HEALTHY PEOPLE

Gurieva N.I., Anikina O.M.

The article deals with issues of interdependence between the level of self – actualization and health self – evaluation. An investigation of the level of self-actualization in patients with IHD and in conditionally healthy people revealed, that it is lower in those with IHD than in latter. The investigation can be useful for practicing psychologists in their psycho-correctional work.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ

Дорожка М.Е., Каращук Л.Н.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: гендерные особенности, защитные механизмы личности

Резюме. Проведено исследование гендерных особенностей защитных механизмов личности в возрастной группе 18-20 лет. Вытеснение имеет значимые гендерные различия и у юношей выше, чем у девушек; замещение имеет гендерные различия и также более выражено у юношей, чем у девушек; проекция имеет гендерные различия и выше у девушек, чем у юношей.

Начиная с раннего детства и в течении всей жизни, в психике человека возникают и развиваются механизмы, традиционно называемые «психологические защиты», или защитные механизмы личности. Эти механизмы предохраняют осознание личностью различного рода отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций, способствуют сохранению психологического гомеостаза, стабильности, разрешению внутриличностных конфликтов и протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях [3].

Гендерное сознание можно рассматривать как совокупность представлений о противоположном поле и взаимоотношениях полов на основе исторически сложившихся в данном обществе традиций и норм, а также принятых в нем законов, наделяющих женщин и мужчин определенными правами и обязанностями.

Актуальность данной работы заключается в том, что определение конкретных форм психологической защиты служит отправным моментом в построении любой личностно-ориентированной терапии (В.М. Воловик, В.Д. Вид). Целью работы является исследование гендерных особенностей защитных механизмов личности. Предметом исследования являются гендерные особенности защитных механизмов личности. Объектом исследования являются защитные механизмы у мужчин и женщин. Гипотезой данного исследования является то, что существуют различия в использовании защитных механизмов у мужчин и женщин.

Для проверки выдвинутой гипотезы, достоверности и реализации поставленной цели нами были выполнены следующие задачи: изучение подходов к определению понятия «защитные механизмы», теоретический анализ гендерных различий личности, анализ результатов исследования с помощью методов математической статистики, проведен качественный анализ результатов исследования, сделаны выводы относительно полученных результатов.

Практическая значимость исследования заключается в том, что рассматривая ситуации межличностного взаи-

модействия, вопросы личностной адаптации, нервно-психического благополучия личности, специалист непременно затрагивает феномен психологической защиты. Полученные результаты представляются важными как в рамках психологического консультирования, так и в психокоррекционной и психотерапевтической работе.

Психологическая защита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта [4]. Для выполнения своих функций защита использует специальные механизмы: отрицание, подавление, рационализацию, вытеснение, проекцию, идентификацию, замещение, сновидение, сублимацию, катарсис, отчуждение.

Проблема психологической защиты содержит в себе центральное противоречие между стремлением человека сохранить психическое равновесие и теми потерями, к которым ведет избыточное вторжение защит. С одной стороны, безусловна польза от всех видов защит, призванных снижать накапливающуюся в душе человека напряженность путем искажения исходной информации или соответствующего изменения поведения. С другой стороны, их избыточное включение не позволяет личности осознавать объективную, истинную ситуацию, адекватно и творчески взаимодействовать с миром.

Психологическая защита формируется у человека с самого детства и развивается благодаря накоплению жизненного опыта, так же она отражает индивидуальность человека, основанную на внутреннем и внешнем мире человека. Большую роль на формирование защит у человека играет роль социума, культурных особенностей и ценностей, религиозных традиций. Совокупность этих факторов дает человеку согласованность поведения, защищая личность от конфликта с обществом, и наоборот [2].

Понятие «гендер» используется при обсуждении различий между мужчинами и женщинами. Современная наука различает биологический пол и социально-психо-

логический пол как совокупность социокультурных и поведенческих характеристик и ролей, определяющих личный, социальный и правовой статус мужчины и женщины в определенном обществе [4].

Существует несколько подходов к типологии гендерной идентичности, формируемой гендерной социализацией: биполярный, андрогинный, мультиполярный. Анализ определений гендерной идентичности позволяет выделить её основные компоненты – биологический пол и маскулинность, феминность, андрогинность, как психологические характеристики личности.

Гендерная идентичность, то есть осознание индивидуальной своей принадлежности к мужскому или женскому полу и формирования отношения к данной принадлежности, – сложное и многоуровневое образование. Формирование гендерной идентичности происходит под влиянием развития биологических предпосылок, закономерностей половой дифференциации в ходе гендерной социализации. Её важнейшие элементы – личностные и гендерные характеристики родителей, в том числе их гендерная идентичность и ролевые модели, пол ребенка, представления родителей о том, каким должен быть ребенок данного пола, особенности институтов социализации. Гендерная социализация начинается буквально с момента рождения ребенка, хотя ожидание рождения ребенка определенного пола также предвосхищает определенное отношение к нему родителей [5].

Ученые отмечают определенные трудности в реализации себя, наблюдаемые как у мужчин, так и у женщин, во многом обусловленные особенностями гендерной социализации. Причины трудностей можно обнаружить в познавательной, эмоциональной сферах личности, в ее поведенческих проявлениях.

Таким образом, можно сказать, что обоснование возможности существования множества типов гендерной идентичности, основаниями для выделения которых являются принадлежность к мужскому или женскому полу и обладание маскулинными, феминными или андрогинными характеристиками личности.

Выборку данного исследования составили 60 человек: 30 девушек и 30 юношей, студенты 1 курса РГРТУ, РГМУ, РГПУ г.Рязани. Возраст испытуемых 18-20 лет. Для проведения исследования использовалась психодиагностическая методика Келлермана-Плутчика. Математическая обработка проводилась критерием Манна-Уитни.

Обсуждение результатов. В результате проведенного нами исследования и последующего качественного и количественного анализа полученных данных, были изучены гендерные особенности защитных механизмов личности студентов младших курсов.

После обработки экспериментальных данных с применением критерия Манна-Уитни, мы получили следующие результаты: вытеснение имеет значимые гендерные различия, а именно у юношей выше, чем у девушек; регрессия имеет незначительные гендерные различия, но все же у девушек выше, чем у юношей; замещение имеет гендерные различия, а именно у юношей выше, чем у девушек; отрицание не имеет значительных гендерных различий, но у юношей выше, чем у девушек; проекция имеет гендерные различия, а именно у девушек выше, чем у юношей; компенсация не имеет значительных различий, но у юношей выше, чем у девушек; гиперкомпенсация не имеет значительных гендерных различий, но у юношей ниже, чем у девушек; рационализация не имеет значительных различий, у девушек ниже, чем у юношей.

Таким образом, гипотеза нашего исследования частично подтвердилась. В результате проведенного нами исследования было установлено, что действительно существуют гендерные различия в защитных механизмах личности, а именно в вытеснении и в замещении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Грановская Р.Н. *Психологическая защита*. – СПб.: Речь – 2007.
2. Никольская И.М., Грановская Р.Н. *Психологическая защита у детей*. – СПб.: Речь. – 2010 г.
3. *Словарь психолога-практика / С.Ю. Головаха*. – 2-е изд., перераб. и доп.-Мн.: Проспект, 2009г.;

INVESTIGATION OF GENDER PECULIARITIES OF PERSONAL DEFENSIVE MECHANISMS

Dorozhkina M.E., Karaschuk L.N.

Investigation of gender peculiarities of personal defensive mechanisms was performed in group of

people aged 18-20. Suppression has gender differences, it's higher developed in young men than in girls; substitution has gender differences and it is higher developed in young men than in girls too; projection has gender differences and it is better developed in girls than in young men.

СТАНОВЛЕНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ С НОРМАТИВНЫМ И ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПО ТИПУ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

Иванов М.В.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

В статье анализируются результаты исследования становления пространственных представлений у детей с нормативным и дизонтогенетическим развитием по типу шизотипического диатеза в возрасте 4-7 лет. Данное исследование дает возможность диагностировать нарушения в познавательной сфере на ранних этапах психической патологии (латентные формы, состояния риска). Ключевые слова: пространственные представления, дизонтогенез, шизотипический диатез.

Пространственные представления относятся к базовым составляющим познавательной деятельности, они образуют «ось координат» (по А.Н. Леонтьеву), посредством которой люди воспринимают окружающую действительность и выстраивают свой индивидуальный образ мира (Леонтьев, 1975). Диагностика пространственных представлений в раннем и дошкольном возрасте чрезвычайно важна, в особенности при аномальном психическом развитии.

Изучение психического дизонтогенеза в детском возрасте посвящалось в работах Л. Каннера, Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалева, В.В. Лебединского и др. Детский психиатр Ковалев В.В. определяет психический дизонтогенез, как нарушение психического развития в детском возрасте в результате расстройства морфофункционального созревания мозга (Ковалев, 1981).

Рядом ученых выделена такая форма психического дизонтогенеза, как диатез, представляющий собой выраженные предрасположения к тем или иным психическим заболеваниям (Ануфриев, Козловская, 1985; Циркин, 1995, и др.).

Детскими психиатрами хорошо изучен шизотипический диатез как клиническое выражение генетического предрасположения к шизофрении (Козловская с соавт., 1986). Типологические представления психического дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте разработаны О.П. Юрьевой (1970), Г.В. Козловской (1995).

Цель исследования: изучить особенности пространственных представлений у детей с нормативным и дизонтогенетическим развитием по типу шизотипического диатеза.

Экспериментальная база: отдел по изучению психической патологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН (руководитель отдела – д-р мед. наук Козловская Г.В.).

Материал исследования: экспериментальная группа (ЭГ) – дети с шизотипическим диатезом (20 человек) и группа контроля (ГК) – нормативное развитие (10 человек), в возрасте 4-7 лет.

Методы и методики исследования: субтесты диагностического альбома Н.Я. Семаго в соавт.; методика по

изучению пространственных представлений (кубики и блоки), разработанная в отделе по изучению психической патологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН; статистические методы оценки достоверности различий программы Statistica 7.0 (U-критерий Манна-Уитни, t-Стьюдента для независимых выборок).

Результаты. При использовании субтеста на понимание и употребление предлогов и слов, обозначающих пространственное взаиморасположение объектов (например, выше – ниже, над – под, и др.), обнаруживает у детей обеих групп исследования сложности перехода от импрессионного к экспрессивному (самостоятельному употреблению предлогов) уровню анализа понятий (например: лево, право, слева, снизу и т.п.). Детям из группы шизотипического диатеза в большей степени свойственны ошибочные инвертированные конструкции.

При складывании разрезных картинок отмечаются особенности анализа и синтеза пространственного взаиморасположения частей целого изображения и нарушения пространственной координации. Хаотическая стратегия деятельности при выполнении заданий более свойственна детям с шизотипическим диатезом, в то время как дети из ГК в большей степени действуют целенаправленно и по типу «проб и ошибок».

Пространственное взаиморасположение объектов по вертикальной оси (выше-ниже) при нормативном развитии формируется к четырем годам жизни, при шизотипическом диатезе оно формируется диссоциативно, парциально. Горизонтальная плоскость при нормативном развитии формируется позже вертикальной, в норме к пяти – шести годам, при шизотипическом развитии наблюдается диссоциированность, дефицитарность пространственных представлений, нарушение содружественности право- и левосторонней ориентации и др.

Были выявлены различия между ЭГ и ГК по разности функций распределения и средним значениям (при $p > 0,05$) в пробах методики пространственных представлений (кубики и блоки). Испытуемые ЭГ допускали больше ошибок по сравнению с ГК. Интересный факт, что количество

ошибок в ЭГ не было связано с нарастающей сложностью заданий.

Дети из группы шизотипического диатеза при выполнении заданий используют парадоксальные и амбивалентные решения, встречаются агломинации понятий и проч, что квалифицируется как особые проявления восприятия и мышления по шизотипическому типу.

Проведенное исследование показывает, что дети из группы шизотипического диатеза воспринимают свой предметный мир в определенной степени парадоксально, у них имеется специфика образно-знаковых систем.

Исследование становления пространственных представлений у детей с дизонтогенезом по типу шизотипического диатеза (в возрасте 4-7 лет) отражает нарушения последовательности и логичности процесса мышления, специфические для расстройств шизофренического спектра.

Данное исследование дает возможность диагностировать нарушения в познавательной сфере на ранних этапах психической патологии, таким образом, появляется шанс выявлять определенные аномалии при психических расстройствах (латентные формы, состояния риска). По пространственным представлениям, тесно связанным с особенностями восприятия и мышления можно выявлять predisposition к латентной психической патологии различного генеза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1981. Выпуск 10, – С. 1505-1509.
2. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации). Автореф. дисс. ... док. мед. наук. – М., 1995.
3. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из групп высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1986. – Т 86. – № 10. – С. 1534-1538.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Диагностический альбом для исследования познавательной деятельности. Дошкольный и младший школьный возраст. – М., 2005.
6. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. № 2.
7. Юрьева О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1970. – № 8. – С. 1229-1235.

SPATIAL NOTIONS FORMATION AMONG THE 4-7 YEARS CHILDREN WITH NORMAL AND DYSONTOGENETIC SCHIZOTYPICAL DIATHESIS PATTERN DEVELOPMENT

Ivanov M.V.

Mental health research center RAMS, Moscow, Russia

Spatial notions among the 4-7 years children with normal and dysontogenetic schizotypal diathesis research results are analyzed in the article. Present research gives an opportunity to diagnose cognitive sphere distortions on the early stages of the psychic pathology (latent forms, risk state).

Keywords: spatial notions, dysontogenesis, schizotypal diathesis.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Козачун В.Л., Романова В.В.

Таврический национальный университет им. В.И. Вернадского, г. Симферополь

Резюме. Розглядаються особливості внутрішньої картини хвороби у підлітків і старшокласників із бронхіальною астмою. Обґрунтовується необхідність психологічної роботи з дітьми, хворими на бронхіальну астму. Формуються методологічні принципи психокорекційної та психотерапевтичної роботи з такими дітьми.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, личностный смысл болезни, миф болезни, бронхиальная астма, психологическая коррекция, психотерапия.

В XXI веке бронхиальная астма (БА) у детей продолжает быть чрезвычайно актуальной проблемой педиатрии. Международный консенсус по БА (Global Initiative For Asthma – GINA), принятый Всемирной организацией здравоохранения и признанный на Украине, определяет БА как проблему мирового масштаба [1, 8]. В Украине, по данным официальной статистики, распространенность астмы за последние десятилетия увеличилась в 1,6 раза [4]. Результаты исследований, касающихся БА, указывают на рост частоты смертности, в т.ч. у детей. Группу риска по неблагоприятному исходу БА составляют главным образом пациенты с тяжелой формой заболевания и подростки [3-5].

Согласно рекомендациям GINA, основной целью терапии БА должно быть достижение и поддержание контроля над течением заболевания [1, 8]. Важнейшую роль в достижении контроля над БА играет отношение больного к своей болезни. С этой точки зрения актуальной становится внутренняя картина болезни (ВКБ) и личность самого пациента. Отношение к своей болезни, представление о ней существенно влияет на течение болезни, может способствовать как обострению заболевания, так и выздоровлению. Самосознание, осмысленная оценка своего состояния активно формируются в подростковом возрасте [2]. Поэтому изучение феномена ВКБ и учет ее в лечебном процессе становятся актуальными, начиная именно с подросткового возраста.

Целью данной статьи является исследование и выявление особенностей внутренней картины болезни у подростков и старшеклассников с бронхиальной астмой, формулирование на основании результатов экспериментально-психологического исследования методологических принципов психокоррекционной работы с детьми, больными бронхиальной астмой.

Исследование внутренней картины болезни и личностных особенностей подростков и старшеклассников с бронхиальной астмой позволило нам определить некоторые направления психокоррекционной и психотерапевтической работы с такими детьми.

Материалы и методы

С помощью проективных психологических методик исследовалось отношение к болезни, представление детей о своем заболевании, особенности восприятия симптоматики. Все перечисленное в психологии рассматривается как ВКБ.

В нашем исследовании мы опираемся на предложенную А.Ш. Тхостовым структуру ВКБ как образа сознания. Структура субъективного отражения болезни (в сознании больного) в концепции А.Ш. Тхостова состоит из следующих уровней: чувственная ткань – это все те ощущения, которые непосредственно связаны с болезненным процессом; первичное означение – определения и метафоры для описания своих ощущений; вторичное означение – знания и представления о болезни, которые есть у больного (миф болезни); а также личностный смысл болезни, который проявляется в отношении к собственному заболеванию [6, 7].

В исследовании использовались следующие методики: методика «Пиктограммы», «Незаконченные предложения», методика самооценки Дембо-Рубинштейн, методика «Игра в волшебника», а также испытуемым предлагалось выполнить рисуночные методики на темы: «Я больной», «Я здоровый» и «Как я себя чувствую, когда болею».

В исследовании приняли участие 94 человека. В том числе 29 подростков (11-14 лет) и 20 старшеклассников (15-17 лет) с диагнозом бронхиальная астма. Группу нормы составили 20 подростков и 25 старшеклассников, не состоящих на диспансерном учете. Исследование проводилось в течение 2007-2011 гг.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что у больных детей, и особенно у подростков, чаще возникают проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и конфликты в семье. Например, пациент К., поясняя рисунок «Я больной», говорит: «Задыхаюсь, когда перенервничую – когда мама с папой ругаются». Поэтому очевидно, что психологическая коррекция требует работы, как с детьми, так и

с родителями и всей семьей в целом. Родители должны понимать, что уверенность ребенка в том, что он всегда найдет понимание и поддержку у родителя, способствует улучшению состояния здоровья больного ребенка, и наоборот, конфликтная, напряженная семейная ситуация может вести к ухудшению состояния здоровья.

При описании ощущений, связанных с заболеванием (поясняя рисунки «Я больной» и «Как я себя чувствую, когда болею»), подростки и старшеклассники, не имеющие опыта серьезного соматического заболевания, главным образом описывают эмоции, связанные с ситуацией болезни. Например, описывая свое состояние во время болезни, подросток П. говорит: «скучно, одиночество»; подросток Г.: «плохое настроение»; подросток Г.: «расстроена, плачу».

Подростки и старшеклассники с БА, поясняя рисуночные методики, говорят преимущественно об ощущениях, связанных с дыханием, описывают свои телесные переживания. Например, пациент Б. рассказывает: «Задыхаюсь, кашель начинается»; пациент К.: «Кашель, все сжимается, кашляю, комок в горле. Из-за кашля еще сильнее кашляю». Однако такие описания своих ощущений часто отражают не объективные изменения в организме, а отношение ребенка к заболеванию или его представление о болезни. Так, пациентка Х. говорит: «Я чувствую, что я брошена, темнота, тысячи маленьких иголок везде впиваются», пациент О.: «...болит голова, мне кидают копы в голову, я задыхаюсь». Соответственно, больного ребенка необходимо учить правильно воспринимать и описывать свои болезненные телесные ощущения в целом и, в частности, ощущения, возникающие во время приступа; отделять симптомы, связанные с болезнью, от других телесных ощущений. Это важно для контроля своего состояния, точного описания происходящего врачу.

Кроме того, есть определенные различия в описании состояния здоровья у детей с БА и детей контрольной группы. На рисунке «Я здоровый» подростки и старшеклассники с БА чаще изображают только себя и говорят только о себе, тогда как для детей контрольной группы характерным является рисунок себя вместе со сверстниками, в контексте определенной социальной ситуации. Анализ рисунков показывает, что ситуация болезни значительно сокращает продолжительность и возможность общения со сверстниками, которое для подростков крайне необходимо, т.к. является ведущей деятельностью данного возрастного периода. Следовательно, в целях избегания эмоционального дискомфорта, нарушения процессов социализации и личностного роста, обусловленных диктуемыми болезнью социальными ограничениями, целесообразно по возможности не ограничивать сферу социальной активности ребенка, что на сегодняшний день является результатом повсеместной родительской практики-гиперопеки и что часто подтверждается врачебными рекомендациями.

Представления о болезни (мифы), и у детей с БА, и у детей контрольной группы, носят «медицинский» характер. Но они конкретны, привязаны к особенностям жизненной ситуации и лечения данного ребенка, отражают, как правило, причины приступа и способы его снятия, в целом – личностный опыт болезни в каждом конкретном случае. Представление о болезни у детей контрольной груп-

пы – это поверхностное описание симптомов, как правило, либо простудного заболевания, либо заболевания или травмы, связанных с собственным жизненным опытом, либо описание своих эмоциональных переживаний в рамках метафоры болезни. Например, подростки и старшеклассники рисунок «Я больной» поясняют так: «Болею гриппом»; «У меня сломана рука»; «Я нарисовал музыку. Я болею музыкой». Дети с БА в клинической беседе дают достаточно точные, но конкретные определения своему заболеванию, подробно описывают триггеры, провоцирующие приступ и препараты, которыми они этот приступ снимают. Например, пациент К. рассказывает: «Аллергия на пыль и перья», пациент О.: «Мне нельзя цитрусовые».

У подростков часто наряду с «медицинским» мифом может оформляться миф о болезни как некой реакции на социум (56% подростков конфликт с окружающими, переживание сильных отрицательных и положительных эмоций считают причиной приступов). Часто в своих высказываниях больные подростки связывают начало приступа с конфликтом в семье или со сверстниками. Так, пациентка К. говорит: «Приступ бывает, когда расстроюсь, а расстраиваюсь, потому что меня сестра обижает». Более глубокая информированность больного ребенка, рассказ на доступном для него уровне об этиологических и патогенетических механизмах болезни и возникновения приступов будет способствовать формированию адекватного мифа болезни, а, следовательно, и более правильному поведению больного ребенка, уменьшит использование болезни для манипуляций окружающими. Этот вывод подтверждается и выявленным отношением к болезни.

Отношение к болезни и здоровью у подростков и старшеклассников осознано и имеет для ребенка в этом возрасте определенный смысл. Смысл болезни у наших пациентов был либо конфликтный, либо преградный. Несмотря на то, что больные дети хотят быть здоровыми, они часто используют свое заболевание для решения различных проблем. Смысл болезни у 68% подростков и 42% старшеклассников носит конфликтный характер. В подростковом возрасте в сознании многих детей возникает связь между началом приступа и нежелательными для ребенка событиями в жизни. Это сопряжено с формированием конфликтного смысла болезни, когда заболевание не только препятствует жизненным планам, но и используется ребенком для решения проблем и манипуляций окружающими, другими словами, препятствуя осуществлению одних мотивов, болезнь может в то же время способствовать достижению других. Для подростков с БА, в отличие от старшеклассников с БА и детей контрольной группы, болезнь чаще носит именно конфликтный смысл. Например, пациентка С. рассказывает: «Папина жена меня не любит, кричит. Я сказала, что мне сейчас станет плохо, и папа сказал маме, чтобы она отстала от меня», что свидетельствует о конфликтном смысле болезни, другими словами, болезнь, мешая ребенку, в то же время используется им для решения своих проблем.

У старшеклассников с БА более выраженной является потребность быть здоровым. Они редко говорят о психогенной природе приступов. Например, больная К. заканчивает предложения так: «Самое худшее, что мне случилось совершить – «это болеть»; «Я часто жалею, что «у

меня не те легкие»; «Я смогла бы быть очень счастливой, «если бы не была больна». Таким образом, у старшеклассников с БА преобладает преградный смысл болезни. Старшеклассники больше ориентируются на будущее, перед ними стоит проблема выбора дальнейшего жизненного пути, и в этом возрасте болезнь начинает мешать осуществлению жизненных планов, самореализации.

В тех случаях, когда ребенок добивается желаемого при помощи болезни (дети с конфликтным смыслом болезни), взрослые не должны идти на поводу у ребенка, не должны ограничивать его социальную активность, решать вместо него житейские проблемы. Родитель может и должен научиться обсуждать с взрослеющим ребенком его проблемы и помогать искать пути решения конфликта, приемлемые и для родителя, и для ребенка.

У ребенка же необходимо формировать отношение к здоровью как к ценности. Обследованные нами больные дети хотят быть здоровыми. Это и нужно использовать, формируя более глубокое отношение к здоровью как к ценности. Однако при этом больной ребенок не должен чувствовать себя ущербным. Нельзя делать акцент на том, что ребенок болен – взрослые (врачи и родители) должны подчеркивать возможность преодоления болезни, возможность выздоровления. В противном случае, ребенок страдает в связи с тем, что он «не такой как все», сужаются перспективы будущего.

Не стоит делать акцент и на ограничениях физической активности. Последнее особенно болезненно переживают старшеклассники. Лучше направлять активность ребенка в ту область, где нет ограничений, учить его правильно оценивать свое физическое состояние и возможности.

Самооценка подростков и старшеклассников с БА ниже, чем у детей контрольной группы по шкалам «здоровье», «ум» и «красота», по шкале «счастье» показатели выше в группе детей с БА, что противоречит высказываниям самих подростков и старшеклассников с БА о том, что если бы я был здоров – я бы был счастлив. Кроме того, больные подростки в ряде случаев не признавали факта своей болезни, либо ее значимости. В случаях анозогнозии, когда больной ребенок отрицает сам факт болезни или ее значимость, необходимо постепенно приводить ребенка к осознанию и принятию болезни и ее значимости, т.к. без осознания факта болезни невозможна мотивация больного ребенка к выздоровлению.

Выводы

1. Бронхиальная астма – психосоматическое заболевание, в структуре этиологии, патогенеза и терапии которого существенную роль играют психологические факторы;

2. Внутренняя картина болезни (образ болезни в сознании больного) у детей, больных бронхиальной астмой, специфична по сравнению с ВКБ детей, не имеющих хронических заболеваний; ВКБ имеет свои возрастные особенности, различна у подростков и старшеклассников с БА;

3. ВКБ может не соответствовать внешней, объективной картине болезни, искажаться на всех своих уровнях, что может приводить к обострениям и общему ухудшению течения болезни. Следовательно, ВКБ должна выступать в качестве первоочередной мишени психокоррекционного и психотерапевтического воздействия;

4. На основании проведенного экспериментально-психологического исследования и выявленных особенностей ВКБ больных подростков и старшеклассников сформулированы некоторые методологические рекомендации по психологической работе с детьми, больными БА;

5. Внедрение психокоррекционной и психотерапевтической программы в клиническую практику терапии БА в Украине сделает астматическую терапию более органичным, целостным и эффективным процессом, увеличит общую продуктивность терапии и реабилитации детей с БА; выведет практику терапии бронхиальной астмы в Украине на современный международный уровень.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики бронхиальной астмы* / [пер. с англ., под ред. А.Г. Чучалина]. – М.: Издательский дом «Атмосфера». – 2007.
 2. *Кон И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание* / И.С. Кон. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.
 3. *Пасечник Ю. Контроль бронхиальной астмы* / Ю. Пасечник // *Здоров'я України*. – 2007. – №23(180). – С. 52-53.
 4. *Пухлик Б.М. Взгляд незаангажированного аллерголога на современную ситуацию с бронхиальной астмой* / Б.М. Пухлик // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – №15(221). – С. 3-4.
 5. *Пыцкий В.И. Аллергические заболевания* / Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.
 6. *Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система* / А.Ш. Тхостов // *Вестник Московского Университета, Сер. 14: Психология*. – 1993. – № 1, 4.
 7. *Тхостов А.Ш. Психология телесности* / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
- GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2008 (update).*

Резюме. Рассматриваются особенности внутренней картины болезни у подростков и старшеклассников с бронхиальной астмой. Обосновывается необходимость психологической работы с детьми, больными бронхиальной астмой. Формулируются методологические принципы психокоррекционной и психотерапевтической работы с такими детьми.

Summary. The peculiarities of mental image of illness of adolescents and senior students suffering from bronchial asthma are considered. The necessity of the psychological work with children suffering from bronchial asthma is grounded. The methodological principles of the psychocorrective and psychotherapeutic work with such children are formulated.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ КАК ЛИЧНОСТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Копылова И.А., Калашникова Т.В.

Ключевые слова: ответственность как личностная характеристика

Резюме. В статье рассматривается вопрос о влиянии уровня развития ответственности на успешность осуществления студентами учебной деятельности. Результаты эмпирического исследования показали, что высокому уровню развития ответственности соответствуют высокие показатели балльно-рейтинговой оценки учебной деятельности студентов. Результаты данного исследования можно применять для организации дополнительной работы по активизации познавательной деятельности студентов с целью повышения качества знаний.

Ответственность является центральной личностной характеристикой, определяющей стиль жизни, дающий возможность оптимально разрешить противоречия и трудности в жизни человека. Поэтому изучение ответственности объясняется, прежде всего, необходимостью анализа со стороны сознания, самосознания, переживания, совести, смысла жизни, выделяя причастность личности, за которой стоят интенции, в психологическом плане раскрываемые мотивами, чувствами, возможностями.

Именно эта сторона для нас первостепенна, так как ответственность мы понимаем как личностное свойство, что обязывает рассматривать его как сплав смыслового мотивационно-аффективного, интеллектуально-когнитивного, деятельностно-поведенческого образования. Вот почему исследование ответственности с психологической позиции требует нахождения, описания и раскрытия этого понятия в психологических терминах.

Объектом исследования является ответственность как личностная характеристика студентов.

Предметом исследования является взаимосвязь уровня развития ответственности и результатов учебной деятельности студентов.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между уровнем развития ответственности и успешностью в учебной деятельности.

Гипотеза исследования: уровень развития ответственности влияет на успешность учебной деятельности студентов: высокому уровню развития ответственности соответствует высокие показатели балльно-рейтинговой оценки учебной деятельности студентов.

Задачи исследования:

- провести изучение научной литературы по проблеме ответственности в рамках психологической науки;
- подобрать психодиагностический инструментарий для эмпирических исследований;
- исследовать уровень ответственности у студентов 1 курса факультета клинической психологии;

- провести анализ результатов исследования с помощью методов математической статистики;
- провести качественный анализ результатов исследования;
- сделать выводы относительно полученных результатов.

В исследовании применялись методики:

1. Изучение представлений об ответственности. Чтобы выявить, как первокурсники осознают понятие «ответственность», какого студента они считают ответственным, проводился опрос:

- Как ты понимаешь, что такое ответственность?
- Какого студента (ку), ты бы мог назвать ответственным?
- Назови самых ответственных студентов в группе?

Почему?

Экспериментатор фиксирует ответы и делает выводы, насколько правильно студент понимает значение этого слова. Умеет ли он оценивать проявление ответственности среди своих сверстников.

2. Изучение самооценки ответственности. Методика, разработанная М.В. Матюхиной, С.Г. Яриковой, позволяет определить, как человек оценивает свою личную ответственность. Предлагается инструкция: «Внимательно прочитай утверждения и подчеркни то, которое описывает тебя».

- Я очень ответственный ученик.
- Я ответственный, но не всегда.
- Я не очень ответственный.
- Я безответственный.

3. 16-факторный личностный опросник Кеттелла. В данном исследовании в расчет были взяты 6 и 15 факторы. 6-й фактор (G) «Выраженная сила «Я» – беспринципность». 15 фактор (Q3) «Высокий самоконтроль – низкий самоконтроль».

4. Изучение направленности личной ответственности (шкала интервального и экстернального контроля Роттера).

5. Изучение качества знаний студентов 1 курса факультета клинической психологии по итогам 1 семестра.

Испытуемые. Исследование охватило 38 студентов 1 курса факультета клинической психологии в возрасте 17-18 лет (23,7% – юноши, 76,3% – девушки).

Выборка формировалась с целью дальнейшего использования полученных в результате проведенного исследования данных для организации дополнительной познавательной деятельности студентов 1 курса факультета клинической психологии с целью повышения качества знаний.

Практическая значимость определяется возможностью использования полученных в результате проведенного исследования данных для организации дополнительной работы по активизации познавательной деятельности студентов 1 курса факультета клинической психологии с целью повышения качества знаний.

Проведенное исследование показало, что испытуемые недостаточно осознают, что такое ответственность, ответственный человек. Для испытуемых слово «ответственность» выступает синонимом хороший, умный. 39 % испытуемых не смогли сформулировать понятие ответственности.

По результатам самооценки – 21 % испытуемых считают себя очень ответственными (38 % которых имеют 100% качество знаний, 38% – выше среднего балла), 66% – ответственными, но не всегда (16% которых имеют 100% качество знаний, 36% – выше среднего балла), 13 % – не очень ответственными (7% имеют результаты выше среднего балла).

Исследования показали низкое качество знаний по итогам первого семестра студентов 1 курса факультета клинической психологии: средний балл успеваемости по курсу составил 3,4. При этом – 63 % испытуемых имеют знания ниже среднего уровня, что совпадает с результатами самооценки (не очень ответственные). Качество знаний на 1 курсе составляет 18 % (из которых 57% испытуемых имеют высокие и средние стени по фактору G, 100% – по фактору Q3), что подтверждает гипотезу исследования.

Испытуемые, получившие высокие и средние стени по фактору G имеют более высокий средний балл успеваемости (34%). Респонденты, получившие высокие и сред-

ние стени по фактору Q3 также отличаются более высоким средним баллом успеваемости (58%).

У 24 % испытуемых с интервальным локусом контроля наблюдается 100% качество знаний, с экстервальным локусом контролем – 17%.

Корреляция между показателями количества стенов по фактору G и средним баллом успеваемости статистически значима и является положительной (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $r=0.94$)

Корреляция между показателями количества стенов по фактору Q3 и средним баллом успеваемости статистически значима и является положительной ($r=0.95$)

Корреляция между направленности локуса контроля (интернальность) и средним баллом успеваемости статистически значима и является положительной ($r=0.90$)

Корреляция между показателями направленности локуса контроля (экстернальность) и средним баллом успеваемости статистически значима и является положительной ($r=0.84$).

Таким образом, получено подтверждение гипотезы, что уровень развития ответственности влияет на успешность учебной деятельности студентов 1 курса факультета клинической психологии: высокому уровню развития ответственности соответствуют высокие показатели балльно-рейтинговой оценки учебной деятельности студентов.

Результаты исследования могут найти применение при организации дополнительной работы по активизации познавательной деятельности студентов 1 курса факультета клинической психологии с целью повышения качества знаний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абульханова-Славская К.А. *Деятельность и психология личности*. – М.: Наука, – 1980. – 260с.
2. Муздыбаев К. *Психология ответственности*. – Л.: Наука, – 1983. – 240с.
- Шапарь В., Тимченко А., Швидченко В. *Рабочая книга практического психолога*. – М.: АСТ. – 2005. – 672с.

INVESTIGATION OF RESPONSIBILITY AS THE PERSONAL CHARACTERISTICS OF THE FIRST YEAR STUDENTS UNDERGOING A COURSE OF EDUCATION AT THE FACULTY OF CLINICAL PSYCHOLOGY

Kopylova I. A., Kalashnikova T.V.

Resume. The article discusses the impact of the level of responsibility for the success of students' learning activities. Results of empirical studies have shown that high levels of responsibility correspond to high levels of the Mark-rated educational activity of students. Results from this study can be used to organize further work to enhance students' cognitive activity in order to improve the quality of knowledge.

ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Кривоносова Л. М.

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент Тертична Н. А.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

кафедра загальної і медичної психології та педагогіки (зав. кафедрою – академік НАПН України, професор Максименко С.Д.)

Ключові слова: емоційне вигорання, виснаження, деперсоналізація, редукція власних досягнень, динаміка, профілактика

Комп'ютеризація побуту, змінений ритм життя, стиль діяльності суттєво впливає на емоційний стан кожної людини. Це навантаження призводить до почастищення виникнення стресів серед населення.

Саме емоційне виснаження є початковим етапом вигорання, що згодом призводить до деперсоналізації і втрати відчуття необхідності у власній діяльності. Ці аспекти виявляються у негативному ставленні до себе, оточення, власної роботи. Людина почуває себе нереалізованою, невпевненою, безнадійною.

Інтерес до емоційного вигорання з'явився в зарубіжній літературі у 1970-х роках. Сам термін був введений американським психіатром Х.Дж.Фрейденбергером у 1974 році для пояснення психологічного стану здорових людей, що надають професійну допомогу і тісно спілкуються з клієнтами [1]. Спочатку вважалося, що в групі ризику входять лише співробітники медичних закладів та благодійних організацій. Згодом Р.Шваб розширив групу професійного ризику: викладачі, юристи, тюремний персонал, політики, менеджери. Як пише К. Маслач, одна із найкращих спеціалістів у сфері вивчення емоційного вигорання, «діяльність цих професіоналів досить різноманітна, але їх об'єднує близький контакт з людьми, який, з емоційної точки зору, часто дуже складно підтримувати впродовж тривалого часу». Саме вона розділила синдром «емоційного вигорання» на три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція власних досягнень.

Проблема вигорання у студентів медичних університетів досить вивчена за кордоном. В даний час в Україні вона мало відома. Але виснаження, втрата інтересу до власної діяльності досить поширені в нашій країні не лише для працівників, але і для студентів. Розвиток навчальної програми останніх років призводить до збільшення стресових ситуацій, що негативним чином впливає на емоційний стан молоді.

Метою роботи є дослідження динаміки емоційного вигорання серед студентів медико-психологічного факультету та порівняння результатів з І медичним, планування кореляції їхньої діяльності для запобігання у майбутньому вигоранню.

Відомо декілька основних підходів до вивчення синдрому «професійного вигорання». А. Пінес та Е. Аронсон, представники однофакторної моделі емоційного вигорання, розглядали його як стан фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, що відбувається в результаті тривалого перебування в емоційно складних ситуаціях. В даному випадку виснаження було головним чинником вигорання [2].

В. Шауфеллі розглядав емоційне вигорання як двомірну конструкцію (двофакторна модель емоційного вигорання), що складається з емоційного виснаження та деперсоналізації [3].

К. Маслач та С. Джексон виділили трифакторну модель емоційного вигорання, що включав в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

Емоційне виснаження виступає основною складовою емоційного вигорання. Виникає відчуття «приглушеності», «притуплення» емоцій, з'являються симптоми депресії, іноді можливі емоційні зриви.

Деперсоналізація проявляється у деформації відносин з іншими людьми в межах виконання робочих функцій. Деперсоналізація – стан, що супроводжується зміною чи втратою почуття власного «Я».

Редукція особистісних досягнень проявляється в зниженні почуття компетентності в роботі, невдоволенні собою, відчутті зменшення цінності своєї діяльності, нехтуванні службовими обов'язками, обмеженні своїх можливостей, в негативному самосприйнятті в професійному плані [4].

В даному дослідженні використовувалися наступні методи: теоретичний аналіз наукових джерел, спостереження, опитування, тестування.

Після теоретичного вивчення та обробки літератури про емоційне вигорання було проведене спостереження за студентами медичного університету. Даний метод дозволив виділити людей з ознаками стресу та емоційного виснаження. Особливо це спостерігалось у студентів, що надто сильно переживають за результати навчання та старанно працюють. Тобто люди, більш інтровертовані та

замкнуті у собі, сильніше потерпають від емоційного виснаження.

Наступним етапом було проведення опитування серед студентів, за якими спостерігали раніше. Цей метод дозволив виявити серед опитуваних ступінь обізнаності про емоційне вигорання, його причини та прояви.

Однак основний метод – тестування. Використовувався опитувальник Водоп'янової Н. Е. для об'єктивної оцінки рівня емоційного вигорання, розроблений на основі Maslach Burnout Inventory (МВІ). Цей опитувальник дозволяє прослідкувати стадію вигорання на основі тривимірної моделі. Структура моделі включає в себе три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень.

1) Емоційне виснаження виступає основною складовою емоційного вигорання. Це початковий етап, з якого починається вигорання.

2) Деперсоналізація проявляється у деформації відносин з іншими людьми в межах виконання робочих функцій. Поява цієї ознаки вважається характеристикою середнього і, частково, високого ступеня вигорання.

3) Редукція особистісних досягнень проявляється у зниженні почуття компетентності в роботі, невдоволенні собою, відчутті зменшення цінності своєї діяльності. Цей процес досить тривалий і вимагає найбільшої уваги.

Опитувальник включає 22 питання, що стосуються емоційної та діяльнісної сфери. На кожне запитання відповідь давалась у формі «ніколи», «дуже рідко»,

«рідко», «іноді», «часто», «дуже часто», «завжди» і оцінювалась по шкалі від 1 до 6. Далі бали підраховувались окремо по трьох компонентах.

Наше дослідження, головним компонентом якого є опитувальник Водоп'янової, показало результати, згідно з якими ми зробили наступні висновки.

Перший компонент – емоційне виснаження – має деякі відмінності на медико-психологічному та І медичному факультеті. На першому курсі у 10% студентів жіночої статі та 9% чоловічої І медичного виявляється високий рівень емоційного виснаження. Отримані показники на першому курсі медико-психологічного факультету не показують наявності високого рівня виснаження, тобто наявні лише середній та низький рівні. На третьому курсі картина дещо змінюється. На обох факультетах переважають середні показники, але на медико-психологічному з'являється тенденція до значного підвищення показників, а у чоловічої статі навіть 25% показників високого рівня. На п'ятому курсі більшість студентів обох факультетів мають стабільні показники середнього рівня, тобто емоційне виснаження вирівнялося (табл. 1, 2).

Другий компонент – деперсоналізація – не має таких відмінностей між факультетами. Однак на першому курсі І медичного факультету все-таки 16% чоловічої статі відчуває втрату власного «Я». На третьому та шостому курсах обох факультетів показники лежать в межах середнього рівня (табл. 3, 4).

Табл. 1. Показники емоційного виснаження серед студентів 1,3,5 курсів медико-психологічного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	І к.	ІІ к.	ІІІ к.	І к.	ІІ к.	ІІІ к.
Високий	-	-	-	-	25	-
Середній	85	89	80	50	75	80
Низький	15	11	20	50	-	20

Табл. 2. Показники емоційного виснаження серед студентів 1,3,5 курсів І медичного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	І к.	ІІ к.	ІІІ к.	І к.	ІІ к.	ІІІ к.
Високий	10	-	-	9	-	-
Середній	70	71.5	90	74	85	70
Низький	20	28.5	10	17	15	30

Табл. Показники деперсоналізації серед студентів 1,3,5 курсів медико-психологічного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	І к.	ІІ к.	ІІІ к.	І к.	ІІ к.	ІІІ к.
Високий	-	-	-	-	-	-
Середній	43	50	55	30	50	60
Низький	57	50	45	70	50	40

Табл. 4. Показники деперсоналізації серед студентів 1,3,5 курсів І медичного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	І к.	ІІ к.	ІІІ к.	І к.	ІІ к.	ІІІ к.
Високий	-	-	-	17	-	-
Середній	60	57.2	50	33	69	60
Низький	40	42.8	50	17	31	40

Табл. 5. Показники редукції власних досягнень серед студентів 1,3,5 курсів медико-психологічного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	I к.	III к.	V к.	I к.	III к.	V к.
Високий	-	-	-	-	-	-
Середній	72	61	60	30	50	50
Низький	28	39	40	70	50	50

Табл. 6. Показники редукції власних досягнень серед студентів 1,3,5 курсів I медичного факультету

Рівень	Жін.			Чол.		
	I к.	III к.	V к.	I к.	III к.	V к.
Високий	-	-	-	8	-	-
Середній	20	71.5	60	58	70	40
Низький	80	28.5	40	34	30	60

Остання характеристика – редукція особистісних досягнень – дещо подібна до деперсоналізації. Як і у попередньому компоненті на першому курсі I медичного факультету 8% чоловічої статі мають високий показник. Щодо наступних курсів, переважає середній, іноді – показники зрівнюються з низьким рівнем – 50%:50% (табл. 5, 6).

Отже, емоційне вигорання, що являє собою синдром, який порушує людську діяльність внаслідок впливу на організм довготривалого стресу, має дещо відмінні показники серед студентів медико-психологічного та I медичного факультетів. На медико-психологічному факультеті характерне збільшення показників, що може бути пов'язане з більш навантаженим графіком. Тобто середній рівень вигорання з відхиленням до крайньої середньої межі характерний для третього курсу. Ці показники дещо знижуються на п'ятому, однак тримаються в більшості випадків в межах середнього рівня. Такий невеликий спад може бути пов'язаний з розумінням пройденого шляху, з відчуттям свободи.

Для I медичного факультету характерна тенденція до зниження вигорання на третьому курсі відносно першого. Такі показники представлені падінням частини показників з високого до середнього рівнів. Наявність високого рівня можна пояснити більшою дезадаптованістю серед студентів лікувального факультету, тому що студенти, що вступають на медико-психологічний мають певну моральну підготовку через зацікавленість у психології. На першому курсі спостерігається дезорганізація у навчанні, пов'язана з переходом у новий колектив, нове оточення та до нових вимог.

Третій курс, безсумнівно, вважається найскладнішим. Саме на цьому етапі навчання спостерігається вершина – як по складності предметів, так і по висоті навантаження переїздів між парами.

П'ятий курс символізує собою майбутню свободу вибору професії перед шостим, останнім роком навчання. Студенти усвідомлюють, що найскладніше у навчанні позаду, попереду перехідний етап у самостійне життя. Цю бездоганну картину псує лише єдиний момент – подальше працевлаштування.

Порівняння показників прояву складових вигорання можна прослідкувати у діаграмах (рис.1, 2).

Отже, емоційне вигорання характерне для інтеракції в системі «людина – людина». Тому воно може розвинути-

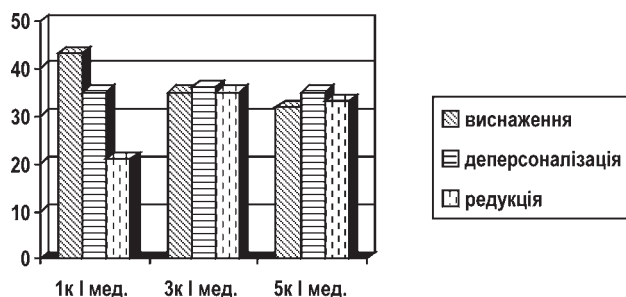


Рис 1. Показники зміни складових вигорання на різних етапах навчання серед студентів медико-психологічного факультету

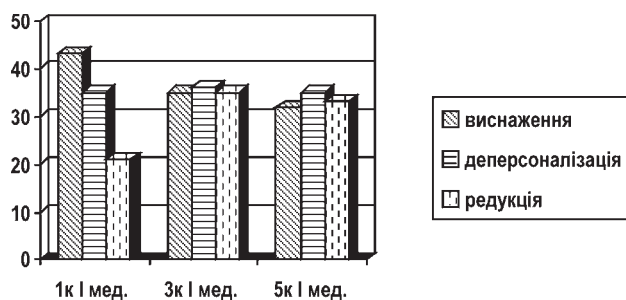


Рис 2. Показники зміни складових вигорання на різних етапах навчання серед студентів I медичного факультету

ся не лише на роботі, а й під час навчання у вузі. Становлення власного професійного Я та усвідомлення себе у майбутній професії дуже часто є складним для особистості та емоційно напруженим процесом. На початку навчання надмірний стрес та страх бути неуспішним в обраній професійній діяльності може проявлятися у зниженні власних професійних успіхів. З часом неадекватні захисти сприяють не тільки посиленню зневіри у себе, але й деформації стосунків з оточуючими.

Наші дослідження показали, що студенти медичних університетів, особливо медико-психологічного факультету, мають досить високі показники вигорання. Це пов'язано зі значною інтенсивністю розумової діяльності, підвищеними вимогами з поєднанням медицини і психології, усвідомленням себе у майбутній професії медичного психолога.

Оскільки процес професійного розвитку майбутнього фахівця починається з моменту професійного самовизначення, важливим завданням стає профілактика професійної деформації. До профілактичних методів можна віднести організацію розпорядку дня, регуляцію відпочинку і навчання, музикотерапію та заняття справою душі [5,6].

Висновки. Отже, виходячи з результатів проведеної роботи ми можемо зробити відповідні висновки. Підкреслимо, що вигорання – синдром, який характерний в системі взаємодії «людина – людина» і складається з трьох компонентів – емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень.

Дослідивши основні характеристики вигорання за допомогою опитувальника Водоп'янова, робимо висновок, що у більшості опитаних упродовж навчання переважає емоційне виснаження, тобто початковий етап вигорання. Деперсоналізація та редукція особистісних досягнень має місце у деяких відповідях, але з цими студентами необхідно провести індивідуальну роботу.

Результати дослідження дозволили відмітити невелику різницю у показниках вигорання серед студентів медико-психологічного та І медичного факультетів.

На лікувальному спостерігається наявність високого рівня вигорання вже на першому курсі, що поступово зменшується протягом навчання до п'ятого. На медико-психологічному емоційне вигорання лежить в межах середнього рівня з невеликим підвищення показників на третьому курсі до крайніх меж середнього рівня та повернення результатів на п'ятому.

Резюме. Эмоциональное выгорание характерное для интеракции в системе «человек – человек». Поэтому оно может развиваться не только на работе, но и во время обучения в вузе. Больше всего от него страдают студенты медицинских университетов, особенно медико-психологического факультета. Это связано со значительной интенсивностью умственной деятельности, повышенными требованиями с сочетанием медицины и психологии, осознанием себя в будущей профессии медицинского психолога.

Проаналізувавши основні засоби профілактики емоційного вигорання, ми зробили висновок, що найбільш оптимальними для студентів медичного вузу є наступні. Перш за все, необхідно щодня знаходити невеликі дрібнички для радості, намагатися розподіляти навчання та вільний час для улюбленої справи (художня література, перегляд фільму, заняття спортом). Також значне місце у профілактиці займає психотерапевтичні методи: арт-терапія, музикотерапія, раціоналізація тощо.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Freudenberger, H.J. Staff burnout // Journal of Social Issues. V. 30, 1974. P. 150–165.*
2. *Pines A. Career Burnout: causes and cures / A. Pines., E. Aronson. – New York: Free Press, 1988.*
3. *Maslach C.M. Job burnout / C.M. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – PP. 397-422.*
4. *Maslach C. History and conceptual specificity of burnout. Recent development in theory and research / C. Maslach, W. Schaufeli. – New York: Hemisphere Publ. Corp. – 1993.*
5. *Водоп'янова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд.– СПб.: Питер, 2008. – 336 с.*
6. *Лаврова К., Левин А. Синдром выгорания: профилактика и управление. Пособие для сотрудников, работающих в программах снижения вреда. – Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ). 2006. – с.15-16; 4, с. 227.*

Emotional burnout is characteristic for interactions in the system «man – a man. « Therefore, it can develop not only at work but also during studying at the university. The students of medical universities suffer mostly, especially on medico-psychological faculty. This is associated with considerable intensity of mental activity, demanding a combination of medicine and psychology, self-awareness in the future profession medical psychologist.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ МУЗИКАНТІВ (ПИТАННЯ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ)

Кутєпова-Бредун Вікторія Юрївна

*Дніпропетровський національний університет
Факультет психології*

Ключові слова: особистість музиканта, чутливість, інтроверсія, тривожність, психологічні проблеми музикантів, нервово-психічні порушення музикантів.

У сучасній культурі існує тенденція надавати можливість отримувати музичну освіту молодим людям, що відображає розуміння гуманістичної та розвиваючої ролі музики відносно особистості. Але особисті характеристики, необхідні для успішності у музичній діяльності, не завжди враховуються. Актуальність проблеми психологічної підтримки особистості та психологічного здоров'я музикантів зумовлена, по-перше, досить стресогенним характером професії, що вимагає від людини як здібності до довгих занять і вміння мобілізуватися під час концертного виступу, так і наявності специфічних рис характеру, що формуються під час навчання та професійного розвитку, як ті, що можуть як допомагати, так і стояти на шляху професійного успіху людини.

Метою даної статі є аналіз наукових досліджень в аспекті вивчення особистості музикантів, дослідження рис, які є характерними для представників даної професії, та проблем, пов'язаних з вихованням та психологічним здоров'ям музикантів.

Новизна роботи полягає у пошуку причин успішності музикантів не у професійних навичках, технічній підготовці або особливостях навчання, а у специфіці особистісних характеристик, що лежать в основі їх професійної діяльності.

Теоретичною базою роботи стали зарубіжні та вітчизняні психологічні дослідження Кемпа, Д.Коффмана, Блінової, Бараша, Роджественської та інших дослідників, які присвячені психологічному моніторингу діяльності музикантів.

Гра на музичному інструменті – один із найбільш складних видів людської діяльності, який вимагає для своєї реалізації не тільки високий професіоналізм, але ще й високу ступінь особистого розвитку у цілому, а узгодженість психічних процесів – волі, пам'яті, уваги, відчуття та сприйняття, мислення та уяви, – та безумовну узгодженість тонких фізичних рухів[1].

Музиканти-виконавці та педагоги, отримуючи добру академічну освіту, нерідко опиняються у ситуації, коли професійні знання, уміння та навички не є залогом успішності у діяльності. [3].

Дійсно, у процесі праці спеціаліст нерідко відчуває труднощі, які мають не тільки вузькопрофесійні, але й загально психологічні причини. Роботу виконує людина, а

не деякий носій певної суми вмінь та навичок, і часто саме особистісні проблеми стають причиною професійних деформацій та невдач. [3].

Категорію особистості у психології можна вивчати за допомогою двох поглядів. По-перше, одні дослідники вивчають особистість з точки зору рис характеру, які, за словами Кетелла, є найменшими одиницями, але послідовними та надійними[19]. Другий погляд пов'язаний з типами особистості, наприклад, Мейлах, виділяє типи особистості музикантів в залежності від способу мислення, такі, як художньо-аналітичний тип, який спирається на аналітичний компонент, суб'єктивно-експресивний тип, у якого чуттєвість та емоційність переважають аналітичні тенденції, та раціоналістичний тип, діяльність якого спирається головним чином на вольовому компоненті[8]. Ця класифікація нагадує типи характеру творчих людей французького дослідника Фульє, які він називає чуттєвим, інтелектуальним та вольовим. Але не слід протиставляти теорії рис характеру та типів особистості[7].

Окрім типів характеру та окремих рис, у літературі також можна знайти погляд, що спирається на особливому об'єднанні рис характеру, які складають певний профіль особистості, характерний для певних видів діяльності.

Численні дослідження психологічних особливостей особистості талановитих музикантів припускають те, що останні мають певний патерн або профіль, який, може ще й не у повному обсязі, але вже розкривається серед молодих музикантів[16,20].

А.Е.Кемп та Krueger (1971, 1974,1979) довели, що в професії музикантів існують психологічні риси, якими можна характеризувати більшість груп музикантів. Це: інтроверсія, незалежність, чутливість, тривожність, андрогінія[16].

А.Е. Кемп (1996, 2000) вказував також на те,що, молоді музиканти, як ціла група, мають значущий рівень інтроверсії, який проходить з дитинства до зрілості. Але дослідник зазначає, що інтроверсія музикантів відрізняється від тієї інтроверсії, яку можна знайти у загального населення, тим, що вона не має у собі звичайний елемент інтроверсії – сором'язливість. Найбільш поширений аспект інтроверсії молодих музикантів – це значний рівень самостійності разом із елементами відчуженості у найбільш талановитих з них[20].

Інтроверсія пов'язана з ще одним важливим аспектом особистості музиканта – це особлива форма чутливості.

Чутливість музикантів включає рівень почуттів та інтуїції, які потрібні музиканту під час виконання [16].

Одже, Кемп наголошує на тому, що музиканти – помітні інтроверти, але також підкреслює і «хоробрість», яка виникає не тільки зі значних внутрішніх ресурсів, але також із високого рівня незалежності їх особистості. Хоча простежується тенденція того, що юні музиканти показують певний рівень залежності, а більш досвідчені музиканти, що досягли вищої освіти та професійного життя, характеризуються помітним рівнем незалежності. Досліджуючи рівень конформності та контролю за опитувальником Кеттела, автор також вказує на сумнінність та самовладання, що помітні вже з раннього віку, і зберігаються до зрілого віку. [16].

Треба також зауважити ще про одну додаткову рису темпераменту вже дорослих музикантів. Хоча більшість молодих музикантів не мають тривожності, яку можна помітити у професіоналів, все ж таки вона зустрічається також і у дуже талановитих дітей, що відвідують спеціальні музичні школи [20]. Данні опитування 500 виконавців, у тому числі учасників міжнародних конкурсів, свідчать про те, що специфічна «артистична» тривожність не є показником тривожності як риси характеру. Згідно дослідженням Н.В.Рожественської, кореляції між рівнем концертної тривоги, що діагностувалася за допомогою методики самої Н.В.Рожественської, та тривожністю, що діагностувалася за методикою Д.Тейлора, не було виявлено [10].

Аналізуючи психологічні проблеми концертної діяльності, Г.М. Коган дійшов до висновку, що головною причиною хвилювань під час виступів є неадекватна самооцінка виконавця: недооцінка своїх здібностей, яка може формувати невпевненість, як рису характеру, або ж, навпаки, переоцінку своїх здібностей. Цього погляду дотримуються багато дослідників та виконавців. Полемізуючи з Г.Коганом, С.Савшинський бачить природу фрустрації та хвилювання у музикантів-виконавців у вимогливості, притаманній кожному митцю. Саме високо артистичні особистості більш схильні відчувати хвилювання, пов'язане з високою професійною відповідальністю [11].

Також дослідники помічають і певні особливості такої характеристики як артистичність музикантів. Н.В.Рожественська, використовуючи шкалу «артистичність» з опитувальника Кеттела та шкалу «демонстративність» з опитувальника Ленгарда, не отримала кореляції артистичності із успішністю у оволодінні акторським мистецтвом, що свідчить про особливий характер професійної артистичності музикантів у порівнянні з життєвою артистичністю [4]. С.Савшинський досліджуючи біографії та концертну діяльність видатних виконавців, доказує, що «артистизм» не окремий прояв загальних властивостей особистості, а специфічна здібність, що може знаходитись у суперечності із загальними властивостями його характеру. Так, як і музикальність, це – специфічна якість, що формується під час діяльності. [11].

А.Е.Кемп, говорячи про виконавське мистецтво, вказує, що для нього необхідна деяка ступінь «андрогінії» [18]. У порівнянні з нормою, музиканти-чоловіки більш жіночні, а жінки – більш мужні. Можливо, це пояснюється тим, що робота професійного музиканта-виконавця у

ідеалі потребує поєднання традиційно чоловічих здібностей (наприклад, математичних, та здатність до конкуренції) та жіночих якостей (чуттєвості та експресивності) [5].

Достатньо складною та цікавою також є проблема співвідношення об'єму знань, розумових здібностей зі здібностями до творчості. Загально прийнятою думкою у психології музики є те, що музична обдарованість не пов'язана з загальним інтелектуальним рівнем людини, як оцінюють стандартні тести. Хоча дослідники і помічають невелику кореляцію між музичними здібностями та високим інтелектом, але музичний талант не залежить від інших здібностей. Тобто, високий інтелект не є необхідною умовою виявлення музичного таланту [5].

Аналізуючи дослідження А.Е.Кемпа, автора книги «Музичний темперамент: психологія та особистість музикантів», у якій автор представив результати дослідження опитувальника Кеттела, ним було встановлено, що професійні музиканти, окрім вже зазначених рис (тривожності, чутливості, андрогінії та інтроверсії), також мають наступні помітно виражені риси: домінантність (E+), жвавість (F+), соціальна хоробрість (H+), приватність (L+) [19].

Згодом за дослідженнями рис характеру особистості професійних музикантів Кемпа, дослідник Д. Коффман вирішив порівняти патерн особистості професійних музикантів із музикантами аматорами, припускаючи, що ті ж риси будуть виявлені і в останніх, але у меншій ступені. Досить несподіваними були результати досліджень. Замість меншої ступені вираженості рис музикантів-аматорів, вони опинилися зовсім протилежними. Наприклад, у дослідженнях Кемпа професійні музиканти мали наступні риси (за опитувальником Кеттела): Домінантність (E+), живість (F+), соціальна хоробрість (H+) та приватність (L+). Музиканти аматори ж мали наступні показники по тим самим шкалам – домінантність (E-), живість (F-), приватність (L-) [9]. Тобто музиканти-професіонали більш самостійні, незалежні, активні, вони не бояться публічних виступів, а аматори – навпаки – більш залежні та пасивні [15].

Вважається встановленим, що разом із загальними типологічними властивостями, що характеризують нервову систему в цілому, визначають темперамент людини та впливають на формування рис характеру людини, існують також типологічні властивості, які формуються у діяльності там навіть більше впливають на здібності [4].

Лепиховою Л.А. та Т.Ф.Цигульською (1982) встановлено, що музикантам більш всього притаманна слабка та високо лабільна нервова система. Роль високої лабільності нервової системи для успішності у музичній діяльності було підтверджено також і у інших дослідженнях (Букреєв І. С., 1983; Гусева Е. П., Медянніков А. И., 1985; Нікешичев М. В., 1990; Цагарелли Ю. А., 1981, 1989) [6].

Дроздовський А.К. досліджував типологічні особливості властивостей нервової системи у музично здібних учнів музичної школи-інтернату. Їм був притаманний наступний типологічний комплекс: сильна або середня за силою нервова система, інертність збудження, висока або середня рухливість гальмування, переважання гальмування за зовнішнім та внутрішнім балансом. Наявність цих типологічних особливостей означає, що у музично обда-

рованих дітей виражені терплячість (сильна нервова система, інертність збудження, гальмування за зовнішнім балансом, посидючість (гальмування за внутрішнім балансом), добра рухова та знакова пам'ять (інертність збудження) та емоційна стійкість (сильна нервова система)[6].

Аналізуючи праці, присвячені дослідженню характеру передстартових психічних станів людини у зв'язку з типологічними особливостями нервової системи, Б.А.Вяткин довів можливість компенсації ряду типологічних властивостей нервової системи, темпераменту по відношенню до вимог діяльності, спростовуючи виявлену у деяких дослідженнях пряму залежність успішності у окремих видах діяльності від типологічних особливостей нервової системи людини, рівня його емоційної реактивності. Цю думку можуть підтверджувати результати досліджень музикантів-виконавців в умовах публічних виступів[4].

Так, згідно експериментально-психологічним дослідженням, проведеним на Міжнародному конкурсі ім. П.І. Чайковського, лауреати конкурсу, що досягли найвищого рівня успіху, відрізняються високим рівнем емоційної реактивності по психофізіологічним показникам, що часто характерно для людей із слабким типом нервової системи. З іншої сторони, у цієї групи помічено мінімальний рівень концертної тривоги. У майстрів перед концертами спостерігався стан психологічної готовності до виступу, який характеризується оптимальним рівнем емоційного збудження, високою ступеню перешкодостійкості по відношенню до несприятливих зовнішніх та внутрішніх факторів, потребою виконання перед слухачами[4].

Причиною цих зрушень може бути високий рівень розвитку волі музикантів. Концентрація уваги, повна мобілізація психофізіологічних ресурсів, саморегуляція, як прояви вольової поведінки є психологічними умовами успішності музичально-виконавської діяльності.

Екстремальні ситуації, у яких часом опиняється людина в залежності від специфіки своєї професії, не тільки висувають певні умови до його волі, але й активно формують її. Цієї думки дотримуються багато видатних дослідників, зокрема –Б.М. Теплов, С.Л.Рубінштейн. Здібності людини, його індивідуальні якості та риси інтенсивно розвиваються у руслі діяльності, яка у свою чергу, вимагає саме цих здібностей та якостей[4,13].

При цьому важливо, що ситуації такого роду, багаторазово повторюючись у професійній музичній діяльності, створюють умови при яких епізодичні, рефлексорні прояви волі людини перетворюються у індивідуально-особистісні якості, що формуються у стійкі психічні утворення. Воля – як риса характеру, як особлива психологічна субстанція – починає відігравати все більш важливу роль у ієрархії рис характеру, переходячи у більш глибинні та фундаментальні структури особистості[4].

Разом з рисами характеру, характерними для музикантів, дослідники виділяють і характерні для цієї професії проблеми, що пов'язані як із особливостями самої професії, характерним типом виховання, так із формуванням особистості під впливом музичної діяльності.

У своїх дослідженнях Блінова О.А. розглядала діяльність музиканта-професіонала за допомогою психограми – сукупності особистісних якостей, необхідних про-

фесіоналу для повноцінного виконання трудових функцій. Так, психограма музиканті потребує роботи з 5 групами проблем, з якими люди зазвичай звертаються за допомогою[12]:

1. Проблеми самопочуття та формування навичок саморегуляції, які суб'єктивно відчуються як «втома», «швидка стомлюваність», «погане самопочуття», «трудно розслабитися та відпочити».
2. Проблеми впевненості у собі, які суб'єктивно відчуються як страх, що «не зможу», труднощі у прийнятті рішень, слабка опора на себе, низька самооцінка.
3. Проблеми спілкування – труднощі у особистих та соціальних контактах, які суб'єктивно відчуються, як відсутність розуміння у спілкуванні, недовіра до людей, боязнь конфліктів або застрягання на них, страх бути «не зрозумілим» або «не прийнятим» іншими людьми.
4. Проблеми особистого та професійного самовираження, як переживаються як « не вмію себе показати», «не можу бути помітним», «не можу справити необхідне враження».
5. Проблеми мотивації діяльності – почуття «непотрібності» своєї діяльності, а звідси – відсутність інтересу до навчання або праці[3].

Окрім впливу психологічних особливостей та конфліктів на виконавське мистецтво музикантів, виділяють також і негативний вплив на здоров'я людини [2].

У 1979 році у Ленінградському психоневрологічному науково-дослідницькому інституті ім.Бехтерева під керівництвом В.К.Мягер було досліджено велику кількість студентів консерваторії. При аналізі результатів дослідження було виявлено широкий спектр: від психосоматичних порушень (виразкова та гіпертонічна хвороба, екзема, нейродерміт) до стертих форм психотичних захворювань. Слід зазначити, що студенти, що приймали участь у дослідженні, були добровольцями. У більшості з них було виявлено слабо виражені вегетативні та астенічні порушення та особливості особистості у рамках характерологічних акцентуацій (по А.С.Личко) та неврозів.

Досить специфічним невротичним синдромом для студентів консерваторії (у порівнянні з іншими вузами) є також професійний спазм рук у інструменталістів та афонія у вокалістів[2].

Як було виявлено, значному поширенню нервово-психічних порушень серед студентів консерваторії сприяє досить характерний для них тип виховання. Як правило, батьки музикантів «обирають майбутню професію» дитини у віці 3-5 років (такий ранній професійний вибір не є характерним для абсолютної більшості абітурієнтів інших вузів). Професія музиканта потребує довгих та систематичних занять. Таким чином, під час вступу до консерваторії абітурієнти консерваторії мають досить високий професіоналізм (що знову не є характерним для абітурієнтів інших вузів), але також і недостатню особистісну та емоційну зрілість та дефіцит навичок міжособистісного спілкування[2].

На перший погляд здається досить дивним, що психосоматичні зриви трапляються з людьми, які професійно пов'язані з музикою, лікувальна та катартична дія якої використовується з давніх часів. Але парадокс «виховання

музичних вундеркіндів» полягає у тому, що музична діяльність, спочатку пасивно нав'язана, згодом часто перетворюється у засіб досягнення професійних навичок та виконавського успіху, але так і не набуває самостійної особистісної значущості[2].

Другим специфічним фактором, який провокує декомпенсації у частини студентів, – це відкрита «орієнтація на лауреата». Ця система забезпечує відбір найбільш талановитих професіоналів, але не сприяє збереженню психосоматичного здоров'я студентів[2].

Парадокс ролі особистості у музичній психології полягає у тому, що визнається та підкреслюється роль особистості, приділяється увага особистісно-психологічним особливостям та їх ролі у професійній діяльності видатних виконавців, дається характеристика основних психологічних проблем, – але не показаний шлях подолання цих проблем[3]. Ця проблема має перспективи у подальшому дослідженні особистісних детермінант, що лежать в основі музичної діяльності, а також розробленні заходів, що можуть допомогти молодим музикантам при вирішенні їх особистісних проблем, допомогти підтримувати психологічне здоров'я та використовувати всі можливості людини без перешкод з боку особистісних конфліктів, які можуть впливати на успіх чи невдачу у професійній діяльності.

Отже, існує багато досліджень, що стосуються особистісних особливостей музикантів, але їх повнота та структура все ще не достатні, тобто поглиблення дослідження особистісних детермінант успішності у музичній діяльності є актуальною проблемою. Її практична значущість полягає як у психологічній діагностиці учнів для прогнозування успішності у даному виді діяльності, так і у наступній психологічній підтримці музикантів-виконавців. Особливої уваги потребує надання превентивним психопрофілактичним заходам, націленим на гармонізацію особистості молодих музикантів та покращенню комунікативних функцій та здоров'я в цілому.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ашмарин И.И. Зачем человеку музыкальность. "Человек", 1998, № 2, с. 57-78.
2. Бараш Б. А. Психопрофилактическая помощь студентам вузов. – В кн.: Психогигиена и психопрофилактика. Л., 1983, с. 39–45.
3. Блинова О.А. Методика личностно-ориентированной коррекции профессионального развития средствами музыки (на материале психологов, педагогов,

музыкантов-исполнителей). Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. М., 2002, ст. 2-6.

4. Бочкарёв Л. Л. Психология музыкальной деятельности. – М., Издательство «Институт психологии РАН», 1997. – 352 с.

5. Вильсон Гленн. «Психология артистической деятельности: Таланты и поклонники» / А.И. Блейз (пер.с англ.). – М.: Когито-Центр, 2001, с.

6. Ильин Е.П. Психология творчества, креативности, одаренности. : Питер; СПб.; 2009.

7. Курнарская Д. К. Музыкальные способности. М., 2004.

8. Курнарская Д.К. и др. Психология музыкальной деятельности. Теория и практика: : М.:2003г.: 368с.

9. Петрушин В.И., Музыкальная психология. Москва, «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 1997, с. 20-92.

10. Рождественская Н. В. Творческая одаренность и свойства личности. (Экспериментальное исследование актерской одаренности). – В кн.: Психология процессов художественного творчества. Л., 1980.

11. Савишинский С. Работа пианиста над музыкальным произведением. М.-Л., 1964.

12. Социально-психологический тренинг как средство личностно-ориентированной коррекции профессионального развития музыкантов

13. Теплов Б. М. Психология музыкальных способностей. – В кн.: Проблемы индивидуальных различий. М., 1961.

14. Цагарелли Ю. А. Психология музыкально-исполнительской деятельности. СПб., 2008.

15. Kemp, A. E. (1981a). The personality structure of the musician. I. Identifying a profile of traits for the performer. *Psychology of Music*, 9(1), 3-14.

16. Kemp, A. E. (1981c). Personality differences between the players of string, woodwind, brass and keyboard instruments, and singers. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 66-67, 33-38.

17. Kemp, A. E. (1985). Psychological androgyny in musicians. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 85, 102-108.

18. Kemp, A. E. (1996). *The musical temperament: Psychology and personality of musicians*. Oxford: Oxford University Press.

19. Richard Parncutt & Gary E. McPherson. *The Science and Psychology of music performance; creative strategies for teaching and learning*. Oxford University Press, 2002.

Резюме: В статье приводится анализ работ, посвященных изучению личности музыканта. Описываются основные черты характера представителей данной профессии, основные психологические проблемы, характерные для музыкантов и их типологические особенности.

Abstract: The article deals with the analysis of the personality of musicians. The main features of the musicians, their main psychological problems and typological peculiarities are analyzed in the article.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДВИЖНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Ларин Н.А., Каращук Л.Н.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития», г. Рязань, Россия

Резюме. В статье приводятся результаты сравнения подвижного интеллекта людей среднего и пожилого возраста на примере российской выборки. Для измерения текучего интеллекта использована методика «прогрессивные матрицы Равена». В результате исследования установлена обратная связь текучем интеллектом и возрастом.

Ключевые слова: текучий интеллект, кристаллизованный интеллект, прогрессивные матрицы Равена.

В данной работе мы придерживаемся концепции интеллекта созданной Р. Кеттеллом и Дж. Хорни. Согласно этой модели существует «текущий» и «кристаллизованный» интеллект. По Кеттеллу, «текущий» интеллект выступает в задачах, решение которых требует приспособления к новым ситуациям; он зависит от действия фактора наследственности; «кристаллизованный» интеллект выступает при решении задач, явно требующих обращения к прошлому опыту (знаниям, умениям, навыкам), в большой степени заимствованному из культурной среды [1].

Исследования Шайе свидетельствуют о понижении подвижного интеллекта в старости. Последующие исследования Каннинхэма, Клэйтона, Овертона показали, что молодые более высокие результаты при проведении простых тестов на подвижном интеллекте (прогрессивные матрицы Равена), чем пожилые люди. Аналогичные выводы сделал Рэббитт и др., что затем подтвердили исследования Зингера и др. Солтхаус проанализировал большое количество тестов результатов тестов и обнаружил, что показатели пожилых людей были в среднем на 1,75 среднее квадратическое отклонение ниже, чем у молодых людей. [4]

Таким образом, практически все исследования подвижного интеллекта в пожилом возрасте начиная с 1967 по 2004 года являются зарубежными. Они выявляют снижение подвижного интеллекта в старости. Российских современные исследования интеллекта (Е.С. Авербух) не обнаруживается грубого нарушения интеллекта в старости. [2;3]

Отсутствие исследований на российской выборке обуславливает актуальность темы. В данной работе исследовались особенности подвижного интеллекта в пожилом возрасте на российской выборке. Целью нашего исследования является изучение связи между возрастом и уровнем интеллекта у человека. Гипотеза: подвижный интеллект зависит от возраста и снижается в старости.

Для измерения текучего интеллекта использовалась методика «таблицы Равена» (шкала прогрессивных матриц). С помощью теста Равена исследователи судят о способностях к систематизированной, планомерной, методической, интеллектуальной деятельности. Тест состоит

из невербальных заданий, что имеет важное значение, так как он меньше учитывает приобретенные обследуемым в связи с образованием и жизненным опытом знания. Таким образом, тесты на подвижный интеллект опираются на приобретенное знание в меньшей степени и оценивают то, что можно определить как способность решать задачи, решения которых нельзя извлечь из полученного образования или практике.

Выборку составляли жители г. Рязани. Выборка была разделена на две группы: возраст первой группы составил от 35 до 45 лет, средний возраст 40 лет, возраст второй выборки составил от 55 до 65 лет, средний возраст 61 год.

Результаты исследования были обработаны с помощью статистического метода Спирмена. В результате была получена высокая корреляционную связь между возрастом и IQ, что свидетельствует о снижении текучего интеллекта в пожилом возрасте.

Таким образом, результаты исследования на российской выборке подтверждают данные зарубежных авторов. В пожилом возрасте в первую очередь страдает «текущий» интеллект, а «кристаллизованный» практически остается без изменений. Подобных исследований в российской психологии мало и необходимо более углубленного изучение разных видов интеллекта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Когнитивная психология [Текст] : Учебник для вузов / Под ред. В.Н.Дружинин, Д. В. Ушакова – М.: ПЕР СЭ, 2002 – 480 с.*
2. *Никифоров Г.С. Геронтопсихология [Текст]: Учебное пособие – СПбГУ, 2007. – 391 с.*
3. *Психология человека от рождения до смерти. Психологический атлас человека [Текст] / под ред. А.А. Реана. – М.: АСТ; СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2010. – 651 с.*
4. *Стюарт-Гамельтон Я. Психология старения [Текст]. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 320 с.*
5. *Холодная М.А. / Психология интеллекта [Текст]: парадоксы исследования.- СПб , 2002*
6. *Шаповаленко И.В. Возрастная психология [Текст] (Психология развития и возрастная психология). – М.: Гардарики, 2005. – 349 с.*

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМЕЙНИХ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ У РОДИНАХ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Лотоцька О.Є., Безруков Л.О., Богуцька Н.К., Чепура О.Я.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, сімейні взаємостосунки, гіперсприйнятливості дихальних шляхів.

Вступ. У структурі хронічної патології в дитячій популяції частка бронхіальної астми (БА) є однією з найбільших, значний внесок цієї нозології і у формування дитячої інвалідності. Зростання захворюваності та смертності за БА в дітей змусило дослідників вивчати психологічні аспекти цієї нозології, насамперед, причини недостатньої взаємодії „лікар-пацієнт” через слабке функціонування сім’ї, соціальні проблеми тощо [1, 2, 3, 4]. Тяжкий перебіг БА асоціює із більш значною бронхіальною гіперсприйнятливостю, що є однією із найбільш визначальних параклінічних ознак БА, підтверджуючих наявність захворювання. Підвищена реактивність дихальних шляхів при БА може бути обумовлена багатьма факторами, однак механізми, що лежать в її основі, залишаються до кінця невивченими [5]. Гіпотезою дослідження було припущення про наявність тим істотніших відхилень у комплексній психологічній характеристиці сімейних взаємостосунків, чим тяжчою за перебігом є бронхіальна астма (БА) та більш вираженою є гіперсприйнятливості бронхів в дитини.

Метою роботи було оцінити епідеміологічний ризик психологічних аспектів родинної взаємодії за тяжкої БА та високого рівня бронхіальної гіперреактивності.

Матеріали і методи. Проведене комплексне клініко-психологічне обстеження 39 дітей та їх родин. Першу (основну) клінічну групу сформували 24 дітей із тяжким перебігом БА (з них 17 – хлопчики), а до групи порівняння (II-ї клінічної групи) ввійшли 15 дітей (з них 10 – хлопчики) із середньо-тяжким перебігом захворювання. Середній вік дітей у першій та другій групах відповідно становив $13,8 \pm 0,4$ проти $14,5 \pm 0,5$ років ($p > 0,05$).

Оцінка ступеню гіперсприйнятливості проведена за допомогою фармакологічного спірографічного тесту (РС20Н) та нефармакологічної проби з фізичним навантаженням. Виразували показники чутливості бронхів до гістаміну при проведенні інгаляційної провокаційної проби та їх лабільності при дозованому фізичному навантаженні та інгаляції селективного агоніста Я2-адренорецепторів (сальбутамолу). Поряд із обчисленням показника лабільності бронхів, аналізували його складові компоненти: індекс бронхоспазму (ІБС) та індекс бронходилатації (ІБД) [6].

Психологічне тестування дітей та їх батьків проводилося з дотриманням основних положень біоетики [7]. Психологічне обстеження батьків проводили за допомогою методики діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга, В.В. Столін. Високий тестовий бал за відповідними шкалами інтерпретувалася як: відторгнення, соціальна бажаність, симбіоз, гіперсоціалізація, інфантилізація (інвалідизація) в оцінці взаємостосунків батько/мати – дитина. За норми слугували процентильні ранги тестових балів за відповідними шкалами, запропоновані розробниками. А також при психодіагностиці сімейних взаємостосунків для вивчення ставлення батьків (передусім, матері) до різних сторін сімейного життя (сімейної ролі) та дитини використана методика PARI (parental attitude research instrument) Е.С. Шеффер і Р.К. Бела в адаптації Т.В. Нещерець [8].

Отримані результати аналізували з позицій біостатистики та клінічної епідеміології. Проводили оцінку ризику реалізації події: відносний ризик (ВР), атрибутивний ризик (АР) [9].

Результати та їх обговорення. Оцінка типів ставлення матері до різних боків внутрішньосімейних стосунків та стосунків із дитиною, хворою на БА, за методикою PARI відображена в табл. 1.

Отже, в родин пацієнтів із тяжкою БА частіше відмічали середні/високі бали, що відображали вираженіший ступінь ознаки і свідчили про надмірну емоційну дистанцію в стосунках матері й дитини та проблемні аспекти ставленні матері до сімейної ролі. Надмірна концентрація матері на дитині у родин пацієнтів із тяжкою БА насамперед знаходилась у прямій кореляційній залежності із проблемними аспектами у ставленні матері до сімейної ролі ($r=0,78$, $p<0,01$). При оцінці кореляційних взаємостосунків оцінених показників встановлено, що вираженіші проблемні аспекти сімейної ролі матері прямо корелювали із частішими інгаляціями бронхолітиків дитиною поза нападами БА ($r=0,43$, $p<0,006$). Виражена емоційна дистанція в стосунках дитини та матері знаходилась у кореляційній залежності із негативнішим ставленням дитини до необхідності щоденного прийому лікарських засобів ($r=0,37$, $p<0,02$) та усвідомленням матір’ю ймовірності загрози життю дитини через БА ($r=0,42$, $p<0,03$). Надмірна

Таблиця 1

Комплексна характеристика типів ставлення матері до дитини та сімейної ролі

Психологічні ознаки	Вираженість ознаки в балах	Основна клінічна група, n=24	Група порівняння, n=15	Pt, Pф
Проблемні аспекти ставлення матері до сімейної ролі	<=13	16,7±7,6	46,7±12,9	<0,05
	проміжні	62,5±9,8	46,6±12,9	>0,8
	>=17	20,8±8,3	6,7±6,5	>0,25
Оптимальний емоційний контакт із дитиною	<=14	29,2±9,3	6,7±6,5	>0,11
	проміжні	25±8,8	46,6±12,9	>0,17
	>=18	45,8±10,2	46,7±12,9	>0,95
Надмірна емоційна дистанція з дитиною	<=12	33,3±9,6	66,7±12,2	<0,05
	проміжні	50±10,2	33,3±12,2	>0,3
	>=17	16,7±7,6	0	>0,26
Надмірна концентрація на дитині	<=10	8,3±5,6	26,7±11,4	>0,18
	проміжні	70,8±9,3	73,3±11,4	>0,89
	>=16	12,5±6,8	0	>0,15

Таблиця 2

Показники ризику відхилень у психологічній характеристиці сімейних взаємостосунків за високої гіперприйнятливості дихальних шляхів у дітей з БА

Показники	Показники ризику	
	AP, %	BP (95% ДІ)
Відсутність оптимального емоційного контакту з дитиною	0,13	1,2 (0,3-4,7)
Надмірна емоційна дистанція з дитиною	0,25	1,7 (0,5-5,5)
Надмірна концентрація на дитині	0,13	1,5 (0,4-5,5)
Ставлення до дитини за типом „відторгнення” за шкалою „прийняття-відторгнення”	0,38	1,8 (0,3-12,0)

концентрація матері на дитині корелювала із меншою кількістю нападів БА на рік ($r=0,34$, $p<0,04$) та наявністю вираженої сезонності загострень у дитини ($r=0,35$, $p<0,03$), а також меншими величинами ІБС ($r=0,48$, $p<0,01$), кращою прохідністю бронхів ($r=0,41$, $p<0,03$) та більшими показниками НСТ-тесту еозинофілних лейкоцитів крові у стимульованому варіанті ($r=0,53$; $p<0,01$). Таким чином, наявність концентрації матері на дитині асоціювала із менш вираженими клініко-параклінічними проявами захворювання. Відсутність оптимального емоційного контакту матері і дитини знаходилась у прямій кореляційній залежності із тяжчим перебігом БА у пацієнта ($r=0,32$, $p<0,05$), хоча б одноразовим потраплянням дитини до ВРАІТ ($r=0,41$, $p<0,01$), а також констатацією вираженіших змін у поведінці дитини на думку батьків з моменту постановки діагнозу БА ($r=0,48$, $p<0,04$) і вираженішим ІБС за даними спірографії ($r=0,43$, $p<0,02$). Таким чином, насамперед відсутність оптимального емоційного контакту з дитиною у родині асоціювала із більш вираженими клініко-параклінічними проявами захворювання, що узгоджується з даними літератури [10].

За результатами опитування батьків за методикою діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга та В.В. Столін в родинях дітей обох груп спостереження відмічали відсутність вірогідних міжгрупових відмінностей та наявність відхилення (в межах від (-)10% до (+)87%) від нормативу: тенденцію до відхилення в бік зменшення соціально бажаного образу батьківського ставлення з максимальною кооперацією у стосунках, особливо в групі дітей

із тяжкою БА (29 перцентиль) – низькі бали за шкалою відмічено у $40,9\pm 10,5\%$ проти $14,3\pm 9,4\%$ відповідно у родинях дітей з тяжкою БА та в групі порівняння ($p<0,1$). Також відмічено відхилення у межах вище середнього за шкалою „симбіотичності”, що відображає високий рівень тривоги батьків за дітей й обмеження їх самостійності (на рівні 87-89 перцентилів у основній групі та у групі порівняння відповідно) незалежно від тяжкості БА. Виявлено в родинях дітей обох груп спостереження тенденцію до відхилення у межах вище середнього за шкалою „авторитарна гіперсоціалізація”, що характеризує надмірний авторитаризм у стосунках батьків із дитиною (на рівні 75-77 перцентилів у основній та групі порівняння відповідно). В сім'ях пацієнтів обох груп спостереження відмічено тенденцію до інфантилізації дитини в стосунках з нею за шкалою „маленький невдаха” (на рівні 72 перцентилів в основній та зіставлюваній групах). Незважаючи на те, що за шкалою „прийняття-відторгнення”, яка відображає інтегральне емоційне ставлення батьків до дитини, середні значення в родинях дітей обох груп спостереження знаходились у межах 47-48 перцентилів, тобто відповідали нормативу, відмічено прямий кореляційний зв'язок високих балів „відторгнення” та вищих показників ІБД у пацієнтів ($r=0,47$; $p<0,01$).

Слід зазначити, що бали за шкалами описаної методики знаходились у достовірній кореляційній залежності із балами тотожних шкал оцінки типів ставлення матері до дитини та сімейної ролі (PARI), зокрема високі бали за шкалою „симбіотичності” корелювали із

надмірною концентрацією матері на дитині ($r=0,39$; $p<0,02$), „авторитарна гіперсоціалізація” корелювала із надмірною емоційною дистанцією із дитиною ($r=0,42$; $p<0,01$), а соціально бажана кооперація з дитиною знаходилась у прямій залежності із наявністю оптимального емоційного контакту із нею ($r=0,37$; $p<0,03$), що підтверджує внутрішньокорторну валідність застосованих психологічних методик. Високі бали за шкалою „авторитарної гіперсоціалізації” прямо корелювали із кількістю інгаляцій бронхолітика поза нападами БА в дитини ($r=0,38$; $p<0,02$).

Незважаючи на наявність особливостей психологічної характеристики родинних взаємостосунків за тяжкого перебігу БА, у дітей із високим рівнем гіперсприйнятливості бронхів (PC20H $<0,4$ мг/мл) істотного підвищення ризику щодо досліджуваних параметрів не встановлено (табл. 2), що, можливо, пов'язано із дещо іншими механізмами формування цієї компоненти комплексного клінічного феномену тяжкості хвороби.

Висновок. На підставі комплексного дослідження біопсихосоціальної моделі адаптації хворої на БА дитини та її родини встановлено, що параметри внутрішньородинної психохарактеристики асоціюють насамперед із тяжкістю перебігу хвороби та не залежать від ступеню бронхіальної гіперсприйнятливості.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Alvim CG. Quality of life in asthmatic adolescents: an overall evaluation of disease control / CG Alvim, I.M. Picinin, PM Camargos et al. // *Asthma*. – 2009. – Vol.46. – P.186-190.

2. Kaugars A. S. Family Influences on Pediatric Asthma / A. S. Kaugars, M. D. Klinnert, B. G. Bender // *J. Pediatr. Psychol.* – 2004. – Vol.29. – N7. – P.475-491.

3. Weiner D. J. Asthma as a barrier to children's physical activity / D. J. Weiner, J. McDonough, J. Allen // *Pediatrics*. – 2007. – Vol.119. – N6. – P.1247-1248.

4. Безруков Л.О. Показники якості життя школярів, хворих на бронхіальну астму, за різного ступеня тяжкості захворювання / Л.О. Безруков, Н.К. Богуцька, М.Н. Гарас // *Клінічна медицина*. – 2011. – Т.15. – №1 (57). – С. 3-5.

5. Björkstén B. International variations in bronchial responsiveness in children: findings from ISAAC phase two / B. Björkstén, J. Genuneit, G. Weinmayr et al. ISAAC Phase Two Study Group // *Pediatr Pulmonol.* – 2010. – Vol. 45. – N. 8. – P.796-806.

6. Guidelines for methacholine and exercise challenge testing-1999 // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*-2000.- Vol.161.-P.309-329 .

7. Declaration of Helsinki and ICH Guideline for Good Clinical Practice. Research & Development. Clinical Trial Operations. Dept. of Clinical Documentation, 2003.- 58 p.

8. Клиническая психология / [Абабков В.А., Бизюк А.П., Володин Н.Н. и др.]: под ред. Б.Д. Карвасарского. – М.: 2004. – 541 с.

9. Medical epidemiology / [Абабков В. А., Бизюк А. П., Володин Н. Н. и др.]^ Stamford: Appleton & Lange, 1995. – 196 p.

10. Wood B.L. Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: examination of pathways of effect / B. L. Wood, J. Lim, B. D. Miller et al. // *J. Pediatr. Psychol.* – 2007. – Vol.32. – N5. – P. 542-551.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Лотоцкая О.Е., Безруков Л.А., Богуцкая Н.К., Чепура О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет, г.Черновцы

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, семейные взаимоотношения, гипервосприимчивость дыхательных путей.

Резюме. В семьях пациентов с тяжелой БА чаще отмечали чрезмерную эмоциональную дистанцию в отношениях матери и ребенка и проблемные аспекты в отношении матери к семейной роли, которые ассоциировали с наличием негативных особенностей проведения лечения БА у ребенка. Отсутствие оптимального эмоционального контакта матери и ребенка ассоциировало не только с тяжелым и менее контролируемым течением болезни, но и более выраженным индексом бронхоспазма, в то время как высокие баллы “отторжения” ребенка ассоциировали с высокими показателями индекса бронходилатации.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FAMILY RELATIONSHIPS IN CHILDREN WITH ASTHMA, DEPENDING ON AIRWAY

Lototska O.Y., Bezrukov L.A., Bogutska N.K.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Key words: children, bronchial asthma, family relationships, airway hyperresponsiveness.

Summary. In families of patients with severe asthma the excessive emotional distance in the relationship of mother and child and problematic aspects with regard to mother's family roles were noted and associated with the presence of the negative features of the treatment of asthma in children. Lack of optimal emotional contact between mother and a child was associated not only with severe and less controlled disease, but increased index of bronchoconstriction, whereas a high score of «rejection» of the child was associated with increased index of bronhodilatation.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ВІКОВИХ ЧИННИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ОПТИМІЗМУ

Проскурня А.С

Науковий керівник: *Траверсе Т.М., к.псих.наук, доцент кафедри соціально психології КНУ імені Тараса Шевченка*

Існування як суспільства в цілому, так і окремої особистості завжди супроводжувалося безліччю суперечностей. Однак здатність людини пристосовуватись до умов існування, її ставлення до змін, відмінності у сприйманні невдач та успіхів значною мірою визначають те, наскільки успішно відбуватиметься функціонування особистості в соціумі. Серед різноманітних проблем соціально-психологічної науки XXI століття не останнє місце займає дослідження явища соціального оптимізму. Особливо в час, коли українське суспільство охоплено соціальними та духовними змінами, які чинять вплив на систему базових цінностей, коли активні трансформації провокують соціальну розруху, дезорганізацію звичного життя людей, поведінкові конфлікти та масштабні масові потрясіння.

Оптимізм і песимізм як дві протилежні світоглядні парадигми людського буття, наповнюючись при відповідних обставинах конкретно-історичним змістом, набувають з позицій загальнолюдських цінностей позитивних або негативних ознак. Під ґрунтям оптимізму є розвиток, прогрес соціальної реальності. Суб'єктивно він ґрунтується на знаннях, переконаннях і вірі, що цей прогрес збігається з сенсом життя людини [4]. Явищу соціального оптимізму значну увагу приділяють такі суспільні науки як соціологія та політологія, певною мірою медицина та деякі інші, однак слід зауважити, що в рамках психології оптимізм є досить нечітким об'єктом вивчення – окремо як такий оптимізм не розглядається, немає чіткого визначення даного поняття. Тобто, досліджуючи дане явище і наголошуючи на актуальності та важливості його вивчення, ми розглядаємо проблему як таку, що перебуває на стадії свого первинного становлення і вимагає додаткового дослідження механізмів формування вікових особливостей соціального оптимізму.

Мені здається, що існує певна необхідність в конкретизації поняття «соціальний оптимізм». Під соціальним оптимізмом здебільшого розуміється позитивне сприйняття індивідом або певною соціальною групою власних життєвих перспектив, а також перспектив суспільного розвитку, що обумовлено впливом певних соціальних факторів [1].

В різні періоди історичного розвитку в світогляді суспільства переважали як песимістичні (середньовіччя) так і оптимістичні (епоха ренесансу та просвітництва) настрої.

Песимістичні погляди здебільшого переважають в період затяжних війн, раптових соціальних змін та затяжних економічних криз. Оптимізм як провідна тенденція, починає з'являтися зі стабілізацією соціальної сфери та покращенням умов життєдіяльності людей [5]. В зв'язку з цим глобальна трансформація українського суспільства, що супроводжується нестабільністю морально-ціннісної сфери, хронічною економічною кризою породила почуття невпевненості у власних силах, в державних інститутах і як результат – недовіру до нововведень та реформування.

В зв'язку з цим, потрібно акцентувати увагу на вивченні установок на оптимізм-песимізм в сучасному суспільстві, а так як негативні установки з'являються саме з досвідом і накопиченням інформації, то можна припустити про наявність розбіжностей в прояві оптимізму-песимізму у різних вікових групах.

Процес формування соціального оптимізму визначається трьома соціальними факторами: життєвим досвідом, потребами та реальним станом суспільства, в якому знаходиться суб'єкт [2]. В свою чергу, життєвий досвід суб'єкта можна визначити через такі маркери як знання, ціннісні орієнтації та інтереси.

Переплетення суб'єктивного (життєвий досвід, потреби) та об'єктивного (стан суспільства, умови життєдіяльності та положення суб'єкта в соціально-економічній системі) і будуть визначати рівень соціального оптимізму [3].

На основі цього в роботі доречно буде виділити такі типи соціального оптимізму:

1. Гармонічний тип відтворює адекватне психологічне ставлення людини до влади, політико-правовим і соціальним інститутів.
2. Мінливий тип характеризується активною здатністю індивіда змінювати свої соціальні установки, виходячи з актуальних вимог середовища.
3. Нонконформістський тип – не змінює свої соціальні установки під впливом нестійких зовнішніх умов.
4. Нейтральний тип формується на основі ігнорування будь-якого впливу соціуму на процес становлення оптимістичної життєвої позиції індивіда.

Таким чином, проблема оптимізму та песимізму складна та багатогранна, вона являється центральним напрямом в дослідженні соціальних змін в умовах сучасного українського суспільства. В роботах більшості дослідників можна знайти безліч висловів, суджень,

фрагментів та абстрактних концепцій, в яких намагалися проаналізувати та осмислити процес формування соціального оптимізму як одного з видів світогляду. Разом з цим, не можна говорити, про існування певної загальноновизнаної цілісної теорії пояснення соціального оптимізму та песимізму в сучасній соціально-психологічній науці.

Отже, досить актуальним залишається питання встановлення механізмів формування соціального оптимізму з точки зору вікового чинника, а також педагогічний аспект проблеми дослідження оптимізму та песимізму, що пов'язаний з навчанням та вихованням соціалізованої особистості в умовах сучасного суспільства.

Проаналізовано актуальну та недостатньо розроблену проблему формування вікових чинників соціального оптимізму. Висвітлено основні актуальні та проблемні аспекти обраної проблеми з точки зору соціально-психологічного знання.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Андреева Г.М. *Социальная психология.* - М.: Аспект-Пресс, - 2009
2. Вольфовська Т. «Формування соціальних уявлень молоді про взаємодію в спільноті» // *Соціальна психологія*, 2007, №2 – ст. 106-110
3. Дідук І. «Психологічні типи соціально-нормативних настановлень молоді» // *Соціальна психологія*, 2008, №6 – ст. 57-653.
4. Жовтянська В. «Уявлення українського населення про соціальну ситуацію» // *Соціальна психологія*, 2008, №4 – ст. 40-474.
5. Селигман М. *Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни.* – М., изд. «София», – 2006.

Summary: The article expose the actual, but insufficiently developed problem formation of age factors of the social optimism. The article describes some actual and problematical aspects of the chosen question from the position of social psychology.

ПСИХОТРАВМА (ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА): ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ І ПСИХОЛОГІЇ

Ю.С.Семенова

Науковий керівник: докт. психол. наук, Н.І. Пов'якель
Київський університет імені Бориса Грінченка
Інститут психології та соціальної педагогіки
Кафедра загальної, вікової та педагогічної психології
(докт. психол. наук, О.П.Сергієнкова)
м. Київ

Стаття висвітлює основні підходи до розуміння змісту і сутності поняття психологічна травма (психотравма), види, форми, ефекти дії психотравми на людський організм; висвітлює точку зору провідних фахівців психологічного напрямку науки на дану проблему; джерела і витoki звернення даного напрямку до розробки і вдосконалення системи індивідуальних умінь саморегуляції універсального змісту.
Ключові слова: психотравма (психологічна травма), психічна травма, ПТСР, стрес, медичний підхід до визначення змісту поняття психотравма, психологічний підхід до визначення змісту поняття психотравма тощо.

Постановка проблеми. Важливість психологічного вивчення феномена «психотравма», її психологічного змісту та структури, значущості у змінах станів психічного та фізичного здоров'я людини, постійно відмічається вченими різноманітних галузей психологічної науки (загальна психологія, медична психологія, психофізіологія, інженерна психологія, практична психологія, спортивна психологія та ін.), вченими граничних та дружніх галузей знань (медицина, валеологія, педагогіка, фізкультура й спорт та ін.) [І.А. Алексеева, Дж. Боулбі, О.М. Волкова, А. Гугенбюль, О.Г.Дозорцева Н.О. Зінов'єва, Д. Єнікеєва, Д. Калшед, А.І. Красило, П.А. Левін, Д.Лейн, І.Г. Малкова – Пих, І.І. Мамайчук, А. Міллер, І. Молодик, А.А. Осипова, Н. Пезешкіан, Н. Сарджвеладзе, С.Л. Соловйова, Н.В. Тарабріна, Л.В. Трубіцина, Б. Фоа, О.М. Черепанова та ін.]. Все це визначає високу ступінь відкритості до обміну знаннями і діалогу спеціалістів різних суспільних наук і чинить позитивний вплив на розвиток результатів досліджень психотравми, хоча і ускладнює завдання розробки універсальної теоретичної і емпіричної моделі їх подолання.

У вітчизняній психології дослідження проблеми «психотравма» достатньо рідкі і носять розрізнений і фрагментарний характер. Значною мірою це пов'язано, з досить відомими соціальними причинами – умовами, які не заохочують аналіз явищ, що відображають сприйняття людиною оточуючої її дійсності як загрозливої і нестабільної. Подібне положення у вивченні феномена психотравма багато в чому обумовлено і логікою розвитку вітчизняної психологічної науки, в якій вивчення емоцій, емоційних станів, домінуючих емоційних переживань індивіда проводилось переважно на психофізіологічному рівні, а галузь стійких утворень емоційної сфери залишилась, по суті, не дослідженою. На фоні високої актуальності соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми і психотравми стримує вплив на емпіричні дослідження чи-

нить, відсутність узгодженості теоретичної позиції, спільних концептуальних моделей і методологічних розробок, що дозволять достатньо повно і всесторонньо аналізувати ці феномени і порівнювати результати їх вивчення.

Мета статті полягає у розгляді концептуальної позиції авторів психологічного напрямку науки і дискусійних питань теоретичного аналізу психологічного і медичного підходів до висвітлення змісту і сутності поняття психотравма.

Теоретичний аналіз проблеми. Проблемою, яку не обійшов увагою жоден з дослідників психічної травми і психотравми, є розуміння *сутності і змісту* цих феноменів. Це розуміння тісно пов'язане з приналежністю авторів до певних галузей суспільних наук і наукових напрямків. Історично більш ранні роботи присвячені аналізу феномена психічної травми (О.М Черепанова, Д.Єнікеєва, І.І. Мамайчук, С.Л. Соловйова, А.А. Захаров, А.А. Осипова, Д.Н. Ісаєв та ін.). В останні роки інтерес дослідників стала викликати *психотравма як відносно самостійний психологічний феномен* (А.А. Кузнецов Є.С. Калмикова, М.А. Падун, І.Г. Малкіна – Пих, А.Ш. Тхостов, Ю.П. Зінченко та ін.).

Наблизити зміст поняття психотравма до сучасного його розуміння, допомогли ряд вітчизняних дослідників ввівши наступні терміни „афект жаху” Н.Н. Баженов (1927), „набутої психічної інвалідності” П.Б. Ганушкін (1927), „невропсихічного травматизму” Л.Я. Брусіловський, Н.П. Бруханський, Т.Є. Сегалов, „травматична епідемія” Н.І. Пірогов; «психосоціальні наслідки катастроф» В.Н. Краснов (1997) ряд відомих зарубіжних лікарів [психогенії Р. Соммер (1894) Брейер, Брике, Линдемман, Мендос, Ж. Шарко]. Сутність тогочасного розуміння поняття „психічна травма” у 1952 р. Американське психіатричне співтовариство включило в класифікацію DSM – II „реакція на сильний емоційний і фізичний стрес” яке в подальшому і відобразило змістовні витoki поняття психотравма, і саме цей рік можна вважати роком на-

родження змістовної складової поняття „психотравма”. Через шістнадцять років діагностична категорія була вилучена з класифікації, але проблема, з якою зіштовхнулись військові, що повернулись з В’єтнаму, знову привернула увагу спеціалістів до цього питання, і у 1980 р. діагноз знов увійшов в американську класифікацію DSM – III під назвою „пострауматичний стресовий розлад”. У вітчизняній психіатрії в останній Міжнародній класифікації хвороб (МКБ – 10) виокремлена рубрика F- 43 – реакція на важкий стрес і порушення адаптації. Узагальнити уявлення про природу і сутність психічної травми вдалося З. Фрейду. Розглядаючи роботу д-ра Джозефа Брейера з однією з істеричних клієнток, він винайшов, що „майже всі симптоми утворились як залишки, як осад, якщо хочете, афективних переживань” які ми в подальшому стали називати психічними травмами” [З. Фрейд 1989а, с. 350], що й привернуло увагу психологічної спільноти до глибинного змісту даної тематики.

Завдяки проведеному логіко – історичному аналізу, можна говорити про циклічність оживлення інтересу медичної і психологічної спільноти до змісту феномену психічна травма/психологічна травма (психотравма), що призвело в подальшому до уповільненої його диференціації і етіології.

В літературі спостерігаються непоодинокі випадки *понятійно – термінологічної невпорядкованості і різноспрямованості* (Е.С. Мазур Г.В. Старшенбаум, Н.І.Пов’якель, І.А. Погодін та ін.), що характерні для всіх психологічних напрямків підсвідомого рівня активності психіки. Зазначимо, що під даний термін зазвичай підводяться достатньо різноманітні явища і що значні розходження у вивченні феномена психотравми існують не тільки між різними школами, але і між різними авторами всередині одного напрямку, також хотілось би підкреслити *суб’єктивність* щодо розуміння сутності та змісту даного терміну. Познайомимося з визначеннями авторів, що характеризуються різноспрямованістю у семантиці терміну. Так, на думку Е.С. Мазур «Психологічну травму в самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти та ін» [7, 674]. Авторка узагальнює всі ситуації які прийнято вважати складними життєвими ситуаціями, в тому числі екстремальні, і одна з перших представників екзистенційної психології, як бачимо дає визначення психологічній травмі, а не психічній травмі, що є характерним для більшості. Представниця психологічного підходу Н.І.Пов’якель вдосконалює і наближує до сучасного розуміння сутність і зміст поняття «психотравма» даного родоначальником психоаналітичного напрямку знання З. Фрейдом. Отже, психотравма – (грец. Psyche – душа; trauma – ушкодження, струс) – залишкове явище афективних переживань особистості, викликаних зовнішніми подразниками, які породжують психічний дискомфорт і чинять патогенний вплив на особистість. У метафоричному плані психотравма – це будь-який струс психіки, який надає міцний вплив на функціонування особистості і її подальший розвиток [6]. Спостерігаємо, що етіологія терміну вже узагальнюється у слові «психотравма» і змістовно закріплюється на дії афекту і його переживанні а

також зовнішніх подразників, що патогенно впливають на особистість. Існування словосполучення «афективні переживання» в довідковій літературі психологічного напрямку знання не підтверджуються. Заслуговує на увагу, визначення І.А. Погодіна «психічна травма – будь-яка *особисто значуща ситуація* (явище), що має характер *патогенного емоційного впливу* на психіку людини, психологічно важко стерпна і здібна, при *недостатності захисних психологічних механізмів*, призвести до психічних розладів [5, 273]. Автор дає визначення «психічній травмі» а не «психотравмі» при цьому, що цікаво, змістовні складові визначення цілком відповідають інтересам психологічного підходу до визначення сутності поняття «психотравма».

Слід відмітити, що розрізняються погляди дослідників не тільки на зміст даних феноменів, але також і на те, до якого класу понять, вони відносяться. В різних дослідженнях психічну травму/психотравму розглядають як подію [Е.М. Черепанова], патогенний вплив [Д.Єнікєєва], зовнішній подразник [І.І. Мамайчук], переживання безпорадності [Ет. Пінус], пригнічуючі переживання [Вандер-Колк], нестерпні/руйнівні переживання [Д. Калшед]; психологічний стрес [А.А. Осипова,]; критичний стан [С.Л. Соловійова]; травма минулим [Л.А. Китаїв – Смик] Крім того, ряд авторів (В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Є.І. Крукович) співставляючи психічну травму і контроль констатують, що це різні, але взаємодіючі процеси.

Наявність деяких стійких характеристик психотравм в різні історичні періоди і в різних спільнотах людей дозволяє говорити про культуру переживання психотравм (М.Е. Сандомирський, М.М. Решетніков, О.Є. Хухлаєв, Н. Позешкіан та ін.). Різні культури відрізняються значимістю психотравм, критеріями їх формування і закріплення, основними складовими (підвалинами) ступенем їх виразу, правилами і традиціями регулювання психотравмуючих відносин. Культура переживання психотравм – це не тільки історично сформовані установки, норми і цінності соціальної взаємодії, але і активно відновлювана в соціальних практиках структура відносин, яка може свідомо плануватися і регулюватися (А. Ю. Марселла, В.А. Каменока, К. Оберг, Г.У. Солдатова та ін.).

Практично всі дослідники звертаються до розгляду *причин та наслідків психотравм* (Н.Д. Левітовим, А.І. Красило, І.Г. Малкова – Пих та ін.). Конкретні психологічні причини психотравм можна звести до відомої класифікації фруструючих факторів за С. Розенцвейгом. Це такі універсальні психотравмуючі фактори описані Н.Д. Левітовим: 1) позбавлення (і зовнішні – матеріальні, соціальні і внутрішні, пов’язані з психологічними самообмеженнями, комплексом неповноцінності); 2) втрати (зовнішніх об’єктів або внутрішніх ресурсів); 3) конфлікти (які також можуть бути зовнішніми і внутрішніми). Як зазначає А.І. Красило для того хто постраждав перш за все важливі наслідки травми: загроза сенсоутворюючим цінностям; вірогідність поповнення або компенсації втрат; соціальна роль, що нав’язана або заборонена постраждалому; ізоляція або витіснення в іншу соціальну групу; чи вступив постраждалий у персональні взаємовідносини з персоналіфікатором, що вилучає задоволення з його страждань, чи був у персоналіфікатора свідомий задум; а можливо він сам

наніс невіправну і невтішну біль невинній людині? Але сприйняття наслідків травматичних подій в певній мірі може залежати від їх оцінки самим постраждалим.

На заміну однозначним оцінкам відсутності позитивного впливу наслідків психотравм на успішність самоактуалізації ряд авторів (Л.А. Кітаєв – Смик, Е.О. Александров, А. Маслоу та ін.) стверджують що наслідки психологічних травм особливо з соціальним компонентом, можуть бути позитивними, тобто корисними або навіть приємними (еустрессовими), (збільшувати тривалість життя людини) (Е.О Александров) і негативними – це емоційно-психічні та психо – соматичні розлади [3,593]. Позитивні наслідки деяких психотравм використовуються в медичній практиці (шокова терапія тощо) і для психологічної рекреації (екстремальний спорт тощо) [3, с. 593].

Аналіз різних *видів, типів і форм* психотравм є перспективним напрямком дослідження практичної психології. Можна виокремити ряд робіт, автори яких аналізують специфічні види психотравм, виокремленні за різноманітними засадами дебефінг, хеджінг, пінінг, булінг (Д. Лейн, D.Olews та ін.).

Досить суттєвою є проблема динаміки феномену психотравм (в тому числі в онтогенезі і філогенезі) (Н.В. Тарабріна, О.Е.Хухлаєв, М.М.Решетніков, М.Е. Сандомирський та ін.).

Не дивлячись на той факт, що нами були розглянуті результати цілого ряду досліджень, які присвячені факторам виникнення психічної травми як складової посттравматичного стресового розладу, а також умовам їх одночасного існування, психічну травму і психотравму все також треба диференціювати, в змістовному плані.

При оцінці стану виокремлення феномена «психотравма» в окреме психологічне відмічаються дві, на перший погляд, взаємовиключні тенденції: **медична і психологічна**. Як показує досконалий аналіз літератури, проблема психотравматизації в найбільшій мірі вивчалася в медицині, медичній психології, психіатрії, психотерапії, у прикладних психофізіологічних дослідженнях, тому саме в зазначеному контексті в найбільшій мірі і розкритий зміст поняття «психічна травма» (Е.М. Черепанова, Д.Єнікеєва, І.І. Мамайчук, С.Л. Соловійова, О.І.Захаров, А.А. Осипова, Д.Н. Ісаєв та ін.). Сучасні погляди представників медичного підходу при визначенні місця психічної травми в системі понять частіше за все обмежується однокорневими і близькими за змістом словами, а саме, феноменами психогенії [С.Л. Соловійова], психоневрозів (А.А. Захаров, І.І. Мамайчук, В.М. М'ясищев), поняттями «емоційного» та «психологічного» стресу (Е.М.Черепанова, А.А. Осипова, Д. Н. Ісаєв та ін.). Узагальнені визначення розуміння змісту і сутності поняття психічна травма, властиві для представників медичного напрямку, були сформульовані Е.М.Черепановою, авторкою, психічна травма розуміється як подія, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду; С.Л. Соловійовою: "Психічна травма – термін, що використовується переважно у медичній психології при описанні критичного стану на психологічному, точніше, на патопсихологічному рівні його існування; застосовується при інтерпретації психогенних захворювань; А.А. Осиповою, поняття розглядалося як незвичайна подія,

що здібна викликати важкий психологічний стрес який супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності; І.І. Мамайчук, яка визначає її як зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно та патогенно, викликаючи переживання та страждання; авторка розглядає психічну травму як один з етіологічних факторів дитячих неврозів. Н. Пезешкіан розділяє психотравми на макро- та мікротравми. На думку цього автора макро- травма – це значуща подія в житті людини, яка потребує від неї прояву різноманітних особистісних якостей, сприяючи адаптації до змінних умов. Автор відмічає, що серед них можуть бути не тільки негативно оцінювані події, але й такі, які клієнт розглядає, як радісні. За визначенням Співаковської А.С. психотравми визначаються як зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно та патогенно, викликаючи переживання та страждання. О.І. Захаров розкриває це поняття дещо ширше, трактуючи психічну травму як афективне відображення індивідуально – значущих подій життя, що спричиняють гнітючу та негативну дію на індивіда в цілому. Д.Єнікеєва під психічною травмою розуміє інтенсивний, але відносно короточасний від'ємний вплив, котрий може викликати емоційні переживання – горе, сум, тривогу, жах, а також інші психічні порушення і розлади діяльності внутрішніх органів. Протилежну думку, відносно короточасності протікання, має представник психоаналітичного підходу в психології Д. Калшед, який констатував на практиці, за допомогою методів повторного проживання травматичної ситуації, катарсису і відреагування, що викликали ретравматизацію – оживлення травматичних подій і „зацікловання” на їх нескінченному переживанні. На думку Д. Калшед, таким чином, робота з травмою і її наслідками перетворювалась в тривалий процес, який в окремих випадках затягувався майже на все життя.

Отже, медична природа психічної травми підтверджується, коли *подія*: 1) несподівано і явно знаходиться за межами звичайного досвіду людини; 2) регулярно переживається тим або іншим способом; 3) здібна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або зціпіння загальної чутливості; 4) здібна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, не присутнього до травми, – тобто визначення дається через наслідки події[DSM-III].

Специфіка психологічного підходу полягає в тому, що ситуація розглядається як взаємовплив особистості і середовища, при якому провідна роль відводиться суб'єктивним факторам: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставлення до неї, інтерпретації подій. Основи такої методологічної позиції були закладені в роботах К. Левіна «про суб'єктивну ситуацію», Л.С. Виготського «психологічний життєвий простір», У. Томаса «визначення ситуації як процес її аналізу і обміркування». При цьому провідна роль відводиться суб'єктивній картині ситуації, що складається в індивідуальній свідомості. На основі проведеного аналізу робиться висновок про те, що методологічний підхід, пов'язаний з вивченням «суб'єктивної ситуації», найбільш адекватний для дослідження феномена «психотравми». Так, дослідники психологічного напрямку (Н.І. Пов'якель, Л.А. Пергаменщик, С.С.Гончарова, М.І. Яковчук, D. Olweus) сходяться на тому, що психологічну травму не можна плутати з психотравмою, яка будується на суб'єктивній інформації, що передбачає можливість конт-

ролювати/регулювати ситуацію і знижувати невизначеність і вразливість.

Сучасний психологічний підхід до сутності поняття «психотравма» черпає свої витoki у визначенні П.К. Анохіна (1979) Психічна травма – це перш за все психічне переживання, в центрі якого знаходиться певні емоційні стани. Центральне місце емоцій в структурі психотравмуючого переживання закономірно, воно обумовлено як важливим місцем емоцій в організації і інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості. Системно узагальнюючим в такому випадку буде визначення І.А. Погодіна: «Психічна травма – будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини, психологічно важко стерпна і здібна, при недостатності захисних психологічних механізмів, призвести до психічних розладів» [5, с. 273].

Всі згадані вище визначення спрямовані на розкриття змісту поняття психічної травми, а не психотравми, яка розуміється в психологічному напрямку знання більшістю як психічне переживання особистості, яке має сенс для життя людини в цілому, а не як короточасна реакція (стрес) або афект. Єдиним для більшості визначень поняття «психотравма» є наголошення на травматичних переживаннях. Переживання розуміє під собою рефлексію психотравмуючої ситуації і її включення в автобіографічний досвід, визначення її суб'єктивного сенсу і значення у житті. Переживання – це ключовий процес переходу від самої критичної ситуації до подальших життєвих перспектив, осмислення цієї ситуації як вже того що відбулося, вже того що залишилось в минулому, хоча і небайдужого для теперішнього і майбутнього, життєвого шляху, що й робить психологічний підхід превалюючим.

Психологічна природа психотравми характеризується такими особливостями: 1) психотравму відносять до неусвідомлених форм психічної діяльності, тобто підсвідомого; 2) невизначеністю і гнучкістю (Н. Сарквеладзе, Л.В. Трубицина, Н.В. Тарабрина, О.В. Бермант-Полякова та ін.); 3) наявністю внутрішнього конфлікту – як несумісності зіткнення протиріч та відношень особистості (З.Фрейд, Д. Калшед, С.Ф. Василюк); 4) психологічно значущістю психотравмуючої ситуації для особистості (суб'єктивність сприйняття) [П. Левін, В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Є.І. Крукович та ін.]; 5) психотравмуюча дія локалізується не поза індивідом, а всередині нього (В.Н.М'ясищів, А.І. Красило та ін.).

Висновки і перспективи подальшого дослідження. Перспективами психологічного підходу до дослідження змісту і сутності поняття «психотравма» є:

– Не менш важливою у порівнянні з задачею диференціювання синонімічних понять є задача аналізу місця психотравми в системі більш загальних психологічних феноменів. Такий аналіз повинен включати такі конструкти, що виступають підвалинами (критеріями, компонентами) психотравм. Це відноситься до таких феноменів, як вибачення, провина, неприязнь, аморальність, відчуженість, ворожість, ненадійність, зрадництво, непередбачуваність, формальність, незалежність тощо. До таких феноменів можна віднести, безпосередньо, ставлення до світу, до себе, інших людей, соціально – психологічний простір, самовизначення суб'єкта і таке ін.

– Не зроблено диференціації функцій психотравм.
– Окреслення детермінант і етапів формування або руйнування психотравм.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М., 1984
2. Гримака Л. П. Общение с собой: начала психологии активности. Изд.3-е. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009.-336С. (Из наследия Л.П. Гримака)
3. Китаев – Смык Л.А. Психологическая антропология стресса.-М.: Академический Проект, 2009. – 943с.- (Технологии психологии).
4. Мазур Е.С., Гельфанд В.Б., Качалов П.В. Смысловая регуляция переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении//Психологический журнал. М. 1992. №2
5. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. Пособие/И.А.Погодин. – М.: Флинта: МПСИ, 2008
6. Психология личности: Словник – довідник/За редакцією П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – 320с. – Бібліогр.: с. 263-293.
7. Психология телесности между душой и телом/ ред.-сост. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007.
8. Решетников М.М. Психическая травма.- СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322с.
9. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – М.: Из-дво «Институт психологии РАН», 2009.-304С.
10. Хухлаев О.Е. Обычная работа в необычных условиях: психологическое консультирование, осложненное травматическим стрессом. – М., 2006

ПСИХОТРАВМА (ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА): ДИСКУСИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ

Статья освещает основные подходы к пониманию содержания и сущности понятия психологическая травма, ее виды, формы, эффекты действия на человеческий организм; освещает точку зрения ведущих специалистов психологического направления науки на данную проблематику; источники и происхождение обращения данного направления к разработке и усовершенствованию индивидуальных умений саморегуляции универсального содержания.

PSYCHOTRAUMA (PSYCHOLOGICAL TRAUMA) DISCUSSION IN MEDICINE AND PSYCHOLOGY

This article describe fundamental approach in problem psycho trauma (Psychological trauma) discussion in medicine and psychology, self – regulate famous academic; opportunity to widen and to improve ability self – regulate universality allowance.

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Скиба Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Ключові слова: Дитячий церебральний параліч, сім'я, виховання, особливі потреби, відносини.

Вступ

Сім'я є середовищем, в якому формується особистість дитини і закладається ресурс її соціальної адаптації. Мікроклімат, який батьки створюють в сім'ї, відіграє основну роль у процесі розвитку дитини. Ситуація народження і виховання дитини з особливими потребами, в більшості випадків деформує взаємини в сім'ї. У 30% випадків сім'ї розпадаються. На жінку, яка має дитину з особливими потребами, накладається ще один стресовий фактор – розставання з коханою людиною. Нерідко ускладнюються і взаємини жінки з найближчими родичами: її дорікають у народженні дитини з особливими потребами. Якщо ж дитина стала інвалідом в перебігу життя, родичі також звинувачують жінку в тому, що вона «погана мати». Жінці, обтяженій настільки важкими випробуваннями, найчастіше ніде отримати підтримку

Актуальність теми дослідження.

У сучасних умовах розвитку суспільства особливого значення набула сім'я і сімейні відносини, загострилася проблема спілкування в сім'ї, оскільки сімейні взаємини носять менш емоційний і духовний характер. У сучасному світі у людей все менше часу залишається для спілкування один з одним, а спілкування з дітьми, часом, зводиться лише до задоволення елементарних потреб. Зараз більшість сучасних сімей не може забезпечити в достатній мірі потреби дітей і підлітків у спілкуванні і в суспільстві. Сім'я все більше перетворюється на спільноту «за інтересами», де лише живуть, їдять і сплять. Часом індивідуалізм настільки зростає, що члени сім'ї найчастіше лише співіснують один з одним. У таких сім'ях практично не залишається проблем, які родина повинна вирішувати спільно, що позбавляє дітей і батьків досвіду спільних емоційних переживань. Звичайно, батьки прагнуть дати своїм дітям все найкраще, захистити їх від зайвих тривог, забезпечити їм «світле майбутнє». Але у гонитві за благами цивілізації, вони часом забувають про необхідність простого, довірчого спілкування.

Метою даної роботи є виявлення особливостей прийняття батьками дітей з особливими потребами. Поставлена мета реалізується у вирішенні наступних завдань:

1) розглянути особливості сімей, які мають дітей з особливими потребами;

2) визначити і розкрити особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами.

Об'єкт дослідження: дитячо-батьківські відносини у сім'ях, які мають дітей з особливими потребами.

Предмет дослідження: психологічні особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами.

Методи дослідження:

- 1) емпіричні: «Діагностика батьківського ставлення»
- 2) «Сімейна соціограма»

Різновидом захворювань у дітей є дитячий церебральний параліч. Порушення при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних, з супутніми порушеннями зору, слуху і розладами сенсомоторної чутливості. Рухові розлади основний клінічний синдром ДЦП включають паралічі, парези, порушення координації, формування кісткових деформацій і множинних контрактур. Патологія рухової системи у дітей з ДЦП є одним з найважливіших чинників, що уповільнюють і спотворюють їх психічний розвиток. Рівень інтелектуальних порушень у дітей з церебральним паралічем різний. Певна частина дітей, які мають рухові порушення, близька до нормального, вони розвиваються з однолітками. (5) Велика частина дітей з ДЦП має затримку психічного розвитку внаслідок раннього органічного ураження мозку. У частини дітей інтелектуальне недорозвинення більш різко виражене. Група порушень при дитячому церебральному паралічі – це мовні розлади: частіше різні дизартрії, рідше алалія, а також порушення писемного мовлення – дислексія, дисграфія. Поява в сім'ї дитини з певними психічними чи фізичними вадами є причиною психологічних стресів батьків, але велика роль сім'ї в соціалізації дитини з особливими потребами не заперечлива. (5,6,7) Члени родини зазвичай забезпечують йому умови життя, опіку, виховання та освіти, передають досвід, навчають нормам суспільного життя. Сім'я створює умови, які включають в дію компенсаторні механізми дитини і сприяють мобілізації та реалізації фізичних та психічних ресурсів. Реакції при народженні дитини з особливими потребами чи набуття дитиною інвалідності в сім'ї можуть бути різні. Це може бути шок, несподіванка, частіше жах, трагедія – типові позиції батьків в перші моменти, коли фіксується факт інвалідності дитини. Батьків лякає саме слово «інвалід», воно сприймається як клеймо, що стоїть не тільки на дитині, але й в першу чергу на них самих. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх», є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю. Стрес, який має пролонгований характер,

робить сильний деформуючий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкого травмування життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований стиль сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну мить, а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей часом розтягується на тривалий період. Це може бути обумовлено багатьма чинниками, серед яких: психологічні особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти хвору дитину; наявність комплексу розладів, що характеризують ту чи іншу аномалію розвитку, ступінь їх вираженості; відсутність позитивної підтримки впливу соціуму в контактах з сім'єю дитини з особливими потребами. У руслі визначення особливостей ставлення батьків до дітей в залежності від специфіки інвалідності можна розглянути ставлення батьків до дітей з ДЦП. (1,2)

Виявилось, що найбільш фруструючими психіку батьків дітей з ДЦП є рухові розлади, вони супроводжуються зовнішньої потворністю: спотворена фігура дитини, гримаси, характерні порушення мови, модуляції голосу, постійна саливація. За свідченнями батьків, ознаки «зовнішнього» каліцтва привертають постійну увагу оточуючих і, таким чином, травмують свідомість близьких дитини. Переважним стилем виховання в сім'ях, в яких ростуть діти та підлітки з ДЦП, є гіперопіка. Цей тип взаємовідносин проявляється в надмірній батьківській турботі про дитину, в надзвичайній йому відданості. Таке ставлення до дитини супроводжується виникненням у батьків емоційно-вольових проблем (тривожності, фрустраційності), матері фіксуються на фізичній і психічній безпорадності їхніх дітей. (7,8,9) Відомо, що така модель виховання призводить до психопатичного розвитку особистості хворої дитини, формує в неї егоцентричні установки, негативно позначається на становленні почуттів відповідальності і боргу. Як правило, батьки, які виявляють цей стиль виховання, знижують свою трудову і соціальну активність.

Матеріали і методи:

У дослідженні брали участь 40 сімей. Випробовуваних було розподілено на дві групи. У першу групу увійшли сім'ї, які мають дітей з нормальним розвитком, а до другої групи увійшли сім'ї, що мають дітей з особливими потребами.

Перша група: вік батьків – від 26 до 35 років. У дослідженні брали участь 17 матерів і 3 батька. Вік дітей – від 6 до 7 років, з них 12 дівчаток, 8 хлопчиків. Друга група: вік батьків – від 25 до 36 років. У дослідженні брали участь 18 матерів та 2 батька. Вік дітей – від 6 до 10 років, з них 15 дівчаток, 5 хлопчиків.

Емпіричне дослідження проводилося у декілька етапів:

- 1) перший етап – дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з нормальним розвитком
- 2) другий етап – дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами;

3) третій етап – дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з нормальним розвитком;

4) четвертий етап – дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами.

Результати та їх обговорення:

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна виділити у всіх компонентах прийняття (когнітивному, емоційному, поведінковому і симбіотичному).

Когнітивний компонент характеризується тим, що у сім'ях з дитиною з особливими потребами, так само як і в сім'ях з нормальними дітьми, батькам деякі інтереси і захоплення дітей здаються несерйозними і в більшості випадків вони їх ігнорують. Але деякі батьки намагаються підтримувати дітей і допомагати їм.

На емоційному компоненті також простежується той момент, що ставлення батьків як в сім'ях з нормальними дітьми, так і в сім'ях з дітьми з особливими потребами можна охарактеризувати як відносно добре, тобто в стосунках батьків і дітей є гармонія та взаєморозуміння.

Аналізуючи результати, отримані у поведінковому компоненті можна зробити висновок, що більшість батьків ведуть себе авторитарно по відношенню до дитини, не намагаються зрозуміти її.

Симбіотичний компонент характеризується тим, що в сім'ях з дітьми з особливими потребами не встановлюється психологічна дистанція між батьками та дітьми, батьки намагаються завжди бути поруч з дітьми.

У результаті виконаної роботи можна зробити наступні **висновки:**

Розглянуте у роботі захворювання різко обмежує можливість включення дитини з особливими потребами в адекватні віком виховні та педагогічні процеси, у зв'язку з чим виникає необхідність у додатковому постійному догляді за нею, допомозі або нагляді.

Можна виділити такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми з особливими потребами.

1) хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова;

2) батьки дітей з особливими потребами дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі;

3) стадії розвитку сімей дітей з особливими потребами не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 1997. – №1. – С. 3-10.
2. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59-63.

3. Божович Л.И. Проблемы формирования личности : Под редакцией Д.И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна – М. : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. – 352 с.

4. Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей : Сборник упражнений для специалистов и родителей / Л. Ватерс, М. Ланзид, Э. Шонглер. Мн. : Издательство БелАПДИ, 1997. – 18 с.

5. Вишневский В.А. Влияние динамики моторных нарушений у больных ДЦП на психическое состояние их родителей / В.А. Вишневский // Вопросы клинической психиатрии : тез. докл. науч.-практич. конф. / под ред. А.Д. Ткачева. – Кемерово, 1985. – С. 38-42.

6. Волковская Т.Н. Особенности работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения для детей с нарушениями развития / Т.Н. Волковская // Коррекционная педагогика. – 2003. – № 2. – С. 62-70.

7. Волковская Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.

8. Гимельштейн Е.Э. Реабилитация онкобольного ребенка в детском саду / Е.Э. Гимельштейн, Л.Н. Мицкевич, Е.С. Яцук // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 41-44.

9. Гордеева Т.В. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребёнка с задержкой психического развития / Т.В. Гордеева, Г.А. Мишина. – С. 47-52

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРИНЯТИЯ РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Скиба Ю.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
г. Киев, Украина

Резюме: В каждой семье, которая имеет ребенка с особенными потребностями, существуют свои особенности, свой психологический климат, который так или иначе влияет на ребенка, или способствует ее реабилитации, или, напротив, тормозит ее. Такой фактор, как заинтересованность родителей в воспитании ребенка с особенными потребностями, значительно влияет на ее психологическое самочувствие.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич, семья, воспитание, особенные потребности, отношение.

FEATURES OF PERSONALITY ACCEPTANCE OF CHILDREN PARENTS WITH THE SPECIAL NECESSITIES

Skyba Y.

National medical university O.O. Bogomolets, Kyiv, Ukraine

Summary: In every family, which has a child with the special necessities, there are the features, psychological climate, which in any case influences on a child, or instrumental in its rehabilitation, or, opposite, brake it. Such factor, as personal interest of parents, in education of child with the special necessities, influences considerably.

Keywords: Child's cerebral paralysis, family, education, special necessities, relation.

ИССЛЕДОВАНИЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ЛИЧНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ)

Сливина М.А., Аникина О.М.

Россия, Рязань ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова министерства здравоохранения и социального развития»

Ключевые слова: автобиографическая память; воспоминания о событиях; формализованная биографическая анкета; события.

Резюме. В статье приводятся результаты изучения автобиографической памяти, а именно воспоминаний о событиях, происходивших в разные периоды жизни на примере возрастной группы мужчин старше 40 лет имеющих высшее образование по специальности инженер. Для исследования автобиографической памяти у мужчин была использована формализованная биографическая анкета. В результате исследования установлено, что наиболее часто упоминаемые события являются те, которые произошли с испытуемыми период от 17 до 25 лет.

В работах современных психологов автобиографическая память определяется как субъективное отражение пройденного человеком отрезка жизненного пути, состоящее в фиксации, сохранении, интерпретации и актуализации автобиографически значимых событий и состояний, которым определяется самоидентичность личности [1].

В нашем исследовании мы изучали автобиографическую память мужчин старше 40 лет. Актуальность темы определяется тем, что в настоящее время проблемное поле, связанное с изучением автобиографической памяти, находится в процессе становления. Эта область исследований вызывает множество дискуссий и является мало изученной в сфере возрастных особенностей и различий.

Объектом исследования является автобиографическая память личности.

Как предмет исследования мы выделяем воспоминания о событиях.

Цель исследования состоит в изучении воспоминаний о событиях происходивших в разные периоды жизни и их интерпретации с позиций прожитых лет.

При проведении исследования мы выполнили следующие задачи: изучили научные работы, выполненные на материале автобиографической памяти; определили основные теоретические положения и методические подходы к изучению автобиографической памяти; исследовали воспоминания о событиях мужчин старше 40 лет; исследовали автобиографическую память с помощью биографического метода; провели математическую обработку полученных данных с использованием критерия углового преобразования Фишера.

Гипотеза исследования. В связи с переживанием периода среднего возраста, у мужчин старше 40 лет в автобиографической памяти актуализируются события, произошедшие с ними до 25 лет.

Изучение автобиографической памяти необходимо применять в целях совершенствования существующих и построения новых подходов к психотерапевтической и психокоррекционной работе.

Для исследования автобиографической памяти у мужчин мы взяли формализованную биографическую анкету [2] – разработана Н.В. Логиновой. Для нашего исследования были выбраны данные указанные исследуемыми в пункте, в котором предлагалось кратко описать или перечислить те факты собственной жизни, которые исследуемые считают событиями.

В данном исследовании выборка составляла 23 человека, это были мужчины старше 40 лет имеющие высшее образование специальности инженер. Выборка была разделена на 2 группы по возрастному критерию:

1 группа – мужчины в возрасте от 40 до 47 лет;

2 группа – мужчины в возрасте от 48 до 56 лет.

События, отмечаемые исследуемыми: окончание школы, служба в армии, учеба в ВУЗе, трудовая деятельность, получение наград, вступление в брак, рождение детей и внуков, смерть близких, переезд, приобретение собственности, политические события в стране.

В 1 и во 2 группе наиболее часто упоминаемыми событиями были:

1) рождение детей и внуков (29,5%);

2) учёба в ВУЗе (23%);

3) вступление в брак (18%).

При обработке данных был определен возраст каждого исследуемого на момент каждого им отмеченного события. В результате анализа этих данных было выявлено, что в обеих группах большинство отмеченных событий происходило в период от 17 до 25 лет.

Эти данные мы подтвердили методом углового преобразования Фишера.

Анализ обобщенных данных позволил сделать следующий вывод, что доля упомянутых событий отмеченных до 25 лет в группе инженеров 40-47 лет равна доле в группе инженеров 48-56 лет.

В современных трудах по социальной психологии возраст до 40 лет относится к молодёжному, что говорит о том, что мужчины из 1 группы находятся на этапе перехода от молодости к зрелости и всё ещё считают себя молодыми, а мужчины из 2 группы не смотря на то, что они уже перешли на этап зрелости, не хотят растерять ценностей молодой жизни, и поэтому в обеих группах воспоминания 17-25 лет являются основными и преобладающими.

Однако, первой группе свойственны более устойчивые отдельные воспоминания, связанные с конкретным

событие, а второй группе – свойственна конкретная событийная конфигурация субъективной картины прошлого погруженной в смысловой контекст истории жизни. Кроме того, второй группе свойственно искажение событий прошлого в целях придания им более позитивной характеристики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Нуркова, В.В. Автобиографическая память как проблема психологического исследования // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. №2. – С. 16–29.

2. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. Под редакцией А.А. Крылова, С.А. Маничева – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург, Москва, Харьков, Минск: Питер, 2000.

INVESTIGATION OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY OF A PERSONALITY (ON THE EXAMPLE OF A GROUP OF MEN OVER 40 YEARS OLD)

Slivina M.A., Anikina O.M.

The article provides results of an investigation of Autobiographical Memory, specifically of reminiscence

about events of different lifespan periods, on the example of a group of men over 40 years old, having higher education in engineering. A formalized biographical questionnaire was used to investigate the Autobiographical Memory in men. The investigation proved, that events from the age period of 17-25 years are recalled most often.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІКТИМНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Є.Г. Невах

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Т.А. Тамакова

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Зроблено науковий аналіз психологічних особливостей віктимної поведінки та її параметрів. Емпіричне дослідження підтвердило вплив пережитого насилля на розвиток віктимних і соматичних проявів. Визначено основні характеристики віктимних проявів поведінки.

Ключові слова: віктимна поведінка, соматичні захворювання, модель виховання.

Останнім часом все більше зацікавлення науковців і практиків викликають проблеми агресії, насильства і конфліктів, а також віктимології (поки що переважно в юридичному аспекті). Віктимологічний аспект у появі та розвитку соматичних захворювань є мало досліджуваним. Це пояснюється тим, що протягом багатьох років питання віктимології вивчались переважно в рамках кримінології і кримінальної психології (Ю. Антонян, В. Васильєв, М. Вольфган, Г. Долгова, Г. Еленберг, М. Єнікеєв, В. Мінська, Д. Рівман, А. Сахаров, Л. Франк, А. Яковлев та інші). Водночас дослідження причин віктимізації, виявлення сукупності психологічних властивостей особистості, що сприяють становленню її віктимної поведінки, є досить важливим для пошуку заходів профілактики конфліктів, боротьби зі злочинністю та зниження рівня віктимізації населення.

Об'єктом вивчення віктимології є жертва, а отже людина, яка зазнала певних ушкоджень, збитків, або потерпає від несприятливого збігу обставин чи дій оточуючих. Відтак, на перший план знову виходять саме психологічні засади віктимологічних досліджень – це є ще одним аргументом на користь необхідності проведення віктимологічних досліджень на психологічному рівні.

Актуальність даної проблеми визначається необхідністю поглибленого вивчення особистісних та поведінкових властивостей людей, що займають певну дуже стійку позицію щодо власного життя, наслідком чого може бути розвиток соматичних розладів. В основі таких позицій лежить втеча від особистої відповідальності.

Метою статті є презентація результатів емпіричного дослідження впливу віктимологічних патернів поведінки на розвиток соматичних захворювань.

Аналіз наукової літератури показав, що віктимна поведінка в рамках психологічних теорій розглядається з наступних позицій:

1. Теорії періодизації особистісного розвитку: віктимна поведінка як стійкий чи структурований спосіб реагування дитини (З.Фрейд [1]); віктимна поведінка як психологічний розлад, причиною якого є незавершеність однієї із найбільш важливих стадій розвитку в ранньому ди-

тинстві – стадії становлення психологічної автономності (Е.Еріксон [3]), віктимна поведінка як результат розвитку початково слабкої Я-концепції (В.Штерн, Ж. Піаже [3]).

2. Теорії сімейного виховання: в сім'ї при порушенні внутрішньосімейних стосунків створюється несприятливий фон для емоційного розвитку дитини, і це може стати джерелом формування генералізованої невдоволеності, тобто, сім'я являється одним із головних факторів формування психології жертви [4].

3. Концепція впливу насилля, пережитого в дитинстві (концепція може розглядатись як в рамках сімейної теорії, так і самостійно): віктимна поведінка як наслідок патогенного впливу фізичного і психологічного насилля, куди входять і сексуальні домагання, і тілесні покарання, і неадекватні батьківські установки, маніпулювання і симбіоз, на особистість і психіку дитини (Віннікот Д.В, Кляйн М.[5]).

Теоретичний огляд наукової літератури з тематики віктимної поведінки дозволив визначити теоретико-методологічні основи дослідження: теорію Давида Веніаміновича Рівмана та на класифікацію Плотнікової С.Ю. Рівман Д.В. вважає необхідним проводити класифікацію жертв за: віком, статевою приналежністю, рольовим статусом, морально-психологічними ознаками, характером поведінки, рівнем пристосування. Плотнікова С.Ю. визначає за основу особливості поведінки людини та реакції на стресову ситуацію, тобто моменти відреагування та надання оцінки власним діям.

На основі загального теоретичного аналізу були виділені параметри дослідження віктимної поведінки як індикатора соматичних захворювань:

- пасивність,
- психічна адаптація,
- самооцінка.

Наше *емпіричне дослідження* було спрямоване на визначення закономірності та навантаження параметрів прояву віктимної поведінки у зв'язку із соматичними аспектами, завданням було дослідити і описати основні патерни та характеристики віктимної поведінки респондентів даної вибірки.

Дослідження проводилось за участю двох груп :

Група 1 – учні 8-го класу, віком 13-14 років, кількістю 30 осіб.

Група 2 – студенти 4-го курсу, факультету психології КНУ імені Тараса Шевченка, віком 20-22 роки, кількістю 30 осіб.

Опис методик, що застосовувались:

1) методика визначення схильності до віктимної поведінки [3].

Психодіагностична методика спрямована на вимірювання схильності особистостей до реалізації різноманітних форм віктимної поведінки. Дана методика досліджує соціальні і особистісні установки, схильність, присутність чи реалізованість вимірюваних видів поведінкових реакцій:

- агресивна поведінка;
- саморуїнуюча (деструктивна) поведінка;
- гіперсоціальна поведінка;
- пасивна поведінка;
- некритична поведінка;
- реалізована віктимна поведінка.

2) шкала самооцінки [авторська]. Дозволяє зробити самооцінку за наступними параметрами: «здоровий – хворий»; «хороший характер – поганий характер»; «реалізую свої здібності – не реалізую свої здібності»; «впевнений у собі – невпевнений у собі»; «довіряю світові – не довіряю світові»; «справляюся із життєвою ситуацією – не справляюся із життєвою ситуацією»;

3) методика визначення стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Раге.

4) автобіографічний опитувальник. Складається з трьох блоків: блок 1 – перелік хвороб, блок 2 – перелік фізичних травм, блок 3 – додаткові запитання, що спрямовані на виявлення ставлення особистості до хвороби, судження з приводу хворобливого стану та процесу лікування, особистісні установки (наприклад:

1. Нравиться ли Вам болеть?

2. Бывало ли такое, что Вы хотели заболеть?

3. Бывало ли такое, что Вы обманывали родителей или кого-либо другого и говорили, что Вы больны, плохо себя чувствуете?)

Даний опитувальник розроблений з метою виявлення тих травм і хвороб, які респондент пам'ятає, і про які може згадати як емоційно забарвлені; прослідкувати залежність між кількістю травм та хвороб і бажанням бути хворим чи видавати себе за хворого для отримання задоволення і самопокарання з метою збереження позитивного «образу Я», а можливо – наявності вторинної вигоди, що не усвідомлюється.

Результати емпіричного дослідження

Згідно факторному аналізу результатів опитування за методикою визначення схильності до віктимної поведінки виявлено 8 значимих факторів:

Фактор 1. Уникнення – не уникнення конфліктних ситуацій (11,570%).

Фактор 2. Підпорядкування – свавілля вибору (11,399%).

Фактор 3. Безпечність – небезпечність соціальних зв'язків (10,865%).

Фактор 4. Вираження – не вираження незадоволення (9,940%).

Фактор 5. Самоствердження – самопокарання (9,760%).

Фактор 6. Пасивне приймання – активна участь (9,208%).

Фактор 7. Інфантильні установки – позиції дорослого (8,375%).

Фактор 8. Мстивість – уникнення неприємностей (8,150%).

Згідно факторному аналізу результатів опитування за автобіографічним опитувальником виявлено 4 значимих фактори:

Фактор 1. Хвороба як спосіб обману і саморегуляція (12,103%).

Фактор 2. Хвороба як спосіб життя (11,116%).

Фактор 3. Хвороба як відчуження (10,914%).

Фактор 4. Хвороба як бажання (10,286%).

Наступним кроком було встановлення зв'язків за допомогою кореляційного аналізу результатів опитування за методикою схильності до віктимної поведінки та автобіографічного опитувальника, також шкал самооцінки і загального показника стресогенності, із залученням додаткового методу – аналізу таблиць сполучень (що дозволяють прослідкувати відсоткове розподілення між питаннями факторів, віком респондентів та показником сили зв'язку).

Інтерпретація отриманих результатів.

На основі отриманих даних можна виділити наступні прояви віктимної поведінки:

1. **Імпульсивно-раціональний** прояв – патерн поведінки направлений на прояв агресії назовні чи всередину себе. В цю категорію потрапили респонденти, що зазнали фактору насилля (побої), таких подій як бойкоти, згадали про перенесені накладення швів, струси мозку та величезну кількість травм голови, вказують, що хворіють кожен пору року (захворювання – аденоїди, бронхіти, болі в животі, ангіна, краснуха (найсильніший кореляційний зв'язок), скаржаться на постійний кашель, вільно йдуть на контакт із оточуючими і не переймаються з приводу їх можливих агресивних проявів, рідко жалкують с приводу неприємних подій, тобто намагаються їх не помічати чи не запам'ятовувати – це може бути викликано пережитим фактором сильного насилля в дитинстві, про яке пам'ятають респонденти, і що спонукає їх до подальшого пошуку конфліктних ситуацій, але при цьому спостерігається момент позитивного відреагування на події фізичного насилля, і негативне відреагування на події моральних образ.

Особливості позиції особистості – жертва, тимчасово страждаюча від усього. Даний прояв віктимності характеризується достатнім рівнем усвідомлення власних дій, хвороба використовується як відсутність життєвої стійкості.

2. **Пасивно-стриманий** прояв – поведінка має недемонстративний, пристосувальний характер навіть до неприємних та напружених життєвих ситуацій. Респонденти емоційно забарвленими описали такі події як аварії на велосипедах, бойкоти в школі (більше 2 разів), бійки та накладення швів. Спостерігаються такі соматичні прояви як сильний кашель, складнощі із травленням, болями в животі та варіювання у вазі. Хвороба для даного віктимного прояву слугує бажанням, способом втечі, хоча сам процес захворювання представлено ідеалізовано, а наслідки – відзначаються достатнім рівнем неусвідомленості.

3. **Педантично-застягаючий** прояв – розсудливість як основні характеристики, прослідковуються сформовані життєві програми, що основані на почутті обов'язку та відповідальності і намагання їх виконати. Особливість позиції респондентів зазначається як жертва агресії. Із своєї біографії досліджувані згадують численні вивихи та розтягнення зв'язок рук, струси мозку, захворювання на вітрянку та краснуху (чим більше визначають поведінку правилами – тим частіше захворюють). Характеризують себе як таких, що справляються із життєвою ситуацією, хоча відмічають велику кількість стресогенних факторів, що вплинули на хід життя, мають складнощі із визначенням себе в данній ситуації (стосується стану свого здоров'я). Мають надзвичайно сильну та складно структуровану систему захисту від умовно-патогенної інформації – агресивних думок, страху, почуттям провини та образи, оскільки має труднощі із пристосуванням до себе (любви до себе, прийняття себе), до людей і до ситуацій. Наголошують, що інші люди використовують хворобу як спосіб життя, але самі несвідомо прагнуть бути хворим.

Спостерігається у респондентів цієї групи:

- надмірна тривожність, катастрофічне мислення;
- неприйняття (частково чи повністю) свого минулого досвіду, подвійні стандарти його оцінки;
- постійна напруга, відсутність способів релаксації;
- подавлені гнів та агресія.

4. **Альтруїстично-обумовлений** прояв – характеризується постійним почуттям незахищеності, відкритості для нападу, дієвості триади «обмеження-захист-вираження» проявляється в шкірному симптомі і відображає основні психологічні постулати даного прояву поведінки: суспільно виправдана віктимність (метафорично «герой, що спалив себе за ідею на центральній площі»), яка являється лише спробою сховати щось, видати одне за інше, створити ілюзію існування того, чого всередині не існує. Прослідковується такий основний патерн поведінки як вираження себе через захист незнайомих людей: чим більше таких проявів переживань і опіки за інших – тим частіше проявляється діатез, переломи рук і ніг, а чим менше реальних дій по захисту інших – тим більше проявів діареї, агресивних патернів, що спрямовані на предмети побуту, порізи ніг, і нав'язливих думок про себе як найхворішу людину з усіх. Але все ж таки людина вірить, що на зло потрібно відповідати добром і від цього будує думку про те, що вона може терпіти біль і образи, і отримувати певне задоволення (мазохістичний патерн).

Хвороба даною групою респондентів вибирається як самопокарання.

5. **Самостверджувально-антисуспільний** прояв – характеризується наявністю стійкої позиції, якою корегує власну поведінку та життя, та патерном відстоювання її заради самого процесу відстоювання, що відзначається логікою і об'рунтованою структурою доведення (метафорично «розумний бунтар»). Якщо не може справитись із ситуацією – реагує захворюванням на бронхіт, аденоїди, ангіну, вибирає хворобу як відчуження: людина вважає себе максимально здоровою поміж інших, і навіть не приймає до уваги події потрапляння до лікарні та велику кількість стресогенних факторів (хоча пам'ятає про такі

ситуації). Якщо не може прийняти ситуацію такою, яка вона є насправді – проявляється такі тілесні симптоми як відчуття тиску в голові та запаморочення.

Сильна частка фактору насилля, але респонденти з даним віктимним проявом сприймають це як даність, необхідність, природність ситуації батьківського виховання.

6. **Зневірено-некритичний** прояв – тягнеться із сімейної системи, респонденти живуть під лозунгом «батьки наказували». Із дитинства запам'ятався фактор насилля за погану поведінку, за невстигання в школі, постійні сварки в сім'ї. В подальшому житті людина несе бездіяльність і примирення до таких ситуацій. Зі своєї біографії згадують численні опіки рук та поранення ніг, як негативно забарвлені переживання. Наявний витіснений патерн агресії: бажання проявляти «гіркоту» на предмети побуту, а якщо цього не відбувається – то проявляються забори, захворювання на аденоїди, а неможливість висловити своє незадоволення – кашлем та хворобою як способом життя, саморегуляції.

Підтвердилась гіпотеза щодо статево-вікових груп. Згідно теорії періодизації особистісного розвитку та концепції впливу насилля: віктимна поведінка – стійкий чи структурований спосіб реагування дитини, психологічний розлад, що не залежить від вікових та гендерних відмінностей. У перевірці можливих вікових та гендерних відмінностей між досліджуваними параметрами суттєвої різниці не виявлено.

Висновки.

Описані прояви віктимної поведінки були проаналізовані за параметрами пасивності, психічної адаптації та самооцінки. Робиться наголос на походженні та формах конфліктів у сім'ї, виборі адаптивних чи не адаптивних стратегій, особливостях взаємодії, динаміки спілкування, процесах розв'язання суперечностей у сім'ї та референтних групах, а також шляхів подолання та відреагування життєвих ситуацій. Модель фіксованої позиції відображає основні установки віктимного спрямування поведінки, у тому числі, вибирається спосіб використання хвороби. Символізм соматичних розладів відбивається у кожному із шести вище зазначених проявах віктимної поведінки.

Установка на безпорадність, небажання змінювати власне положення без втручання ззовні, низька самооцінка, заляканість, підвищена готовність до навчання віктимній поведінці, до засвоєння віктимних стереотипів зі сторони суспільства – чинники, що детермінують і спрямовують насилля на міжособистісному рівні соціальної взаємодії та ведуть до віктимізації дитини із розвитком певного набору тілесних відреагувань.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (ИЖС): пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман, О. Ф. Еришев, Е. Б. Клубова. – СПб.: Питер, 1998. – 603 с.*
2. *Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко // Психология индивидуальных различий / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 288-318.*

3. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы: [справочник практического психолога] / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Экс-мо, 2006. – 1008 с.

4. Мальхина Т. А. Виктимологическая характеристика и предупреждение мошенничества: автореф. дис. на соиска-

ние степени канд. юрид. наук: Спец. 12.00. 08 «уголовное право и криминология» / А. Т. Мальхина. – Иркутск, 2007. – 84 с.

5. Тойч Д. Л. Виктимология // Жетрва по определению: статьи / Джоэл Мари Тойч, Чампион Курт Тойч. – М.: Проспэрити, 2005. С. 96 – 120.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Е.Г. Невах

*Киевский национальный университет
имени Т.Г. Шевченко*

Т.А. Тамакова

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца
г. Киев, Украина*

Резюме. Сделан научный анализ психологических особенностей виктимного поведения и его параметров. Эмпирическое исследование показало влияние пережитого насилия на развитие виктимных и соматических проявлений. Определены основные характеристики виктимного проявления поведения.

Ключевые слова : виктимное поведение, соматические заболевания, модель воспитания.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF VICTIM CONDUCT AT SOMATOPATHY

E. Nevakh

Taras Shevchenko National University of Kyiv

T. Tamakova

*National O.O. Bogomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Summary. Made a scientific analysis of psychological characteristics of victim behavior and its parameters. Empiric research corroborated the influence in family of outlive violence on development victim and somatic displays. Basic descriptions of victim conduct displays were defined.

Key words: victim conduct, somatopathy, education model.

ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ РОЗЛАДИ В ДІАДІ ЯК ЧИННИК ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ВТОРИННОЇ ГІПОГАЛАКТІЇ

Шишак О. І.

Львівський національний університет імені Івана Франка, м. Львів

Ключові слова. Вторинна гіпогалактія, окситоциновий рефлекс лактації, емоційний резонанс, чутливість, ідентифікація мами з немовлям, діада, ментальна робота матері, репрезентації об'єктних стосунків, образ немовляти, образ материнського Я, уникання та компенсація.

Вступ. Огляд наукової літератури по гіпогалактії свідчить про фрагментованість постановки проблеми та її методологічну неопрацьованість, досить порівняти 5 масштабних студій Butte et al., 1984; Dewey et al., 1992; Neville et al., 1988, Stuff & Nichols, 1989 та Neifert et al., 1990. Насамперед, сама дефініція браку молока є нестандартизованою і ґрунтується на різнорідних неспівмірних показниках як суто біологічної, так і психологічної та культурної природи (J. Riordan). В даному дослідженні ми розмежовуємо поняття істинної та вторинної гіпогалактії, вслід за Е. Фатєєвою, Ж. Цареградською, Л. І. Ільєнко, А. Ю. Костюченко та ін. На відміну від істинної неспроможності молочних залоз виробляти секрет, етіологія вторинної гіпогалактії залишається нез'ясованою в разі відсутності очевидних підстав (перенесене матір'ю інфекційне захворювання, вживання протипоказаних медикаментів, гострий стрес тощо). В такому випадку медики називають її фальшивою і посилаються на психологічний фактор (згасання «молочної домінанті»), психологи в його якості наводять тривожність, травмуючі переживання та депресивність, які знижують мамину компетентність в інтеракціях під час годування і в такий спосіб реалізують згасання лактаційного рефлексу.

Дефіцит материнської компетентності при труднощах грудного вигодовування засвідчено на всіх рівнях. Відеоаналіз мікрокомунікаційних процесів фіксує схильність мами суперечити явним сигналам голоду-насичення немовляти (A. Vaughcum, I. Chatoor, R. Hewat, E. Satter, J. Zerzan та ін.). З жіночих студій відомо, що на емоційно-когнітивному рівні ключовим маркером гіпогалактії є ірраціональний страх жінки, що вона неспроможна належно задовольнити апетит дитини (S. Dowling, M. Harris, J. Shakespeare, Bergum, Bottorff, Giorgi, R. Hewat та ін.).

При цьому експериментально доведено, що жодна мама не здатна вірно оцінювати апетит свого грудного немовляти, особливо коли йдеться про його коливання (B. Brown, 1995). Більше того, L. Meyer показала, що мамині поточні уявлення про зміни апетиту дитини збігаються з кривою її власної тривоги.

В рамках існуючої медико-психологічної моделі гіпогалактії пояснення могло б бути таким, що мама в силу своєї тривожності не здатна толерувати уявне зменшення апетиту немовляти, тож реагує тривоگو. Однак підсу-

мок європейського моніторингу програми вільного вигодовування в рамках UNICEF засвідчив, що простої «фізіологічної просвіти» для спростування маминих фантазій про недоїдання немовляти не досить, щоб утилізувати її тривогу. Відтак, можна припустити інше трактування наведених досліджень: уявлення про апетит слугують екраном для проєкції маминих особистих переживань, які викликають в неї тривогу. Тоді проєктивний матеріал може привносити в переживання грудного зв'язку амбівалентність і руйнувати чутливість до реальних сигналів дитини, що й має місце у випадку гіпогалактії.

Мета даної роботи полягає в тому, щоб на матеріалі результатів лонгитюдного дослідження представити альтернативну перспективу тлумачення механізмів гіпогалактії через спотворення емоційного резонансу з немовлям. В цьому сенсі підставою буде апеляція до психогенної регуляції (а отже і вразливості) окситоцинового рефлексу лактації. Цей унікальний ефект спільної дії тіла та психіки лише недавно вдалося детально зафіксувати на камеру і вивчити. В нормі його дія така, що у відповідь на сигнал дитячого дистресу відбувається миттєве набрякання грудей і скрапування молока (виведення в зону ареоли). Якщо на поведінковому рівні мова йде про бондінг мами з немовлям, то на ментальному – про їх ідентифікацію (в сенсі H. Loewald), коли мама підхоплює і поділяє афект немовляти, одночасно модулюючи його і знімаючи надмір збудження. Звідси підстава називати окситоциновий рефлекс лактації рефлексом емоційного резонансу: перебування молока супроводжується «станом живого сприйняття та відношення», що має до справи з відчуттям безпомічності та турботи й одночасно виявляє цілий спектр тонких материнських переживань, пов'язаних з базовою здатністю мами толерувати залежність немовляти. У випадку гіпогалактії клінічні ревію T. Benedeck, D. Winnicott, H. Deutch, M. Middlmore, M. Friedman засвідчують страх жінки перед залежним немовлям, яке в епіцентрі її прихованих переживань з'являється в образі «голодного ненаситного вампіра, що висмоктує груди разом з кров'ю».

Означене психосоматичне тлумачення лактації стало вихідним пунктом в розробці ідеї представленого в даній статті дослідження і зумовило вибір ідентифікації як його центрального концепту. Концепт ідентифікації методологічно потрібний для того, щоб простежити якість мате-

ринської чутливості в грудному контакті в контексті латентних переживань материнсько-дитячого стосунку. Знову ж таки, концепт ідентифікації суттєво розширює розуміння проблеми, адже реферує всі актуальні переживання до імпліцитної пам'яті про емоційні зв'язки з ключовими фігурами раннього дитинства.

Відтак, під материнською ідентифікацією ми розуміємо складний інтрапсихічний процес, що починається з реєстрації дитячого сигналу, полягає в співвіднесенні його з ключовими репрезентаціями власної пам'яті, а відтак завершується конструюванням особистісно значимого, афективно насиченого та мотиваційно зарядженого образу немовляти і власної взаємодії з ним. На основі зазначеної теоретичної моделі ідентифікацію операціоналізовано як структуру тотожностей чи контрастів між образом немовляти та актуальними для мами ментальними репрезентаціями об'єктних стосунків.

Матеріали та методи. Дослідження тривало протягом 2008-2010 років. Воно побудоване в форматі лонгитюдних зрізів, що здійснювалися регулярно з 3 по 6 місяці життя дитини в умовах домашніх візитів та індивідуального сетінгу. На старті всі немовлята перебували на грудному вигодовуванні, демонстрували адекватне набирання маси, мати і дитина були умовно здорові. Згідно з даними I.Chatoor задана вікова рамка дозволяє однозначно виключити органічну гіпогалактію та сфокусуватися на проблемах емоційного зв'язку в діаді. В ході лонгитюду природно утворилося 2 групи матерів для порівняння – ті, що перевели дитину на змішане вигодовування на підставі браку молока, і ті, що успішно годували грудьми аж до кінця дослідження, коли дитина досягла 6-місячного віку. Остаточна кількість досліджуваних становила 96.

Методичний інструментарій складався з 2 батареї. Перша містила методики для виявлення психологічних маркерів гіпогалакції (переживання і ставлення до грудного вигодовування (адаптований опитувальник вигодовування Vaughcum), сформованість свідомої мотивації до грудного вигодовування (анкета), вираженість депресивної симптоматики в матері (шкала депресії Балашової), особливості здоров'я матері та дитини (педіатрична оцінка), загальна реактивність мами на сигнали дитини (обсервація по HOME Inventory Scale)). Друга батарея методик була підібрана для дослідження материнської ідентифікації з немовлям (глибинне фокусне інтерв'ю материнського ставлення, модифікована версія тесту кольорових виборів Люшера «Автопортрет та портрет немовляти» та обсерваційна методика Maternal Behavior Q-Sorting Pederson та Moran у версії 3:1 для встановлення загальної міри та особливостей материнської чутливості).

Першу батарею було застосовано перед початком дослідження, натомість ідентифікація з немовлям досліджувалася в форматі лонгитюдних зрізів з огляду на те, що її можливо охопити виключно в часовій перспективі та в глибині індивідуального прояву. Особливості сенситивності матері до поточних сигналів дитини оцінювались протягом останнього візиту.

Опрацювання емпіричних даних здійснювалося окремо по кожній досліджуваній і рунтувалось на принципі наукової триангуляції: спершу зроблено якісний аналіз

текстів інтерв'ю в методі Grounded Theory, далі якісно отримані ідентифікаційні тренди підлягали статистичній перевірі на матеріалі бази даних, зібраної з допомогою кольорового тесту Люшера і узгоджувались з результатами методики MBQ. Індивідуальні ідентифікаційні закономірності узагальнювалися в загальній таблиці, кластеризувалися, а відтак слугували критерієм для порівняння жінок з різним досвідом годування, засвідченим в анкеті та методиці A.Vaughcum.

Результати та обговорення. З допомогою подвійного якісного та кількісного інструментарію та подвійної методології, що поєднує біхевіорально-засвідчений та глибинно-змістовий опис материнського ставлення в стосунку до дитини, вдалося довести наявність зв'язку між інтерпсихічними процесами спотвореного нечутливого реагування мами на сигнали дитини та її інтрапсихічними ідентифікаційними процесами, які задіюються на піку стресу і полягають в конструюванні образу немовляти по тотожності або контрасту з репрезентаціями власних ранніх об'єктних стосунків.

Цілісний глибинно-психологічний конструкт материнської ідентифікації, побудований на результатах дослідження, можна сформулювати в кількох тезах.

По перше, переживання жінкою свого зв'язку з немовлям є унікальним феноменом, що має власну індивідуальну логіку і відображається в ідентифікаційному процесі (реєстрація, тлумачення та відгук на сигнал немовляти). Ідентифікація виконує для мами захисну функцію, що відповідає класичному тлумаченню регресивної ідентифікації (схема по M.Klein): стосунок з немовлям провокує в жінки актуалізацію регресивних образів дитячої взаємодії з власною мамою; від інфантильних переживань мама звільняється, екстерналізує їх на дитину. У випадку нечутливого реагування мова йде про захисну ідентифікаційну реакцію в ситуації інтеракційного стресу: зареєстрований сигнал немовляти співвідноситься з певною потребою, яка в маминій пам'яті репрезентована як депривована, і саме ця тотожність лягає в основу конструювання дитячого образу.

По друге, в залежності від мотиваційної скерованості ідентифікації в стосунку до немовляти виділяються 2 типи захисної материнської ідентифікації: уникаюча та компенсаторна.

За результатами MBQ виявлено, що дефіцит чутливості при уникаючій ідентифікації полягає в ігноруванні (запереченні) цілого спектру сигналів дитини. Кольоровий тест засвідчив при цьому схильність мами витіснити з образу дитини ті потреби, які в її власних переживаннях є депривовані. Головною характеристикою уникаючої ідентифікації, згідно з даними якісного аналізу текстів інтерв'ю, є недиференційованість перцепції власного Я та іншого, що притаманно для симбіотичної тенденції в стосунках, коли і власне Я, і дитина сприймаються через призму маминих дитячих переживань і мисляться єдиним цілим. Така тенденція до злиття передбачає мінімум психічної свободи в материнсько-дитячих стосунках (ригідність контакту), оскільки рунтується на мотивації підтримання компромісного статус-кво: небезпечна для мами потреба не може бути актуалізована в інтеракції з немовлям, відтак ця по-

треба заперечується, маргіналізується, витісняється з контакту. Звідси дисоціація в перцепції та ізоляція афекту в переживаннях. Мамина депривація транслюється дитині в якості норми.

Щодо компенсаторної ідентифікації, то в термінах МВК її описує боротьба з сигналами дитини і настирливе навізування їй власних бажань. Кольоровий тест пояснює це тим, мамина витіснена депривована потреба отримує центральне місце в образі дитини. Якісний аналіз викриває, що в основі такої компенсації справді лежать динамічні структури контрасту між образом Я та дитини, однак цей контраст ґрунтується на перенесенні рольового сценарію з колишнього материнсько-дочірнього конфлікту жінки, в результаті якого потреба залишилася депривованою. Компенсаторна стратегія пов'язується з материнським нарцисизмом, коли «дитина повинна втілити нездійснені бажання своїх батьків» (реверсія, ідентифікація з агресором) або стати для мами джерелом реляційного ресурсу та інфантильного задоволення (підміна ролей, інфантилізація). Її супутніми характеристиками є розщеплення, ідеалізація та регресія.

По третє, ідентифікація не є тотальною, а швидше стосується окремого спектру характеристик, щодо яких відбувається злиття образів власного Я та дитини. Натомість у всіх інших аспектах мама репрезентує дитину диференційовано.

І по четверте, стала повторюваність захисних ідентифікаційних реакцій описує притаманний мамі ідентифікаційний стиль – унікаючий, компенсаторний або амбівалентний (чергування реакцій).

Застосувавши запропоновану модель функціонування материнської ідентифікації для опису глибинних переживань жінок, що відлучили дитину внаслідок нестачі грудного молока, вдалося довести, що їх відрізняє спостерігається протирічливість та розщеплення свідомої та позасвідомої мотивації в стосунку прив'язаності. Артикульоване бажання годувати грудьми та прихильність до натуралістичної філософії материнства співіснують з установкою на сепарацію. Глибинний аспект переживань пов'язаний з унікаючим типом ідентифікаційного процесу, що спрацює безальтернативно на фоні стресу. Відтак, до психосоматичної дизрегуляції і згасання окситоцинового рефлексу лактації призводять характерні тимчасові блокади емоційного зв'язку в діаді внаслідок ігнорування мамою дитячих сигналів на піку унікаючої ідентифікації. Додатковим аргументом слугує той факт, що скерована на інтенсифікацію зв'язку компенсаторна ідентифікація не порушує окситоциновий рефлекс, хоч часто може проявлятися в негативній чутливості, коли взаємодія з немовлям перетворюється на боротьбу матері з його спонтанними проявами (агресія, інтрузивність).

Висновок дослідження полягає в тому, що феномен вторинної гіпогалакції ґрунтується на неспроможності мами вірно ідентифікувати ті дитячі сигнали, які засвідчують залежність дитини в певній суб'єктивно значимій для мами потребі. Неусвідомленість мамою своєї депривованої потреби, витіснення за межі взаємодії та активне заперечення її наявності в дитини, а також злиття образів Я та дитини на основі цієї потреби повинні стати фокусом пси-

хокорекційної роботи з жінкою, що скаржиться на брак молока.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *О прогнозировании нарушений лактации, профилактики и лечения гипогалактии: методические рекомендации* / Л.И. Ильенко, А.Ю. Костюченко, О.В. Качалова, Л.В. Гайнова. – Москва, 1998. – 56 с.
2. *Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной* / Д. Пайнз. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2000. – 198с.
3. *Скобло, Г.В. Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики* / Г.В.Скобло, О.Ю.Дубовик // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1992. – №2. С. 75-78.
4. *Фатеева, Е.М. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя»: Учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства* / Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. – М.: Агар, 2000. – 183 с.
5. *Baradon, T. (2005). What Is Genuine Maternal Love?* / T. Baradon // *Psychoanalytic Study of the Child*. – 2005. – Vol. 58. - New Haven, CT: Yale University Press. – pp. 47-73.
6. *Beebe, B. Mother-Infant Research Informs Mother-Infant Treatment* / B. Beebe // *Psychoanalytic Study of the Child*. – 2005. – Vol. 58. - New Haven, CT: Yale University Press. – pp. 7-46.
7. *Bergman, A. Love, Admiration and Identification: On the Intricacies of Mother-Daughter Relationships* / A.Bergman, M.F.Fahey // *In The Mother-Daughter Relationship: Echoes Through Time* / ed. G.H.Fenichel. – Northvale, NJ: Jason Aronson, 1998. – pp. 7-28.
8. *Catoor, I. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life* / I. Catoor // *Infant Mental Health Journal*. – 1997. – Vol. 18(1). – pp.76-91.
9. *Chodorow, N. The Reproduction of Mothering* / N. Chodorow. – University of California Press, 1999. – p.263.
10. *Crandell, L.E. Dyadic synchrony in parent-child interactions: a link with maternal representations of attachment relationship* / L.E. Crandell, H.E. Fitzgerald, E.E. Whipple // *Infant Mental Health Journal*. – 1997. – Vol.18. – pp.247-264.
11. *Geller, J. Research-Informed Reflections on the Processes of Introjection and Identification* / J. Geller // *JAPA*. – 2003. – Vol. 54:1. – pp. 59-66.
12. *Fonagy, P. Measuring the Ghost in the Nursery: An Empirical Study of the Relation Between Parents' Mental Representations of Childhood Experiences and Their Infants Security of Attachment* / P. Fonagy, M. Steele, G. Morgan et al. // *JAPA*. – 1993. – Vol. 41:4. – pp. 957-989.
13. *Hewat, R. Research, Theory and Lactation* / R.Hewat // *Breastfeeding and Human Lactation, 3rd ed.* / ed. J.Riordan. – Jones and Buttlar Publishers, 2005. – p.655-688.
14. *Joyce, A. The parent-infant relationship and infant mental health* / A. Joyce // *In The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy* / ed. T.Baradon, C.Broughton, I.Gibbs et al. - London: Routledge, 2005. – pp. 5-24.

15. Olds, D. *Identification: Psychoanalytic and Biological Perspectives* / D Olds // JAPA. – 2006. – Vol. 54:1. – pp.17-46.

16. Pederson, D. R. *Maternal Behavior Q-set: Appendix B.* / D. R. Pederson, G. Moran // *In Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New Growing Points of Attachment Theory and Research* / E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura. – Monographs of the Society for Research in Child Development 60(2-3, Serial No. 244), 1995. – pp. 247-254.

17. Pine, F. *A Note on Some Microprocesses of Identification* / F. Pine // *Psychoanalytic Study of the Child.* – 2006. – Vol. 58. – New Haven, CT: Yale University Press. – pp. 190-201

18. Slade A. *Minding the Baby* / A. Slade // *Psychoanalytic Study of the Child.* – 2005. – Vol. 58. – New Haven, CT: Yale University Press. – pp. 74-100.

19. Strauss A. *Grounded Theory. Methodology. Strategies of Qualitative Inquiry* / A. Strauss, J. Corbin. – London: Sage publications, 1998. – 357 p.

Abstract. The aim of this article is to introduce the psychological way of understanding lactation disorders etiology. The stress is imposed on the microprocesses of identification in the mother-baby everyday communication, because the oxytocin reflex of lactation begins to work due to mother's anticipation of her baby's stressful cues. The proposed psychological construct of hypogalactia is grounded on the results of 3-months-long day-by-day longitude study, designed in both qualitative and quantitative methods of data collecting and analysis. The 3 main maternal identification styles were discovered and named avoidant, compensatory and ambivalent in order to underline their motivation in relation to the baby. In this sense hypogalactia may be viewed as attenuation of the oxytocin reflex, based on permanent breaks of mother-baby relational tie under the pressure of avoidant identification in stressful situation.

Резюме. В статті представлена психологічна альтернатива розуміння етіології різних порушень лактації. Акцент зроблено на ідентифікаційних мікропроцесах в комунікації матері і дитини, оскільки окситоциновий рефлекс лактації запускається в відповідь на сприйнятий матір'ю сигнал стресу дитини. Представлений психологічний конструкт гіпогалакції оснований на результатах тримісячного щоденного лонгітюдного дослідження, в якому поєднуються якісний і кількісний методи збору і аналізу даних. Описано 3 материнських стилів ідентифікації з дитиною – ухиляючий, компенсаторний і амбівалентний – в залежності від їх мотиваційної направленості в відношенні до дитини. Гіпогалакцію можна розглядати як згасання окситоцинового рефлексу лактації внаслідок регулярних розривів дитячо-материнської емоційної зв'язі, що виникають під впливом ухиляючої материнської ідентифікації в ситуації стресу.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕТЕСТОВОЙ НАДЕЖНОСТИ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ «ЧИСЛОВАЯ КОРРЕКТУРНАЯ ТАБЛИЦА» АМАТУНИ В.Н. В МОДИФИКАЦИИ ВАССЕРМАНА Л.И., КАТЫШЕВОЙ М.В.

П.Н. Шульгина, Л.Н. Каращук

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения и социального развития, г. Рязань, Р.Ф.

Резюме. Статья посвящена проблематике получения достоверных результатов психодиагностических методик. Описано эмпирическое исследование ретестовой надежности и процедура стандартизации методики «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. Статья может быть интересна изучающим вопросы психодиагностики.

Ключевые слова: внимание, коэффициент функциональной асимметрии внимания, индекс утомляемости внимания, ретестовая надежность, «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В.

Современная школа предъявляет много требований к обучающемуся, школьники, для того, чтобы успешно осваивать учебную деятельность, вынуждены демонстрировать достаточный уровень успеваемости. Не всегда обучающиеся справляются со школьными нагрузками, поэтому деятельность практических психологов, работающих в сфере образования, должна быть направлена на оказание психологической помощи детям, на определение причин трудностей обучения.

Такие авторы, как Готтсданкер Д., Кэмпбелл Д., Ломов Б.Ф., Швырев В.С., указывают в своих работах на то, что разного рода артефакты (валидность, надежность метода исследования, установки предвзятости экспериментатора и испытуемых) могут влиять на получение неверных или искаженных результатов исследования, поэтому данные артефакты должны быть тщательно изучены ([3], [6], [7], [11]).

Психологическая диагностика в школе также должна быть достоверной, так как на основе полученных данных школьный психолог разрабатывает программы психологической коррекции, должна включать изучение всех психологических особенностей учащихся.

Одним из психических процессов, влияющих на успешность обучения и подлежащих психодиагностическому исследованию у школьников, является внимание. Высокую оценку внимания на уровне мировоззрения и в этическом аспекте можно найти у многих авторов, занимавшихся проблемами изучения внимания (Гальперин П.Я. [2], Добрынин Н.В. [4], Дормашев Ю.Б. [5], Фаликман М.В. [10]).

Существует много методик, позволяющих диагностировать уровень развития свойств внимания, одна из них – «Цифровая корректурная таблица» Амадуни В.Н. (1969) в

модификации Л.И. Вассермана и М.В. Катышевой. Данная методика разрабатывалась в лаборатории психологии института им. В.М. Бехтерева, позволяет изучать асимметрию внимания и утомляемость внимания [1].

Проблема исследования заключается в том, что методика «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. не стандартизирована, что является фактором ее неиспользования в психодиагностике внимания школьников.

Целью работы является исследование ретестовой надежности – «устойчивости, воспроизводимости результатов, получаемых с помощью теста; определяющей ее путем установления корреляций между результатами повторных применений теста или путем сопоставления данных, полученных при проведении теста, с результатами применения эквивалентного теста» [8, с. 237] – и стандартизация методики «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В.

Гипотеза исследования – методика «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. обладает ретестовой надежностью.

Для достижения цели работы нами были поставлены следующие задачи:

- изучить научную литературу, посвященную проблеме исследования и диагностики внимания;
- стандартизировать методику «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В.;
- экспериментально проверить ретестовую надежность методики «Числовая корректурная таблица» Амадуни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В.;

- провести анализ результатов исследования с помощью методов математической статистики;
- провести качественный анализ исследования;
- сделать выводы относительно полученных результатов.

Для проведения исследования была использована методика «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В., применялся статистический метод ранговой корреляции Спирмена и методика перевода сырых данных в стандартную шкалу стенов, разработанную Р.Б.Кеттеллом [9].

Практическая значимость исследования заключается в том, что после выявления норм коэффициента функциональной асимметрии и индекса утомляемости для старшеклассников методика «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. может быть использована школьными психологами для выявления скрытых форм игнорирования левого поля зрения и для решения задач психогигиены и психопрофилактики.

В исследовании приняли участие 100 старшеклассников (среди них 50 человек женского и 50 человек мужского пола), обучающихся в МОУ «Средняя общеобразовательная школа №17», МОУ «Средняя общеобразовательная школа №41», МОУ «Средняя общеобразовательная школа №43» г. Рязани. Школьники, обучающиеся в МОУ «Средняя общеобразовательная школа №41», проходили процедуру исследования дважды, это было необходимо для возможности использования результатов этих учеников для исследования ретестовой надежности методики.

Процедура эксперимента была следующей: испытуемому предъявлялся бланк методики, представляющий собой таблицу, состоящую из множества цифр. Давалось задание: не останавливаясь, двигаясь строго слева направо, зачеркивать все цифры 6 и 9, которые встречаются. Необходимо действовать как можно быстрее, т.к. задание на время. Фиксируется время заполнения первой части таблицы, второй части, пропуски цифр в правой и в левой половине таблицы. Вычислялся индекс утомляемости и коэффициент функциональной асимметрии внимания.

Результаты и их обсуждение. Результаты проделанной работы позволяют сделать вывод о том, что ретестовая надежность (исследуемая с помощью ранговой корреляции Спирмена) методики «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. по коэффициенту функциональной асимметрии внимания высокая, а ретестовая надежность данной методики по коэффициенту утомляемости внимания низкая. Полученный результат затрудняет возможность формулирования вывода в целом о ретестовой надежности методики.

Противоречивые данные о ретестовой надежности методики «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. могли быть получены нами по нескольким причинам: во-первых, на получение подобных результатов могли оказать влияние индивидуальные особенности каждого испытуемого; во-вторых, неучтенные и неизвестные нам особые

условия проведения исследования могли повлиять на искажение результатов испытуемых; в-третьих, на получение данных результатов действительно мог повлиять фактор низкой ретестовой надежности методики.

Все перечисленные выше возможные причины получения противоречивых данных требуют проведения их проверки и установления истинной причины полученных результатов. Для достижения цели получения истинной причины полученных результатов мы предлагаем провести дополнительное исследование ретестовой надежности, возможно на той же выборке, необходимо также провести пересчет сырых данных с использованием прежде выбранных методов статистической обработки результатов и с использованием вновь выбранных и подходящих для данного исследования методов статистической обработки данных. Предлагается также изучить конструктивную валидность методики «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В., для наиболее полного исследования методики.

Для вычисления норм значений коэффициента функциональной асимметрии внимания и коэффициента утомляемости внимания для старших подростков нами была использована методика перевода сырых данных в стандартную шкалу стенов, разработанную Р.Б.Кеттеллом.

Так, рассматривая полученную таблицу стандартных значений коэффициента утомляемости внимания для исследуемой нами выборки, можно сказать, что стены 1-2 указывают на большую вероятность повышенной утомляемости испытуемого, на снижение уровня активного внимания и работоспособности; стены 3-4 – на чуть меньшую вероятность повышенной утомляемости внимания испытуемого; стены 5-6 – на средний уровень утомляемости внимания; стены 7-8 – на уровень утомляемости внимания ниже среднего, на высокую работоспособность испытуемого; стены 9-10 – на повышенный уровень работоспособности, на очень низкий уровень утомляемости внимания.

Рассматривая полученную таблицу стандартных значений коэффициента функциональной асимметрии внимания для исследуемой нами выборки, можно сказать, что стены 1-2 указывают на высокий уровень развития функциональной асимметрии внимания; стены 3-4 – на развитие асимметрии внимания на уровне выше среднего; стены 5-6 – на средний уровень развития функциональной асимметрии внимания; стены 7-8 – на уровень развития асимметрии внимания ниже среднего; стены 9-10 – на низкий уровень развития асимметрии внимания, такие испытуемые в меньшей степени, чем остальные, игнорируют левое поле зрения.

Выводы

По результатам проделанной нами работы можно сделать следующие выводы:

- ретестовая надежность методики «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. по коэффициенту функциональной асимметрии внимания высокая;

- ретестовая надежность методики «Числовая корректурная таблица» Аматауни В.Н. в модификации Вассермана Л.И., Катышевой М.В. по коэффициенту утомляемости внимания низкая;
- полученный противоречивый результат ретестовой надежности по двум коэффициентам методики затрудняет возможность формулирования вывода в целом о ретестовой надежности методики;
- для уточнения данных об общей ретестовой надежности методики необходимо провести дополнительное исследование, в котором необходимо учесть ранее не замеченные факторы, влияющие на получение результатов;
- после проведения дополнительного исследования возможно будет сделать более точный вывод относительно общей ретестовой надежности методики и возможности использования норм коэффициента асимметрии внимания и индекса утомляемости, выведенных нами для школьников 16-ти лет.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бруннер Е.Ю. *Лучше, чем супервнимание: Методики диагностики и коррекции*. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 306 с.

2. Гальперин П.Я., Кабыльницкая С.Л. *Экспериментальное формирование внимания*. – М.: Педагогика, 1974. – 234 с.

3. Готтсданкер Р. *Основы психологического эксперимента*. – М., 1982. – 325 с.

4. Добрынин Н.В. *Интеллект и внимание // Психологические исследования / под ред. Тихомирова О.К.* – М.: Педагогика, 1979. – 205 с.

5. Дормашев Ю.Б., Романов В.Я. *Психология внимания*. – М.: Академия, 1995. – 423 с.

6. Кэмпбелл Д. *Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях*. М., 1980.

7. Ломов Б. Ф. *Методологические и теоретические проблемы психологии*. – М.: Педагогика, 1984. – 365 с.

8. *Современный психологический словарь / под ред. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П.* – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2006. – 490 с.

9. Сидоренко Е.В. *Методы математической обработки в психологии*. – СПб.: ООО «Речь», 2007. – 350 с.

10. Фаликман М.В. *Уровневые эффекты внимания в условиях быстрой смены зрительных стимулов // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ / под ред. Братуся Б.С., Леонтьева Д.А.* – М., 2002. – 476 с.

11. Швырев В. С. *Научное познание как деятельность*. – М., 1984. – 347 с.

INVESTIGATION OF RE-TEST ACCURACY AND STANDARDIZATION OF A METHOD OF “NUMERIC CORRECTION TABLE” BY V.N. AMATUNI, MODIFIED BY L.I. WASSERMAN, M.V. KATYSHEVA

Shulgina P.N., Karaschuk L.N.

The article is devoted to problems of getting accurate data from psychognostic methods. An empirical investigation of re-test accuracy and a procedure of standardization of a method “Numerical Correction Table” by V.N. Amatuni, modified by L.I. Wassermann and M.V. Katysheva. The article can be interesting for those who study psychodiagnosics.

МАТЕРІАЛИ V НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ», М. КИЇВ, 11-12 ТРАВНЯ 2011 РОКУ /

МАТЕРИАЛЫ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»,
Г.КИЕВ 11-12 МАЯ 2011 ГОДА /

ABSTRACTS 5TH SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE
«ACTUAL PROBLEMS OF CONTEMPORARY MEDICAL
PSYCHOLOGY», KYIV, 2011, 11-12TH OF MAY

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ
СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТІВ
НЕВРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ**

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
PATIENTS' PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT
IN HOSPITALS' NEUROLOGICAL DEPARTMENT**

Б.С.Божук / B.S.Bozhuk

*Науковий керівник: академік НАПН України,
д.психол.н., проф. С.Д. Максименко*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,*

*Кафедра загальної та медичної психології
і педагогіки*

*(Зав.кафедрою: академік НАПН
України, д.психол.н., професор С.Д. Максименко)
м.Київ, Україна*

В підходах вчених, котрі займаються питанням вивчення копінг-поведінки, можна відмітити використання різних моделей її дослідження. Зокрема російські вчені Н. А. Сирота і В.М. Ялтонський виділили три взаємопов'язані блоки: I. Інтер-та інтраперсональний розвиток II. Система соціальної підтримки, що включає дослідження сприйняття соціальної підтримки. III. Реалізація механізмів подолання стресу (Н. А. Сирота і співавт., 1993). Зупинимось на системі соціальної підтримки.

Сприйняття соціальної підтримки разом з її пошуком, є вагомою складовою соціально-підтримуючого процесу. Соціальна підтримка виконує особливу роль у процесі

подолання стресових і проблемних ситуацій. Вона тісно взаємопов'язана з фізичним здоров'ям та поведінкою особистості (S. Cohen et al., 1985) і являє собою динамічне утворення, форми та якості якого змінюються услід за зміною життєвої ситуації і самої особистості (А.А. Чазова, 1998). Також на її думку ефективність соціальної підтримки, крім базисної копінг-стратегії пошуку соціальної підтримки, визначається позитивністю її сприйняття, адекватна і гармонійна взаємодія яких є одним з важливих факторів, що визначають успішність лікувально-діагностичного, психотерапевтичного та реабілітаційного процесів.

Дослідження було проведене на базі неврологічного відділення КМКЛ№3. В дослідженні прийняли участь 40 осіб – пацієнтів стаціонару, віком від 27 до 60 років, 62,5% (25) жінок та 37,5% (15) чоловіків. Для дослідження сприйняття соціальної підтримки використовувалась методика «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS»), розроблена Г.Зіметом та адаптована М.А. Сиротою та В.М. Ялтонським у 1994р. Вона включає три основних шкали: а) «Підтримка сім'ї», б) «Підтримка друзів», в) «Підтримка значущих інших» і спрямована на діагностику середовищних копінг – ресурсів. Методика «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS») володіє достатнім психометричним обґрунтуванням за критеріями надійності та валідності, вона в достатній мірі задовольняє основним психометричним вимогам побудови психологічних тестів і придатна для використання в психологічній практиці.

Результати тестування: середній бал по шкалам «Підтримка сім'ї»=3,12; «Підтримка друзів»=2,47; «Підтримка значущих інших»=3,35. Для досліджуваних у яких спостерігаються високі результати сприйняття соці-

альної підтримки характерна тенденція до більш частого використання копінг-стратегії пошуку соціальної підтримки (згідно результатів отриманих у цих досліджуваних за допомогою методики «Індикатор копінг-стратегій» Д.Амірхана).

Таким чином можна зробити висновок, що пацієнти неврологічного відділення найбільше потребують соціальної підтримки значущих інших і для цього використовують копінг-стратегію соціальної підтримки. Відповідним чином невід'ємним компонентом зцілюючого терапевтичного середовища має стати соціальна підтримка цих пацієнтів з боку лікарів та медичного персоналу в цілому. А це, в свою чергу, підвищить ефективність як лікувально-діагностичних, так і реабілітаційних заходів.

ПРОЯВИ СУБЛІМАЦІЇ У РІЗНИХ СФЕРАХ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

MANIFESTATIONS OF SUBLIMATION IN DIFFERENT SPHERES OF HUMAN LIFE

Р.І. Габаль, О.В. Мартинюк

Науковий керівник: к.м.н.

Філоненко Мирослава Мирославівна

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. каф. – академік НАПН України, д.п.н.
професор С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Актуальність. На сьогоднішній час в сучасній культурі існує велика кількість відгалужень, в залежності від власного вподобання митця, його тонкощів в сприйманні навколишнього світу. Твори більшості художників не визнає суспільство. 65,3% всіх людей не до кінця використовують свій творчий потенціал і переносять творчу енергію із соціально та культурно осуджуваних теренів (зокрема, сороміцьких) на вищі, піднесені. Тому ця тема актуальна тим, що ми можемо дослідити вплив сексуальної енергії на всі сфери діяльності людини, починаючи від побутових речей і закінчуючи світом високої моди. Творчі здібності й обдарованість не зв'язується прямо з рівнем загальних і спеціальних здібностей, що є реальним засобом успішного здійснення діяльності. Їхній внесок реалізується, лише переломлюючи через мотиваційну структуру особистості, її ціннісні орієнтації. Саме сублімація допомагає розібратися в мотиваційній структурі характеру митця, а також дізнатися причини зміни сексуально-біологічних інстинктів задля створення різних предметів і творів мистецтва, які символізують бажаний, але недоступний об'єкт потягу.

Мета роботи полягає у визначенні та аналізі впливу сексуальної енергії на загальну сферу діяльності людини,

що допомагає у прийнятті та вирішенні різноманітних проблем побутового життя.

Завдання. Дослідження взаємозв'язку сублімації та творів мистецтва, а також вплив її на різні сфери життя людини.

Матеріалами і методами дослідження являється метод клінічної бесіди (інтерв'ю), метод спостереження і методика ММРІ, патохарактерологічний діагностичний опитувальник, психологічна література, статті, всесвітня мережа Internet.

Висновок. Результатом цієї роботи є те що 30% людей допомагає сублімація у вирішенні ділових проблем, 13% осіб створюють предмети мистецтва, інтер'єру, уникаючи осоромлення зі сторони суспільства і більше половини цілих 57% осіб вважають, що вони уникають такого прояву сексуальної енергії у своєму житті. Відмічено також, що у людей які позитивно використовують сублімацію, значно менше проблем і в особистому, і в суспільному житті, покращуються комунікативні якості характеру, підвищується настрій. Тоді у людей, які вважають, що не використовують сублімацію, помічаються розлади нервової системи, неврози, безсоння, а як наслідок, зниження імунітету, частої хворобливості.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМООЦІНКИ І СТАТУСУ ОСОБИСТОСТІ У МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКАХ В ГРУПІ

THE INTERCONNECTION BETWEEN SELF-ESTEEM AND INDIVIDUAL'S STATUS IN INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN THE GROUP

А.С. Глушко

*Керівник кандидат психологічних наук, доцент
кафедри психології та педагогіки Н.А. Тертична
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(завідувач кафедри – академік
НАПН України, доктор психологічних наук,
професор С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Представлена робота є результатом дослідження виявлення взаємозв'язку між самооцінкою та соціальним статусом особистості у міжособистісних стосунках в малій групі, їх взаємовпливу один на одного та умов формування.

Актуальність даної теми полягає в тому, що у кожній людини є певний інтерес до себе, як до особистості, свого внутрішнього світу, потреба ідентифікації себе у порівнянні з іншими та бажання реалізуватися у соціальному просторі.

За визначенням соціальних психологів, *особистість* – це об'єкт соціальної взаємодії, який вступає у взаємовід-

носини з іншими людьми, входить в групи, і реалізує себе в них. *Самооцінка* – елемент самосвідомості, що характеризується емоційно-насиченими оцінками самого себе як особи, власних здібностей, етнічних якостей і вчинків; є важливим регулятором поведінки. Самооцінка визначає взаємини людини з тими, хто її оточує, її критичність, вимогливість до себе, відношення до успіхів і невдач. Відповідно до цих визначень можна зробити припущення, що від успішності реалізації себе в груповій взаємодії залежить формування людини як особистості, встановлення її самооцінки. І навпаки, чим більш сформована особистість, чим адекватніше вона себе сприймає, тим успішнішою буде її реалізація у соціальних відносинах.

Тому, гіпотеза нашого дослідження полягала в тому, що чим адекватнішою є самооцінка особистості, тим реальніше вона оцінює свої можливості та досягнення у міжособистісних взаєминах.

Працюючи над даною проблемою, ми ставили собі за мету дослідити яка саме існує залежність між рівнем соціальних досягнень у малій групі і самооцінкою, для чого виконали ряд завдань: ознайомилися з літературою по даному питанню, провели дослідження взаємовідносин у малих групах та аналіз самооцінки кожного члена даних груп, зробили кореляцію між цими двома показниками.

В ході дослідження використовувались методика визначення рівня міжособистісних стосунків в групі та методика для дослідження самооцінки на основі порівняння рис властивих «Я-ідеальному» та «Я-реальному».

За отриманими результатами можна зробити висновок, що особистість, самооцінка якої відхиляється від адекватної (завищена або занижена), не може правильно оцінити своє місце у системі міжособистісних стосунків в групі, а отже, і не може адекватно та ефективно взаємодіяти з людьми, що її оточують, оскільки таке спілкування відбувається на різних рівнях психологічних відносин. Крім того, в залежності від рівня неадекватності самосприймання (неадекватно, помірно), змінюється і рівень адекватності сприйняття міжособистісних взаємодій.

В подальшому планується продовження вивчення даного питання із застосуванням корекційних методик для покращення самооцінки учасників дослідження та виявлення, як при цьому буде змінюватися їх сприймання соціального оточення та свого місця в ньому.

Summary. Research results have demonstrated, that person, whose self-esteem is different from adequate one (overstated or too low), can not properly assess his place in interpersonal relationship in the group, so this person can not properly collaborate with surrounding people, because such communication takes place at different levels of psychological relationship. Also, adequacy level of interpersonal interactions perception (inadequate, moderately) may vary depending on the level of self-esteem inadequacy.

СТАНОВЛЕННЯ ҐЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ

BECOMING OF GENDER IDENTIFICATION OF TEENAGERS IN THE CONDITIONS OF DOMESTIC EDUCATION

Р.Д. Джафарова / R.Djafarova

*Науковий керівник: к.психол.наук Н.М. Городнова
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Актуальність дослідження. Ґендерна ідентифікація – це ціннісне ототожнення себе із представниками певної статі, характерними для них способами поведінки та виконання соціальних ролей. Становлення ґендерної ідентифікації відбувається поступово в процесі соціалізації. Вирішальним етапом її формування є підлітковий вік.

Завданням нашого дослідження було дослідити процес становлення ґендерної ідентифікації підлітків в умовах сім'ї.

Мета дослідження полягає у визначенні впливу сімейного виховання на становлення ґендерної ідентифікації підлітків.

Методи дослідження: теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури, бесіда, анкетування, Тест М.Куна і Т.Макпартленда «Хто Я?»; опитувальник С.Бем (BSRI).

У дослідженні взяла участь 87 підлітків 12-14 років, з яких 45 хлопців і 43 дівчинки.

Результати проведеного дослідження довели, що більшість підлітків – 68,0% – проживають з обома батьками у повній родині; 9,5% підлітків живе у родині, де один з батьків не є рідним (вітчим або мачуха); 22,5% підлітків живуть з однією матір'ю без батька. Отримані нами дані дослідження засвідчують, що підлітки майже не спілкуються з батьками на теми з питань статі. Матері – як із хлопцями, так і дівчатами – більш відверті у спілкуванні з цієї проблематики, ніж батько, але значна частина підлітків залишається поза увагою батьків з питань статевого виховання.

Результати дослідження виявили, що питаннями статі та статевого виховання, на думку підлітків, повинні займатися як сім'я, так і школа. Цієї думки дотримуються 74,5% дівчат і 66,5% хлопців; 12,5% дівчат і 8,9% хлопців вважають, що вони самі можуть знайти потрібну інформацію з питань статі, якщо буде потрібно; 13,0% дівчат і 24,6% хлопців вважають, що про це повинна турбуватися адміністрація школи. Велику частину інформації про стать та статеві стосунки підлітки одержують від однокласників, старших знайомих своєї статі, братів, сестер, ЗМІ, інколи від матері.

Висновки. Таким чином, ґендерна ідентифікація підлітків являє собою визначний етап формування особистості у сім'ї. Ідентифікація з батьком тієї ж статі в родині поєднана з емоційно теплими стосунками і обумовлена формуванням статевої «Я – концепції». Саме батьки є важливим джерелом передачі ґендерних цінностей і на-

станов, які впливають на становлення Гендерної ідентифікації підлітків.

Summary: Gender identification is a valuable identification of with representatives of a certain sex, characteristic for them in the ways of behaviour and performance of social roles. Formation of gender identification occurs gradually in the course of socialisation. The teenage age is a solving stage of its formation.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МУЗИКИ НА ОСОБИСТІТЬ

FEATURES OF INFLUENCE OF MUSIC ARE ON PERSONALITY

Дзюбенко А-А. І.А-А. І. Dzyubenko

Науковий керівник: к.п.н., доц. Н.А.Тертична

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. каф. – академік НАПН України, д.п.н.,
професор С.Д.Максименко)*

В сучасному світі ми постійно перебуваємо під впливом різноманітних подразнюючих дій з зовнішнього середовища, що спричинюють виникнення депресій, стреси, професійні вигорання, неврози, когнітивні і психосоматичні розлади.

Тому фізичне і психічне здоров'я людини визначається властивостями оточуючого її середовища: насиченістю шумами, освітленням, емоційною атмосферою взаємозв'язків з оточуючими та інше.

Патогенна дія шумів зумовлена виникненням надмірних процесів збудження або гальмування в центральній нервовій системі (ЦНС). Велика кількість звукових сигналів, що поступають до кори головного мозку, викликають переживання, страх, передчасну втому. Довготривала дія шуму активізує ретикулярну формацію, що впливає на психологічний статус, а також на функціональний стан фізіологічних систем організму.

Музика, на відмінно від шуму, має структуровану побудову і вібраційну гармонійність. Дослідник доктор Гордон Шоу ось як пояснює вплив музики на здоров'я: «Вібрація звуків створює енергетичні поля, що впливають на кожну клітину нашого організму, – ми «поглинаємо музичну енергію» і вона нормалізує ритм нашого дихання, пульс, артеріальний тиск, температуру, знімає м'язове напруження».

Тому правильно підібрана мелодія благотворно впливає на хворих людей і прискорює їхнє одужання. У працюючих людей підвищує активність та продуктивність психічних процесів, нормалізує енергетичний потенціал людської діяльності. Звичайно мається на увазі не будь-яка музика, а лише вібраційно-сумісна з біоритмами людини.

Музикознавець Христофор Рюгер вважає придатною для психотерапії тільки класичну музику і категорично відхиляє сучасну поп- і рок – музику. Причому, найкращий ефект виявлено тільки при дії програм, створених на основі милозвучних класичних і народних мелодій, наприклад: при перевтомі варто слухати Елвіса Преслі, Луї Армстронга. При порушенні сну допоможуть «П'єси» Петра Чайковського, мігрень допоможуть подолати «Гуморески» Антоніна Дворжака, а головний біль, пов'язаний з емоційним перевантаженням – сюїти «Маскарад» Арама Хачатуряна, та «Дон Жуана» Вольфганга Амадея Моцарта.

Сучасна музика, що скрізь нас супроводжує має негативний вплив. У науково-експериментальних працях вітчизняних учених доведено статистично-достовірні порушення ряду психічних функцій під дією року (об'єми короткочасної пам'яті, зниження рівня зрозумілого спілкування, виникнення почуття роздратованості і туги, зниження писемної продуктивності, виникнення почуття важкості) з паралельним порушенням ЕЕГ характеристик мозку

Отже, музика використана з розумом може стати пацеєю для кожного з нас.

Summary: «To me it's always better worked after I listen to music.»- Johann Wolfgang Geothe. With the aid of the music we can regulate our psychics, change our mood in different life situations. Also we can raise professional firmness to negative factors of the world and activity in our action. When we are ill, we rely on the help of the doctor, forgetting, that we have own powerful force- the psychic energy, fortitude, force of creative imagination, which in a combination with vibrating influence of the corresponding music, can serve for us as the most effective medicine for overcoming of any «illness» of the modern world.

ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДИК У БОРОТЬБІ З ДІТЯЧИМИ СТРАХАМИ

APPLICATION OF THE ART-THERAPEUTIC OF TECHNIQUES IN STRUGGLE AGAINST CHILDREN'S FEARS

В.В. Дмитрієнко / V. Dmytriienko

Науковий керівник: акад. АПН України, професор С.Д. Максименко

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної, медичної психології та педагогіки

(академік АПН України, д.п.н., професор С.Д. Максименко)

Центр медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги НДСЛ «Охматдит»

(завідуюча центром Анопрієнко О.В.)

Розвиток дитини емоційно забарвлений. Він переживає велику різноманітність почуттів. Діти радіють, плачуть, відчувають страх, сум.

Страх – негативна й сильна емоція, яку періодично випробовують усі люди. Він має захисний характер і являється прямим наслідком інстинкту самозбереження.

Часто діти відчувають страх по різних причинах. Причиною дитячих страхів можуть бути численні заборони з боку батьків, а так само гнів і погрози дорослих на адресу дитини.

У кожному віці спостерігаються нормативні страхи, при сприятливих обставинах життя вони зникають. Але бувають випадки, коли страхи накопичуються, заважають особистісному розвитку дитини й створюють для нього невротичні й інші проблеми. Коли емоційний стан стає патологічним, необхідна спеціальна корекційна робота.

З досвіду роботи лікаря-психолога у відділенні торакобдомінальної хірургії НДСЛ «ОХМАТДИТ» діти часто відчувають страх по наступних причинах і обставинах:

- дійсно травматичний досвід, отриманий дитиною (наприклад, уколи й медичні маніпуляції, обстеження і т.д.);
- нормальне дорослішання (так з'являється, наприклад, природний страх смерті, що виникає у дітей до 7 років, а так само спровокований тривалим важким захворюванням і лікуванням);
- розлуки з батьками в умовах стаціонарного лікування
- страх покарання батьками внаслідок проблем виховання, порушення відносин з батьками;
- психічні захворювання;
- інші почуття й бажання, які ховаються за страхом, як за маскою (наприклад, дитина боїться залишитися одна у палаті). Такий страх може бути дійсним, а може служити інструментом впливу на батьків, контролю їх життя.

Сучасна медична психологія поділяє 29 існуючих страхів на наступні види:

- нав'язливі страхи;
- маячні страхи;
- надцінні страхи.

Одним з ефективних методів роботи із проблемами страху в дітей є арт-терапія.

У медичній і психолого-педагогічній літературі описані різні способи корекції страхів різної етіології. Один з них має лікувальне призначення. У цілому всі запропоновані методики умовно можна розділити на три групи: гра зі страхом; малювання страху; вербалізація страху (казки, розповіді, трагічні історії).

Психотерапевтичний ефект арт-терапії полягає в мобілізації внутрішніх ресурсів дитину на боротьбу зі своїми страхами. Зважитися малювати – це значить безпосередньо стикнутися зі страхом, зустрітися з ним віч-на-віч і цілеспрямованим, вольовим зусиллям утримувати його в пам'яті доти, поки він не буде зображений на малюнку. Нерідко дитина не може відразу намалювати свій страх і проходить кілька днів, поки дитина наважиться розпочати виконання завдання. Разом з тим усвідомлення умовності зображення страху на малюнку вже саме по собі сприяє зменшенню його звучання, що травмує. У процесі малювання об'єкт страху вже не являє собою застиглий психічний утвір, оскільки свідомо зазнає маніпуляції й творчо перетворюється на художній образ. Інтерес, що проявляється при малюванні, поступово гасить емоцію страху, замінюючи її вольовим зосередженням і задоволенням від виконаного завдання. Незримі підтримку виявляє й сам факт участі психолога, що дав це завдання, якому можна потім довірити свої малюнки й тим самим як би звільнитися від зображених на них страхів.

Указати на можливість повернення страху необхідно, тому що інакше перше ж поява цього почуття зніме ефект корекційної роботи,

Дитина знає, що робити, якщо йому раптом знову стане страшно: він легко зможе прогнати страх, намалювавши його й розірвавши малюнок або навіть може тільки уявити собі, як він це робить.

Арт-терапія є ефективним інструментом у боротьбі з дитячими страхами, і дозволяє, проживаючи дитиною страх виробляти у неї компенсаторні механізми емоційного сприйняття.

Summary: Art therapy is an effective tool in addressing children's fears, and allows the child to produce compensatory mechanisms of emotional perception.

ПРОБЛЕМИ ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ

THE PROBLEMS OF CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

Дмитрієнко В.В / V. Dmitrienko

*Науковий керівник академік АПН,
професор С.Д. Максименко*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки*

*(зав. кафедрою академік АПН, професор С.Д.
Максименко)*

Погіршення умов навколишнього середовища, у якому існує людина, а саме різкий ріст кількості негативного психологічного впливу призвело до збільшення поширеності нервово-психічних розладів і тих соматичних захворювань, у механізмі виникнення яких велику роль відіграють емоційні фактори, тобто психосоматичних хвороб.

Поширеність психогенних соматичних розладів у дитячому й підлітковому віці не тільки значна, але й постійно збільшується. У порівнянні із інфекційними хворобами зростає питома вага захворювань, які виникають у зв'язку із труднощами пристосування до умов існування, що різко погіршилися. Їх називають хворобами адаптації, а так як вони в значній мірі пов'язані із прогресом, то придбали ще й інша назву – «хвороби цивілізації», по суті будучи психосоматичними розладами. Серед хворих, що звертаються за допомогою в поліклініку 40—68% дітей страждають саме цими розладами [Брязгунов І. П., 1995]. Із усіх дітей, що перебувають під наглядом педіатрів, 2/5 дітей мають тільки функціональні розлади без органічних змін, хоча й страждають соматичними розладами. [Исаев Д.Н., 2005]

Традиційно, під поняттям «соматизація» розуміються функціональні розлади тієї або іншої системи без морфологічних змін органів та тканин, але при важливій ролі психологічних і соціальних факторів. Якщо вплив стресу пролонгований в часі і з ним не вдається впоратися на психологічному рівні то виникають не лише функціональні а й морфологічні зміни органів та тканин що ведуть до хронізації соматичного розладу.

У 50-60 роках під психосоматичними розладами в клінічній практиці розуміли порушення функцій органів і систем організму, у походженні й плінні яких провідна роль належить впливу несприятливих психотравмуючих факторів: стресу, різного роду конфліктам, кризовим станам, катастрофам і т.д. Сучасне тлумачення терміна «психосоматичні розлади» значно розширилося й вийшло за рамки «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили сім нозологічних одиниць: есенційну гіпертензію, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхіальну астму, деякі форми ревматоїдного артриту, виразковий неспецифічний коліт і виразкову хворобу, то на даний час реєстр психосоматичного реагування

значно розширився за рахунок включення в нього захворювань серцево-судинної системи, великого числа шкірних і урогенітальних захворювань, мігрень та ін. До типових психосоматичних захворювань у країнах Північної Америки і Європи в цей час відносять нервову анорексію й булімію, деякі форми психогенного ожиріння, цукровий діабет, кардіоспазм, нервову блювоту, синдром роздратованого кишечника, імпотенцію, закрепи, онкологічні захворювання і ін.

Психосоматичні розлади, у дітей представлені функціональними порушеннями різних органів і систем, які становлять, за даними різних дослідників, 40 – 68% від кількості тих, хто звернувся за допомогою педіатрів.

Актуальним є звернення батьків до лікарів різного профілю саме з проблемами хвороб шлунково-кишкового тракту, а також низька ефективність терапії, а в цілому низької результативності хірургічного лікування хронічних закрепів.

Роботи, присвячені хронічним закрепам, як психосоматичному захворюванню, є малочисельними та спрямовані переважно на діагностичні аспекти. Дослідники відзначають вплив на виникнення закрепів та інших соматичних захворювань саме психологічних проблем, таких як , перше відвідування школи, несприятливий нервово-психічний клімат у родині, стреси. Разом з тим, проблема медико-психологічної корекції є нерозробленою. Тому метою нашого дослідження є створення програми медико-психологічної корекції та психологічного супроводу дітей з хронічними закрепами.

Summary: The role of anxious affect on gut dysmotility as the frequency of anxiety, with gastroenterological pathology recognized by most researchers. However, other manifestations of affective disorders such as depression and asthenia, and their influence on motor activity of Gastroenterological paid much less attention, especially with regard to children's age.

«Я-ОБРАЗ» ДИТИНИ З ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

MYSELF-PATTERN IN CHILDREN WITH GYNAECOLOGICAL PATHOLOGY

А.О. Дорохіна / A. Dorohina

Науковий керівник: к.п.н., доц. Н.А.Тертична

*Національний медичний університет імені
О.О.Богомольця*

*Кафедра загальної медичної психології
та педагогіки*

*(зав. каф. – академік АПН України, д.п.н.,
професор С.Д.Максименко)*

Актуальність даного дослідження зумовлена тим, що відхилення від бажаного вектора розвитку може бути спричинене навіть більше зовнішніми факторами (наприклад,

виховними установками батьків), ніж внутрішньо психологічними чинниками. Можна зробити висновок, що практично вся діяльність особистості так чи інакше пов'язана з її «Я-образом», і в значній мірі з уявленням про її ідеальне Я. В сім'ї формуються не тільки соціально значимі риси особистості, проте й властиві їй оціночні критерії. Залежно від конкретних обставин життя родини, характеру взаємовідношень між батьками та дітьми, що складаються у спілкуванні, спільній діяльності, особливостей сімейного виховання у підлітків формуються звичні форми ставлень до своїх обов'язків, а також стійкі способи поведінки, діяльності й оцінки себе. Можна припустити, що в сім'ях досліджуваних дітей наявні певні труднощі у формуванні здорового мікроклімату, а отже, можливий негативний вплив даного фактора на виховання дитини, на її уявлення про своє Я. Тільки третина сімей має сприятливий досвід сімейних стосунків, який впливає в першу чергу на дітей. Основні очікування батьків та дітей найперше пов'язані з емоційними взаємовідносинами. За даними дослідження, основний виховний вплив на дитину здійснює мати, вплив батька відповідно – на другому місці. На даний момент існує немало досліджень, в котрих аналізуються різні аспекти впливу сім'ї на підлітка. Одним з основних факторів, що впливають на формування особистості дитини є взаємовідносини між батьками та дітьми. Особливість ставлення батьків до своїх дітей закріплюється в їх власному ставленні до себе. Таким чином вивчаючи «Я-образ» дитини з гінекологічними розладами виявлено, що оптимізація родинних стосунків формує сприятливий для одужання емоційний фон.

Мета: дослідити особливості «Я-образу» дитини з гінекологічними розладами в лікувальному процесі, й працюючи із «Я-образом» сприяти поліпшенню стану соматичного здоров'я.

Дослідження проводилось з пацієнтами відділення дитячої та підліткової гінекології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», які перебували на плановому або позаплановому (ургентному) стаціонарному лікуванні. Для діагностики емоційного стану й мотивації було обрано «Методику незакінчених речень», Шкалу самооцінки (Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна); проективну рисункову методику «Кактус», рисунковий тест «Неіснуюча тварина», який було обрано безпосередньо для дослідження «Я-образу» дитини.

Виявлено, що психологічну корекцію потрібно спрямувати на повніше саморозкриття підліткових фізичних та психологічних можливостей – набуття ширшого поняття про свою статеву значимість; формування індивідуально прийняттого стилю спілкування з друзями свого віку та із близькими дорослими; усвідомлення міри можливостей самостійно впливати на загальний стан свого здоров'я, на вибір дозвілля, щоб це сприяло формуванню повноцінно розвиненої особистості. Допомогти підліткови з негативною ідентичністю знайти зріліший і позитивніший образ Я – вельми непросте завдання, але його можна вирішити. Не викликає сумнівів, що в юності змінити образ Я легше, ніж в дорослому віці.

Summary: Nowadays more and more physicians arrive at a conclusion that most every disease has the psychologic reason.

It's especially validated in different cases of the children's gynaecological pathology. Using methods of psychological adjustment in children with such disorders promotes and forms more adequate myself-pattern, self-appraisal, and the attendant to convalescence emotional background.

LONELINESS AND PERSONALITY IN MODERN STUDENTS

ВІДЧУТТЯ САМОТНОСТІ ТА ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО СТУДЕНТСТВА

Antonina Dorokhina / А.О.Дорохіна

Scientific supervisor: Nadiya Tertychna, Candidate of Psychology

National O.O. Bogomolets Medical University

General and Clinical psychology Department (D.Sc. (psychology), professor, Honored Scientist, Academician of the APS of Ukraine, Director of G.S.Kostyuk Institute of Psychology at the APS of Ukraine, President of Psychologists Union of Ukraine, full member of the International Board of Psychologists S.D.Maksimenko)

Loneliness is a negative state, marked by a sense of isolation. One feels that something is missing. Talent, financial success, fame, even adoration, offers no protection from the subjective experience. Loneliness is not about being alone, it is about not feeling connected.

Does it occur in human's physiology? Even pictures of human beings, our brains respond in a distinctly different way than they do when we see any other type of object. Recent studies demonstrate that the social environment can actually modulate RNA transcription, influencing the way cells replicate.

That is why the chief aim of the study was to determine if there is any relevant connection between the feeling loneliness and personal qualities in modern students.

Personality and loneliness were measured using the Big Five Inventory (John, Donahue and Kentle, 1991) and the revised UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau and Cutrona, 1980) respectively. Mental health was measured by 12 items in the General Health Questionnaire (GHQ-12) designed by Goldberg, 1978.

Results of this study revealed that a total of 53% respondents exhibited the mean level of feeling lonely, only 10% displayed contentment of social connection. Furthermore, 9% of medical students showed indications of mental health problems; there were found high levels of nervousness (48% of respondents), agreeableness (19%), extraversion and conscientiousness (15%). This data gives reasons to suppose that loneliness is one of the most significant predictor in explaining mental health problems and understanding factors contributing to stress among students.

The paper shows that despite all the persuasive evidence of our need for connection, and the clear demonstration of

the influence of connection on our physiology, today persists an epidemic of disconnection. Nevertheless, it does not make an evident case for significant relation between personality and loneliness. Such results may be due to the fact that there were other factors which might contribute to feeling lonely among medical students. More fundamental research needed to study the problem; whereas the existential psychology maintains that loneliness is inevitably so far as our subjective experience of reality can never be fully shared.

Висновок: самотність – це суб'єктивно індивідуальне переживання, проте поширене в суспільстві й утворює соціально несприятливий фон для психічного та фізичного добробуту; дане дослідження є черговою ланкою у пошуку шляхів оптимізації взаємовідносин через опрацювання характерологічних особливостей, які зумовлюють ріст міжособистісного відчуження серед сучасної студіюючої молоді.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН

PERSONAL FEATURES AND SUICIDE BEHAVIOR CRITERIA OF MEN

*Е. В. Дравица, Е. А. Васкевич /
E. V. Dravitsa, E. A. Vaskevich*

*Научный руководитель – д.м.н.,
доцент В. А. Карпюк*

*Гродненский государственный медицинский
университет*

*Кафедра психиатрии и наркологии
(д.м.н., доцент В. А. Карпюк)
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Ежегодно в мире совершается около 1 млн. суицидов и примерно в 10 раз больше парасуицидов. Беларусь, по уровню суицидов среди стран СНГ в 2009г. заняла 3 место после Литвы и России, совершаемых около 30 тысячами человек ежегодно. Изучать критерии суицидоопасного поведения, а также личность парасуицидента важно для разработки программ суицидальной превенции.

Цель исследования. Определить внешние критерии и преобладающие свойства личности парасуицидентов по г. Гродно и области.

Задачи:

1. Изучить социально-демографические биографические и личностные критерии риска парасуицида у мужчин.

2. На основе результатов опросника FPI выявить корреляции между свойствами личности парасуицидентов.

Методы исследования. На базе Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» с 03.2010-01.2011 гг. проведено обследование 38 парасуицидентов мужского пола. Критерии суицидального акта соответствовали критериям суицидальной попытки, рекомендованным ВОЗ в 1982 г. МКБ-10, опросник FPI. Группу контроля составили 31 мужчина.

Результаты исследования. Лица трудоспособного возраста составили 92%, городские жители 81%. Холостые 42%, женатые 39%. Среднее специальное образование имели 42%, базовое 31%, высшее 19%. Работали 46%, безработные 38%. Не имели судимости 72%, многократно судимы 20%. Состояли на учете у нарколога 38%, алкоголизировались без учета 42%. У группы парасуицидентов и группы контроля следующие результаты, соответственно: невротичность (6; 5), депрессивность (7; 5), застенчивость (6,4; 4,6), эмоциональная лабильность (6; 4,6), маскулинизм-феминизм (4,4; 6), $p < 0,05$. Дискриминантный анализ выявил группу факторов, между которыми имеются наиболее значимые корреляционные связи (алкоголь, депрессия, феминность).

Выводы. Исследование позволило выявить комплекс социально-демографических биографических и личностных критериев риска парасуицида у мужчин. Это трудоспособный возраст, фактор употребления алкоголя, эмоциональная лабильность, склонность к пониженному настроению, протекание психических процессов по женскому типу, реакция на стресс по пассивно-оборонительному типу. С помощью дискриминантного анализа получена классификационная функция, позволяющая отнести респондента к группе парасуицидентов или группе контроля.

Summary. Suicide ranks among the first 10 causes of death adults. Suicides result from interaction of social-demographic, individual-psychological and biographic criteria. It is: able-bodied age, the use of alcohol, mood fluctuations, mainly, the lowered mood, passing of the mental processes on the female type, passive-defensive type of reaction to stress. Generally, all suicide behavior criteria of men must be taken seriously as a preventive measure. Key words: an attempted suicide, use of alcohol.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ-ТЕРАПЕВТІВ

FEATURES OF MANIFESTATION OF BURNOUT SYNDROME AMONG THERAPEUTISTS

А.О. Єрмолаєв

*Науковий керівник – канд. психол. н.,
доцент Н.М. Панасенко*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки*

*(зав. кафедри – академік НАПН України,
д.психол.н., професор С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Актуальність дослідження. На сьогоднішній день стрімко зростає проблема вивчення емоційного вигорання серед медичних працівників, зокрема психіатрів, онкологів, реаніматологів. Професія типу «людина-людина», представниками якої є перелічені спеціалісти, пов'язана зі значною відповідальністю, частими стресовими ситуаціями та емоційним перенапруженням. Не залишилися осторонь і лікарі-терапевти. Причинами розвитку емоційного вигорання у фахівців даної галузі медицини є психологічно несприятливі умови роботи, а саме: збільшення відсотку хворих з тяжкою хронічною патологією; дефіцит інструментальних засобів обстеження, що ускладнює своєчасну діагностику захворювань і успішне лікування пацієнтів.

Отже, **метою даної статті** є теоретичне дослідження особливостей прояву синдрому емоційного вигорання у лікарів-терапевтів.

Завдання дослідження. Проаналізувати результати психологічних досліджень синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників.

Методом дослідження став теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми прояву синдрому емоційного вигорання та результатів досліджень іноземними авторами.

Словосполучення «психічне вигорання» («burnout») вперше вжито Х. Фрейденбергером на початку 70-х рр. ХХ ст. Вивченням цього феномену у працівників медичних закладів займалися К. Маслач, П. Бланк, В.Б. Шуфелі.

До *психофізичних* симптомів емоційного вигорання відносяться вегетативні, гормональні, метаболічні, сенсорні та психоемоційні порушення. Серед *соціально-психологічних* симптомів варто згадати байдужість, нудьгу, депресію, підвищену дратівливість, часті нервові «зриви», підвищену тривожність та відчуття страху. До *поведінкових* симптомів відноситься нехтування професійними обов'язками та спілкуванням з колегами та клієнтами.

Дослідження рівня емоційного вигорання за допомогою опитувальника МВІ (К. Маслач, С. Джексон) було проведено у Великобританії (М. Kirwan, D. Armstrong, 1993). Вибірку склали 245 лікарів загальної практики

(General practitioners), з яких було 200 чоловіків (81,6%) та 45 жінок (18,4%). У результатах дослідження спостерігався значний рівень емоційного вигорання по трьом шкалам опитувальника («емоційне виснаження», «деперсоналізація», «редукція особистісних досягнень»). Було відмічено, що лікарі, які працювали на неповну ставку, мали менший рівень емоційного вигорання. Як виявилось, стать лікарів не впливала на результати дослідження. Спостерігалася незначна негативна кореляція між віком лікарів та рівнем деперсоналізації. Професійний стаж на рівень вигорання значного впливу не спричинив.

Висновки. Отже, проблема дослідження рівня емоційного вигорання у лікарів-терапевтів є дійсно актуальною, що підтверджується результатами закордонних досліджень. В умовах сучасного стану вітчизняної медицини дане питання потребує більш глибокого та всебічного вивчення.

Summary. Nowadays the burnout syndrome is a widespread phenomenon closely connected to the work of physicians including therapists. This problem essentially requires further accurate studying and proper ways of solution.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМИН МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ З ЇХ ДОМАШНІМИ ТВАРИНАМИ ЯК ПРОБЛЕМА АНІМАЛОТЕРАПІЇ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF INTERRELATIONSHIP BETWEEN URBAN INHABITANTS AND DOMESTIC ANIMALS AS A PROBLEM OF ANIMAL ASSISTED THERAPY

І.І.Заблоцька, Ю.С.Скидоненко

*Науковий керівник – к.психол.н.,
доцент М.М.Кулеша-Любінець*

*Прикарпатський національний
університет імені Василя Стефаника*

*Кафедра загальної та експериментальної
психології (завідувач кафедри – доктор психологічних наук, професор В.П.Москалець)*

Вступ. Проблема взаємин людей із тваринами та їх образами є провідною в анімалотерапії, що вважається альтернативним методом психотерапії у клінічній психології. Актуальною вона видається на сучасному етапі у зв'язку із зниженням рівня міжособистісного спілкування у суспільстві.

Мета повідомлення: визначити психологічні особливості відносин міських жителів з їх домашніми тваринами в контексті анімалотерапії.

Основним **методом** дослідження ми обрали анонімне анкетування, де питання анкети апробовані під час пілотажного дослідження.

Експериментальне дослідження здійснювалось у лютому-квітні 2011 року на базі Прикарпатського національного

ного університету імені В. Стефаніка. Загальна чисельність респондентів становила 118 студентів спеціальності «Психологія», які проживають у місті. Середній вік досліджуваних – 20 років.

Результати та обговорення. Аналіз результатів анкетування показав, що найчастіше кішки (56,7%) та собаки (51,6%) стають домашніми тваринами міських жителів юнацького віку. Такий вибір домашнього улюбленця, на нашу думку, є традиційним для українців, що підтверджується рівнем інформованості респондентів про особливості поведінки цих тварин. Рідше зустрічаються у домішках опитуваних жителів міста акваріумні рибки, папуги, хом'ячки, карликові кролики, шиншили, черепахи (їх кількість у сукупності становить 16,1% виборів). Немає домашніх улюбленців у 22,8% студентів, проте лише 10,2% опитуваних взагалі не хочуть мати домашніх тварин.

Серед тих, хто хотів би мати власних домашніх улюбленців, 38,1% студентів віддали перевагу собаці, 25,4% – кішці, 16,2% – папузі, 9,3% – акваріумним рибкам, 5,9% – хом'якам, 3,4% – черепаці, 1,7% – кролику. Дані твердження дають можливість визначити специфіку взаємин молоді із різними домашніми тваринами.

При дослідженні «найкращого співрозмовника» серед тварин виявилось, що найлегшими у домашніх умовах студенти вважають взаємини із собаками (50,8%) та котами (44%). На думку молоді, такі взаємини із домашніми улюбленцями знижують психологічну напругу (67,8%), допомагають розвивати комунікабельність (9,3%), сприяють гармонізації стосунків з оточуючими (15,3%) та реалізації власного потенціалу (7,6%). Це підтверджує тезу про наявність терапевтичного ефекту спілкування з домашніми тваринами міських жителів юнацького віку і визначає важливість знань із зоопсихології, етології та порівняльної психології для ефективної взаємодії з домашнім улюбленцем.

Слід зазначити, що у поведінці власних домашніх тварин молоді найбільше приваблює вірність, ніжність, доброта, грайливість, слухняність, щирість, при цьому виявлено вікові особливості сприймання тварин.

Висновки. Проведене дослідження дало можливість показати діагностичну та терапевтичну сторону проблеми взаємин міських жителів юнацького віку із домашніми тваринами. Виявилось, що найчастіше домашніми улюбленцями жителів міста є кішки та собаки, при цьому взаємини з тваринами знижують психологічну напругу та сприяють гармонізації стосунків з оточуючими. Перспективою подальшого дослідження є визначення ролі домашніх тварин у структурі сім'ї.

Summary: The specific interrelationships of urban inhabitants and domestic animals is described; the therapeutic role of such interrelations is determined; the value of interrelations with domestic animals is proved in the animal assisted therapy context.

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ НА ПОВЕДІНКУ ПІДЛІТКА

EFFECT OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PERSONALITIES ON BEHAVIOR OF TEENAGERS

*В.В. Зарубіна, О.К. Малиютина /
V. Zarubina, A. Malyutina*

*Наукові керівники: канд. мед. н., доц. Коваль І. А.,
канд. психол. н., доц. Панасенко Н. М.*

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. кафедрою – академік НАПН України,
д. психол. н., проф. Максименко С. Д.)
м. Київ, Україна*

Актуальність дослідження. Вивчення кореляцій психологічних особливостей особистості підлітка є актуальним для більш успішної превенції і корекції соціально негативних поведінкових проявів та для встановлення продуктивної взаємодії з підростаючим поколінням.

Мета дослідження. Виявити ступінь кореляційного зв'язку між психологічними особливостями особистості та їх вплив на поведінку підлітка.

Методи дослідження. Нами було розроблено програму дослідження, реалізація якої передбачає застосування комплексу методів: теоретичних та емпіричних. У дослідженні були використані такі методи, як спостереження та бесіда, а також психодіагностичні методики: опитувальник Г. Айзенка (підлітковий варіант) в адаптації Маталиної Т.В. (для визначення рівня екстраверсії та нейротизму особистості); опитувальник «Схильність до девіантної поведінки» (О. Орел) (для визначення схильностей до девіантної поведінки); проективна методика «HAND-test» (Б. Брайклін, З. Піотровський, Е. Вагнер) в адаптації Т. Курбатової (для визначення агресивності, директивності, афектації, комунікації, наявності залежності, страхів, внутрішньої напруги, особистісної дезадаптації, неприйняття реальності).

Результати дослідження. У нашому дослідженні було виявлено, що в підлітків, які схильні до порушення норм та правил, здебільшого спостерігається схильність до самошкодливої та саморуйнівної поведінки. А підлітки, схильні до деліквентної поведінки та агресії, здебільшого мають слабкий вольовий контроль емоційних реакцій. Тобто якщо працювати з підлітком над підвищенням у нього рівня вольового контролю емоційних реакцій, то таким чином ми будемо зменшувати в нього схильність до деліквентної поведінки та агресивність. Також було визначено, що підлітки, які мають високі показники нейротизму, керуються при прийнятті рішень здебільшого директивністю. А от чим вищими є показники схильності до аутоагресії в підлітка, тим менший у нього вольовий контроль емоційних реакцій. Таким чином підвищення рівня вольового контролю емоційних реакцій зменшує ризик самошкодливої та саморуйнівної поведінки підлітка. Привертає увагу й те, що високі показники аг-

ресії пов'язані з показниками страху. Тобто підлітки позбавляючись страхів стають менш агресивними.

Summary. In our research we found that adolescents who are prone to breach of rules and regulations generally observed tendency to self-destructive behavior. The higher rates are the propensity to autoaggression the less volitional control of emotional reactions. It draws attention to the fact that the higher rate teenage aggression, the less he will fear index. That is, we are ridding ourselves of fear less aggressive.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF TEENAGERS WITH THE DEVIANT BEHAVIOUR

*Зарубіна В.В., Малютіна О.К. /
Zarubina V., Malyutina A.*

*Науковий керівник: канд. псих.н.,
доцент кафедри загальної і медичної психології
та педагогіки Панасенко Н.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. кафедрою – академік НАПН України, д.п.н.,
проф. Максименко С.Д.)
м. Київ, Україна*

Актуальність дослідження обумовлена тим, що в умовах перебудови суспільства процес формування особистості підлітків характеризується зниженням значущості уявлень про базові морально-етичні принципи поведінки. В соціальному вимірі це виявляється в тому, що у них формуються різні форми девіантної поведінки.

Також у суспільстві актуальні проблеми фізичного та психічного здоров'я підлітків, які є вразливими для зловживань. Ці підлітки часто мають слабкий соціальний досвід, не мають підтримки з боку дорослих. Особливе занепокоєння викликає зростання кількості випадків захворювання на венеричні хвороби та туберкульоз, тютюнопаління, алкогольна та наркотична залежність.

В групі ризику по захворюваності на сифіліс та інші венеричні захворювання також є підлітки із зовні благополучних сімей, яким бракує батьківської уваги. За останні 10 років (1999 – 2009 рр.) захворюваність на сифіліс серед підлітків 15-17 років виросла у 9 разів, а кількість вагітних дітей цього ж віку – у 3 рази. Зрозуміло, що ця проблема сама собою не вирішиться, а тільки загострюватиметься. Тож постає нагальне питання щодо виявлення дітей групи ризику серед зовні благополучних школярів і недопущення росту цієї вражаючої статистики.

Мета дослідження – визначити психологічні особливості розвитку та фактори формування девіантної поведінки.

Завдання дослідження:

1. Розглянути основні теоретичні підходи та сутність поняття «девіантна поведінка»;
2. Визначити фактори формування девіантної поведінки у підлітків;
3. Провести експериментальне психологічне дослідження;
4. Визначити основні напрямки профілактичної роботи.

Для виконання поставлених завдань було розроблено програму дослідження, реалізація якої передбачає застосування комплексу методів: теоретичних та емпіричних. Були використані такі методи, як спостереження та бесіда, а також психодіагностичні методики: опитувальник Г. Айзенка (підлітковий варіант) в адаптації Маталіної Т.В., опитувальник «Схильність до девіантної поведінки» (О.Орел); проєктивна методика «HAND-test» (Б.Брайклін, З.Піотровський, Е.Вагнер) в адаптації Т.Курбатової (для визначення агресивності, директивності, афектації, комунікації, наявності залежності, страхів, внутрішньої напруги, особистісної дезадаптації, неприйняття реальності).

Висновки. Було розроблено програму дослідження, визначено контингент досліджуваних, проведено експериментальне психологічне дослідження. В подальшому це дозволить нам продовжити роботу щодо визначення основних критеріїв віднесення підлітків до груп ризику з метою ефективного попередження зазначених проблем.

Summary. Research of propensity to the unnormative conduct which is dictated anxious tendencies in a youth environment, as from data of statistics sharply elevated morbidity by venereal illnesses and amount of pregnant of girls- teenagers.

ВПЛИВ РОДИННИХ ВІДНОСИН НА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

FAMILY RELATIONS IN FORMATION CHILD HEALTH

Д.Д. Захарова / D. Zaharova

*Науковий керівник: к.п.н. доцент Н.А.Тертична
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. кафедрою – академік АПН України, д.п.н.,
професор С.Д. Максименко)*

Актуальність: Здоров'я дітей – запорука майбутнього здоров'я нації, саме родина стає одним з вирішальних факторів формування психологічного та соматичного здоров'я дитини.

Мета: визначити вплив родинних відносин на здоров'я дитини.

Матеріали та методи: проведена оцінка впливу психологічного клімату родини на здоров'я дитини.

Результати: Родинні відносини починають відігравати роль у формуванні особистості ще під час її пренатального періоду розвитку. Атмосфера любові та взаємоповаги в родині створює умови повноцінного розвитку дитини. Потреба у тактильному задоволенні, позитивні емоції та набуття досвіду під час ігор – всі ці фактори родинного впливу мають максимальне значення лише за умов участі в їх реалізації обох батьків. Практичне використання знань батьків у створенні для дитини індивідуального режиму дня, умов для реалізації особистісних потреб (творчості, спілкуванні тощо), а також дотримання єдиного підходу у вихованні здатні попередити психологічні та соматичні порушення дитячого організму. Роль батька у вихованні дитини важко переоцінити. Саме наявність батьківської турботи, любові закладають у дитини навички соціального життя. Наявність людини «не мами» дає можливість сприймати життя в її багатогранності (інші прояви любові, інший досвід, який передається під час спілкування та ігор). Дитина вчиться ділити власні почуття між матерю та батьком, тим самим набуваючи досвіду, який знадобиться для створення та підтримки взаємовідносин вже у власній родині. Відсутність у батьків знань щодо впливу психологічної атмосфери родини на самопочуття можуть спровокувати появу у дитини поганого настрою, нервозності, порушення сну та апетиту, затримку загального фізичного та психічного розвитку. Такі діти можуть відчувати страхи та непевненість у власних силах, що у свою чергу провокує проблеми адаптації у соціумі (образи, заздрощі, конфлікти тощо), а також підвищення ризиків розвитку соматичної патології.

Висновки: Кожен з батьків відіграє власну, неповторну роль у формуванні цілісності майбутньої особистості. Родинні відносини здатні провокувати чи попереджати розвиток психологічних та соматичних проблем дитини.

summary: Family relations are laying the foundation of children's personality. Each parent plays an individual role in shaping of personality integrity.

ПОНЯТТЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

CONCEPT OF COMPUTER ADDICTION

Д. В. Іванов / D. Ivanov

Науковий керівник: доцент О.М. Пітик

Івано-Франківський Національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології і медичної психології

(зав. кафедрою проф. М. І. Винник)

м. Івано-Франківськ, Україна

Якщо в 2003 році в Україні Інтернетом користувалося близько 5 % населення, то на 1 липня 2008 – 21,6 % насе-

лення. Послугою доступу в Інтернет нині можуть користуватися 55 % сімей.

Зважаючи на розвиток сучасного світу, на постійне та неухильне вторгнення в наше життя високих технологій обов'язково має існувати розуміння того, що без знання роботи з комп'ютером практично неможливим є навчання та продуктивна праця, тому необхідно знати, що взаємодія людини і комп'ютера має як позитивні, так і негативні наслідки.

В наш час однією з актуальних проблем сучасної медицини є комп'ютерна залежність. В умовах поширеності й доступності комп'ютерів і Інтернету відбувся різкий стрибок числа осіб з неконтрольованим потягом до них. Від 5% до 14% осіб, які користуються Інтернетом страждають комп'ютерною залежністю. Найчастіше це підлітки й люди молодого віку. Важливою особливістю залежної поведінки осіб молодого віку є можливість легкого переходу від однієї аддикції до іншої. Комп'ютерна залежність висококоморбідна з девіантними формами поведінки, депресивними й особистісними розладами, з різними видами хімічних аддикцій.

Термін «Інтернет-залежність» часто трактується дуже широко і позначає велику кількість проблем поведінки і контролю над потягами. Вперше науковий підхід до феномену «Інтернет-залежність» продемонструвала Кімберлі Янг в 1996 році, що розмістила на одному з сайтів оригінальний опитувальник для виявлення інтернет залежних осіб. Згідно з її дослідженнями небезпечними сигналами (передвісниками залежності) є:

1. Навязливий потяг постійно перевіряти електронну пошту;
2. Очікування наступного сеансу On-line;
3. Непохильне збільшення часу, що проводиться On-line;
4. Збільшення кількості грошей, що витрачаються на On-line

Основні п'ять типів, що були виділені в процесі дослідження, характеризуються в такий спосіб (саме в студентському середовищі поширені всі ці основні п'ять типів, в інших «вікових» групах деяких може просто не існувати): нав'язливий серфінг (подорож у мережі, пошук інформації з баз даних і пошукових сайтів); пристрась до онлайнових біржових торгів; віртуальні знайомства без прагнення перевести їх у реальність; кіберсекс; комп'ютерні ігри.

Патологічне використання комп'ютера можливо, не є настільки небезпечним в своєму впливі на людину, як хімічні аддикції (надмірне вживання алкоголю, наркоманії). Однак очевидним є те, що комп'ютерна аддикція все ж надзвичайно негативно впливає на людину та потребує психологічної корекції.

Summary. The understanding of the term «computer addiction» is given in the theses. Main forms of «computer addiction» and perspectives of investigation of this addictive behavior form are described.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
АТРАКЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВSOCIAL-PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF
ATTRACTION OF MEDICAL STUDENTS

М.М.Ільченко

Науковий керівник – викладач В.А.Осипенко
Буковинський державний медичний університет
Кафедра психології та соціології (завідувач
кафедри – доцент Н.І.Зорій)

Кожна людина відчуває симпатію чи прихильність до інших людей, на основі яких намагається побудувати стосунки у соціумі. Психологи визначають дане явище як атракцію.

Метою нашого дослідження є значущість і вплив атракції серед студентів-медиків першого курсу (вік 17-19 років) на формування і підтримання стосунків у групі та поза нею.

Для дослідження феномену атракції та виявлення її впливу на формування дружніх, приятельських та товариських стосунків ми використали методику «Соціометрія» Дж. Морено та авторську анкету, що складалась з 8-ми питань. Дослідження проводилось серед студентів I-го курсу БДМУ спеціальності «Педіатрія». Вибірка склала 24 студенти.

Отже, в результаті досліджень виявлено: чим більша можливість безпосереднього спілкування, тим більша ймовірність того, що люди сподобаються одне одному. Спільні інтереси (внутрішня подібність), що є пусковим механізмом атракції розцінюється студентами – медиками як фундамент дружніх стосунків у 15 з 24 респондентів (62,5%), цікаве спілкування у 6 з 24 (25%), для трьох осіб (12,5%) – підтримка зі сторони друга.

Стійкими і визначеними стосунки між індивідами бувають тоді, коли досягається їх взаємність.

Отже, виникнення й розвиток атракції, а з нею й симпатії, залежить від особливостей як об'єкта симпатії (його привабливості), так і суб'єкта, що симпатизує (його схильностей, переваг), і його визначають конкретні соціальні умови.

Summary: in this work the author tries to investigate the impact of attraction phenomena on interpersonal relations in groups of medical students.

В работе автор описывает влияние феномена атракции на формирование межличностных отношений в группе.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ДІТЯМ З СИНДРОМОМ
ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКАPECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC
ASSISTANCE TO CHILDREN WITH IRRITABLE
BOWEL SYNDROME

А.Ю.Касьянова / A.Kasyanova

Науковий керівник: академік АПН України,
професор С.Д.Максименко

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної та медичної психології і
педагогіки

(зав.кафедри – академік АПН України,
професор С.Д.Максименко)
м. Київ, Україна

Більшість педіатрів, в наш час, добре ознайомлені з психогенними теоріями виникнення соматичних захворювань і розуміють доцільність впровадження до комплексу традиційних терапевтичних заходів психологічної допомоги. Але недостатня кількість медичних психологів у лікарнях, змушує лікарів вдаватися до традиційного медикаментозного лікування, яке є не завжди ефективним.

Тому **метою** нашого дослідження є підвищення ефективності лікування синдрому подразненого кишківника в дитячому віці шляхом розробки рекомендацій щодо психотерапевтичної допомоги.

Завдання дослідження: 1).Визначити психосоціальний стан дітей з СПК; 2).Розробити алгоритм психодіагностики дітей з СПК; 3).Визначити необхідний ефективний комплекс психологічної допомоги для дітей з СПК

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 61 дитину з СПК віком від 8 до 16 років. Для дослідження рівня тривоги у дітей ми використовували дитячу шкалу проявів тривожності (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale, CMAS), адаптовану А.М. Прихожан у 2000 р., для визначення депресії опитувальник CDI (Children's Depression Inventory), адаптований Подольским А.И., та Ідобаєвою О.А. у 2004 р. Серед психотерапевтичних методів роботи нами були застосовані принципи когнітивно-біхевіоральної терапії.

Результати дослідження. Серед дітей з СПК, ознаки підвищеного рівня тривожності були виявлені у 42 (68,8%) дітей, ознаки депресивного стану у 20 (32,7%) дітей. В той же час при застосуванні когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) в комплексному лікуванні дітей з СПК, рівень тривожності в контрольній групі дітей з СПК значно знизився, а настрої покращився, що сприяло покращенню соматичної симптоматики захворювання, а саме: зменшенню нападів та інтенсивності абдомінального болю, зменшення кількості імперативних покликів до дефекації та/ або подовження періоду регулярності стільця.

Висновок: Значна кількість дітей з СПК страждає від переживань тривоги та депресії, а отже потребує проведення вчасної діагностики хворобливих емоційних станів

та відповідної психотерапевтичної корекції. Застосування КБТ виявилось ефективним при лікуванні тривоги та депресії у дітей, що сприяло більш ефективному медикаментозному лікуванню педіатрами.

Отже, тільки залучення медичного психолога до комплексу діагностичних процедур СПК у дітей дозволить вчасно виявити емоційні розлади та правильно скерувати лікувально-профілактичні заходи.

Summary: More than third parts of children with irritable bowel syndrome suffer from psychic tension and depression. Hence these children require timely diagnostic of emotional state. Application of Cognitive-behavioral psychotherapy identified as an effective during the treatment of psychic tension and depression in children with irritable bowel syndrome.

ВПЛИВ ДІАГНОЗУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ НА ОСОБИСТІТЬ ЛЮДИНИ

IMPACT OF HIV DIAGNOSIS ON PERSONALITY

Коган С.Ю. / Kogan S.

*Науковий керівник: академік АПН України,
професор, С.Д.Максименко*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки
(зав. каф. – С.Д. Максименко)*

На психологічний стан ВІЛ-інфікованої людини впливають 2 групи факторів: пов'язані з особливостями передачі, перебігу та лікування ВІЛ-інфекції та пов'язані з особливим відношенням суспільства до цього захворювання.

До першої групи можна віднести те, що ВІЛ-інфекція є невиліковною хворобою з високим рівнем смертності, те, що хвороба може передаватися від людини до людини, є непередбачуваною у своїх проявах (десятки можливих опортуністичних інфекцій), є такою, що викликає зміни не тільки у імунній, але й у нервовій системі та для лікування якої застосовуються препарати, які необхідно приймати постійно та які мають чуттєві побічні ефекти.

До другої групи відносяться стигматизація (виявляється в тому, що діагноз ВІЛ-інфекція наділяє людину негативним соціальним статусом, автоматично відносить її до асоціальних верств населення, таких як споживачі психоактивних речовин, працівники комерційного сексу), а також утруднення отримання доступу до медичної допомоги, соціальних послуг.

Під дією цих факторів у ВІЛ-інфікованої людини як правило виникають безпомічність, страх смерті, суїцидальні думки та наміри, людина почуває себе відчуженою, непотрібною іншим, може виникнути аутизація, аж до повної деперсоналізації. Також виражені побоювання, пов'язані з можливістю інфікувати свого статевого парт-

нера, що пригнічує сексуальну активність. Серед клінічних проявів психічних порушень ведучими є депресивні та фобічні розлади, що обумовлені дією психогенних факторів.

Summary: There are two groups of factors that affect on HIV-infected people psychological state. First group is features of disease: HIV transmission ways, disease activity and features of treatment. Second group is social stigma. As a result fear, anxiety, suicidal thoughts and intentions, depression and loneliness appear.

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF MENTAL IMAGE OF ILLNESS OF CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA

В.Л. Козачун / V. Kozachun

Науковий керівник: доц. І.В. Зябка

*Таерійський національний університет
ім. В.І. Вернадського*

*Кафедра глибинної психології та психотерапії
(завідувач кафедрою проф. Н.Ф. Каліна)*

Бронхіальна астма (БА) – захворювання, у структурі клініки якого істотну роль відіграють психологічні фактори. Отже, психологічна допомога повинна розглядатися як невід'ємний компонент цілісного терапевтичного процесу у клініці БА.

Метою роботи є розгляд принципів корекції внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у дітей із БА.

Найбільш ефективною корекція ВКХ є при постійній співпраці у рамках відносин «батьки-дитина-лікар».

Батьки повинні інформуватися щодо психосоматичних особливостей БА, можливих психологічно обумовлених причин астматичних нападів.

Хвору дитину необхідно вчити правильно сприймати й описувати свої хворобливі тілесні відчуття; відокремлювати симптоми, пов'язані з хворобою, від інших тілесних відчуттів. Це важливо для контролю свого стану, точного опису лікарю того, що відбувається.

Більш глибока інформованість хворої дитини щодо етіологічних і патогенетичних механізмів хвороби сприятиме формуванню адекватного міфу хвороби, а, отже, і більш правильній поведінці хворої дитини, зменшить використання хвороби для маніпуляцій оточуючими.

У випадках, коли дитина досягає бажаного за допомогою хвороби, дорослі не повинні йти на поводу у дитини. Батьки повинні навчитися обговорювати з дитиною її проблеми і допомагати шукати конструктивні шляхи вирішення конфлікту, прийнятні і для батьків, і для дитини.

У випадках, коли хвора дитина заперечує сам факт хвороби або її значущість, необхідно поступово приводити

дитину до усвідомлення та прийняття факту хвороби. Без усвідомлення факту хвороби неможлива мотивація хворого до одужання. При цьому не можна робити акцент на хворобі, лікарі і батьки повинні підкреслювати можливість її подолання, можливість одужання.

У дитини необхідно формувати ставлення до здоров'я як до цінності.

Не варто робити акцент на обмеженнях фізичної активності. Краще направляти активність дитини у ту область, де немає обмежень, вчити його правильно оцінювати свій фізичний стан і можливість.

З метою уникнення емоційного дискомфорту, порушення процесів соціалізації та особистісного зростання, обумовлених соціальними обмеженнями, що встановлюються хворобою, доцільно по можливості не обмежувати сферу соціальної активності дитини.

Summary. The methodological principles of the correction of mental image of illness of children suffering from bronchial asthma are formulated.

РЕФЛЕКСІЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

REFLECTION OF THE EMOTIONAL STATES OF STUDENTS IN FACULTY OF MEDICAL PSYCHOLOGY

Коломієць С.І. / Kolomiets S.

*Науковий керівник: к.п.н., доц. Н.А. Тертична
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки
(зав. каф. – д.п.н., проф. С.Д. Максименко)
м.Київ, Україна*

Темою нашого дослідження була рефлексія як одна із ключових у психології, що може наблизити нас до розуміння механізмів формування особистості. Актуальність даної теми полягає у тому, що рефлексія як здатність до самопізнання та самоаналізу власної внутрішньої психічної діяльності є одним із найважливіших показників становлення професійної спрямованості студентів медичних психологів.

Метою нашого дослідження було порівняти рефлексію власних емоційних станів у студентів з різними рівнями тривожності. Відповідно до мети роботи об'єктом є рефлексія як особистісна характеристика студентів медико-психологічного факультету, а предметом – особливості рефлексії емоційних станів у студентів з різними рівнями тривожності.

Здатність до рефлексії є тим, що забезпечує умови для саморозвитку, самокорекції, впливаючи в цілому на розвиток особистості як такої та її відносини з оточуючим світом. Навчально-дослідницька діяльність впливає на

формування світогляду студентів, формує їх відповідальне ставлення до справи та до оточуючої дійсності, створює необхідні умови для розвитку та особистісного росту, формуючи такий важливий механізм, як рефлексія.

Рефлексія – це не просто знання або розуміння суб'єктом самого себе, але і виявлення того, як інші знають та розуміють «рефлектуючого», його особистісні властивості, емоційні реакції та когнітивні уявлення. В складному процесі рефлексії є, як мінімум, шість позицій, що характеризують взаємне відображення суб'єктів: сам суб'єкт, яким він є в дійсності; суб'єкт, яким він бачить самого себе; суб'єкт, яким його бачить інший суб'єкт, та ці самі три позиції, але зі сторони іншого суб'єкта. Таким чином, рефлексія є процесом подвійного, дзеркального взаємовідображення суб'єктами один одного, змістом якого виступає відтворення особливостей один одного. Відрефлексувати щось – означає це «пережити», «відчувати», «пропустити через свій внутрішній світ», «оцінити».

Будучи одним з основних механізмів суб'єктного розвитку людини, рефлексія забезпечує: 1) здатність суб'єкта реконструювати й аналізувати побудову своєї думки, визначити її склад і структуру та перетворювати їх для адекватного досягнення цілей; 2) можливість порівняння нинішньої розумової стратегії вирішення ситуації з обраною раніше як оптимальною стосовно даного випадку; 3) пошук нового знання в собі, завдяки чому забезпечується процес самопізнання; 4) аналіз процесу мислення та контроль за розумовими стратегіями; 5) розмежування і диференціацію явищ, причини яких лежать всередині і поза суб'єктом.

Емоції грають важливу роль в житті студентів: допомагають сприймати дійсність і реагувати на неї. Під тривожністю в психології розуміють схильність людини переживати тривогу, тобто емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і що виявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій.

Для вирішення поставлених завдань використовувались такі методи дослідження:

1. Теоритичний аналіз літератури.
2. Методика визначення самооцінки рівня тривожності в даний момент й особистісної тривожності Спілбергера, Ханіна.
3. Тестовий аналіз способів рефлексії.

В ході нашого дослідження було виявлено, що щодо вибору антистресової терапії, то домінуючим методом є релаксація, міцний сон, позитивне мислення та хороші думки. При виборі методів саморегуляції емоційних станів, домінуючим є самопідбадьорювання, метод переключення уваги, самопереконання та самонавіювання.

Результати даного дослідження дають нам право стверджувати, що у студентів медико-психологів відбувається певне професійне спрямування та професійний ріст. Оскільки, вони намагаються бачити вирішення проблеми в майбутньому і не дають емоціям оволодівати ними та їхніми вчинками. І це відбувається за допомогою рефлексії.

Summary. Ability of reflection is what provides the conditions for self-development, affecting development of the individual as it is and its relationship with the surrounding

world. Capacity for reflection is especially important for students of medical – psychology faculty as one of the important indicators of professional orientation.

21 patients from 1st group and 29 patients from 2nd group were diagnosed greatly expressed signs of adaptation to illness.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ У ПАЦІЄНТОК З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (РМЗ) НА ЕТАПІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

PECULIARITIES OF MENTAL RESPONSE TO DISEASE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER UNDER SURGICAL TREATMENT

О.А. Кречик / O. Krechik

Науковий керівник: доц. О.С.Зотов

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра онкології (зав. каф. проф. І.Б. Щепотін)
на базі Міського клінічного онкологічного центру
м. Київ, Україна

Мета: дослідити структуру та ступінь вираження психогенних реакцій у хворих на РМЗ, їх співвідношення з обсягом оперативного втручання.

Матеріали і методи: обстежено 25 пацієнток віком 25-65 р., яким в 2010-2011 рр. були виконані органозберігаючі операції (І група) та 30 пацієнток, яким була виконана радикальна мастектомія (ІІ група). Методики: шкала діагностики реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала диференційної діагностики депресивних станів Зунге, шкала діагностики показників та форм агресії Басса-Дарки, тест Айзенка, клінічний огляд хворої, дані з історії хвороби.

Результати: в І групі діагностовано: 100% – стан без депресії; 24% – високий рівень нейротизму, 68% – високу тривожність; 88% – показник ворожості перевищує норму; 96% – домінуючою формою прояву ворожості є аутоагресія. У пацієнток ІІ групи виявлено: 4,54% – легка депресія, 95,46% – стан без депресії; 29,41% – високий рівень нейротизму, 58% – високу тривожність; 100% – показник ворожості перевищує норму; 96,42% – домінуючою формою прояву ворожості є аутоагресія.

Висновки:

- ступінь вираження психогенних реакцій на етапі хірургічного лікування не залежить від обсягу оперативного втручання;
- Серед всіх обстежених 31 пацієнтка складає групу ризику розвитку посттравматичного стресового розладу;
- у 21 пацієнтки І групи та 29 пацієнток ІІ групи діагностовано виражені ознаки порушення адаптації до хвороби.

Summary: degree of expression of psychogenic reactions does not depend on the type of surgery; 31 patients demonstrated higher risk of post-traumatic stress disorder; in

РИЗИК ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ З ВИРАЖЕНИМИ АКЦЕНТУАЦІЯМИ ХАРАКТЕРУ ТА НАПРЯМИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

THE RISK OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENS WITH SEVERE CHARACTER ACCENTUATION AND DIRECTIONS FOR THEIR PREVENTION

Кулик М.С. / Kulik M.

Науковий керівник: д.м.н., доц. Н.А.Тертична

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки

(зав.каф. – академік АПН України, д.психол.н.,
проф. С.Д. Максименко)

Мета і завдання дослідження: оцінити ступінь ризику виникнення психосоматичних захворювань у здорових підлітків, у яких виражені різні типи акцентуацій. З цієї метою дослідити, наскільки властива акцентуованість для здорових і психосоматично хворих дітей, які психосоматичні захворювання найбільш типові для кожної акцентуації, вираженість алекситимії у респондентів з різними акцентуаціями. Розробити програму профілактики та ряд рекомендацій на основі результатів дослідження.

Матеріали і методи: аналітичні, психодіагностичні, статистичні, корекційні.

Актуальність. Серед підлітків поширеність хвороб з взаємопов'язаними психічними й соматичними проявами сягає більше 50%, тому дана проблема є актуальною. Сучасні умови загальної соціальної напруженості та психологічної невірноваженості сприяють акцентуованості підлітків. Діти з акцентуаціями перебувають в групі ризику щодо виникнення психосоматичних захворювань, адже є більш вразливими по відношенню до величезної кількості психогенних впливів. З метою вчасної профілактики, актуально дослідити, які саме акцентуації і чому найбільше сприяють виникненню психосоматичної патології.

Результати. Акцентуованість для психосоматично хворих дітей властива на 27,5% більше, ніж для здорових. Гіпертимний, демонстративний та збудливий типи складають 46,7% серед здорових дітей, ці типи корелюють з низьким рівнем алекситимії, серед психосоматично хворих дітей найбільше астено-невротиків та тривожних-педантів (41,3%), у яких дуже високий рівень алекситимії, а гіпертимний та демонстративний типи не спостерігаються. Таким чином, ризик психосоматичних хвороб найменший – у гіпертимів та демонстрантів, найбільший – у тривожних педантів та астено-невротиків, решта акцентуацій мають середній рівень ризику.

Висновки: Діти з надмірно вираженими характерологічними рисами, особливо тривожні педанти, астено-невротики та інтроверти, становлять групу ризику психосоматичних хвороб, адже вони мають значно вищий рівень алекситимії, тобто невміння виражати власні переживання. Для гіпертимів та демонстрантів, навпаки, алекситимія не є типовою. Профілактичні міри мають спрямуватися на зниження рівня алекситимії, згладження надмірно виражених характерологічних рис у типів з групи ризику, підвищення стресостійкості та на специфічну профілактику захворювань, що, за результатами даного дослідження, характерні для тих чи інших акцентуацій.

Summary. Children with overly pronounced characterological traits, especially disturbing pedant, asthenoneurotic and introverts at risk of psychosomatic illnesses, because they have a much higher level alexsytymy, ie inability to express their feelings. For hipertyms and demonstrators, by contrast, alexsytymy is not typical. Preventive measures have to reduce the level of alexsytymiy, anti-aliasing too characterological traits expressed in the types of risk, increased stress resistance and to prevention of diseases, the results of this study are specific to certain discussed.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА ФОРМУВАННЯ УВАГИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

THE INFLUENCE OF SOCIAL NETWORKING SITES ON THE FORMATION OFF ATTENTION

З. П. Кулінська / Z. Kulinska

*Науковий керівник кандидат психологічних наук
доцент Н. А. Тертична*

*Національний Медичний Університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра загальної медичної психології
та педагогіки
(завідувач кафедрою академік АПН України,
доктор психологічних наук, професор
С. Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Актуальність: У світі до 8% користувачів Інтернет – діти від двох до одинадцяти років. З усіх користувачів соціальної мережі MySpace 37% – діти від восьми до сімнадцяти років (за даними Ofcom). Про популярність таких сайтів серед дітей говорить і поява спеціалізованих, дитячих соціальних мереж, наприклад, ClubPenguin.com (28 млн користувачів), Habbo.co.uk (135 млн користувачів), і так далі. Це свідчить про високу популярність подібних мереж серед дітей, з чого випливає високий рівень їх впливу на формування психіки дитини.

Мета: Дослідити можливість та шляхи впливу користування соціальними мережами на формування уваги у дітей.

Методи: Аналіз наукових джерел.

Як відомо, одним з найважливіших етапів формування уваги в процесі онтогенезу психіки людини є формування довільної уваги у дошкільному та молодшому дошкільному віці та продовження її розвитку в подальшому. Увага дітей молодшого шкільного віку має свої особливості: легкість зосередження на конкретному матеріалі, що підкріплений наочністю; важкість підтримання стійкості уваги.

Одним з негативних факторів в процесі вироблення навички довільного зосередження уваги на певному об'єкті для дитини є зовнішні відволікальні подразники, що стимулюють увагу мимовільну. При цьому чим більша інтенсивність відволікального подразника, його новизна, контраст подразників, тощо, тим імовірнішим є відволікання дитини.

Згідно з цими твердженнями, небезпечним для формування достатнього рівня здатності до зосередження є такий фактор, користування Інтернет мережами, адже Інтернет-простір оперує в основному яскравими, інтенсивними та швидко змінюючими один одне візуальними та слуховими образами. Слід зазначити, що саме швидкість зміни образів є одним з негативно впливаючих факторів для дитини, чіє суб'єктивне сприйняття часу є відмінним від такого у дорослого.

Одним з ресурсів, що найактивніше використовуються дітьми, а отже, спричинюють найбільший вплив на формування їх психіки, є соціальні мережі.

Для користувача подібних мереж характерне прагнення постійної перевірки своєї сторінки і пошук нових повідомлень та оновлень, а також бажання підтримувати свій аккаунт ввімкненим у фоновому режимі під час виконання звичайної повсякденної. Особливо небезпечним є остання тенденція, адже вона сприяє постійному відволіканню від обраної діяльності.

Загалом, слід зазначити високу привабливість подібних ресурсів для дітей згаданих вікових категорій, що з огляду на що надмірно часте(більш як 7-10 годин на тиждень) користування такими видами ресурсів та мереж можна розглядати як важливий фактор в розвитку розладів уваги як у дитячому так і в більш старшому віці.

Summary: It should be recognized that Social Networking Sites enjoy wide popularity for children above age categories. There is reason to believe that too frequent use of these sites may be one the causes of attention disorders in Childhood or Adulthood.

СУЧАСНИЙ СТАН МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

CURRENT STATUS OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE WOMEN WITH TREATED ABORTIONS PROBLEM

О.В. Малета / O. Maleta

Науковий керівник: С.Д. Максименко, академік АПН України, проф.

Кафедра загальної і медичної психології та педагогіки

(зав.каф. – академік АПН України, д.психол.н., проф. С.Д. Максименко)

Пріоритетним завданням багатьох досліджень в сучасній психології є вивчення психоемоційного стану жінки в період вагітності. Останні дослідження в галузі медичної та перинатальної психології вказують на взаємозв'язок між психологічними процесами, що супроводжують психологічні зміни в організмі вагітної жінки. Невиношування вагітності залишається актуальною проблемою сучасного акушерства. Однак, комплексні дослідження соціальних, психоемоційних, психофізіологічних, медико-психологічних та нейрофізіологічних особливостей жінок із загрозою переривання вагітності тільки зароджуються.

Мета дослідження. Визначити сучасний стан розвитку медико-психологічного підходу до вирішення проблеми не виношування вагітності.

Завдання. Проаналізувати теоретичні й емпіричні дослідження перебігу психоемоційних станів жінок з загрозою переривання вагітності в закордонній і вітчизняній літературі.

Результати дослідження. По результатам роботи, можна зробити висновок, що в даній області було проведено недостатньою кількістю досліджень, що пов'язують традиції практичної взаємодії з пошуком об'єктивних зв'язків та закономірностей соматичних і психологічних факторів на матеріалі вагітних жінок із загрозою переривання. Отримані результати стверджують, що потрібно розробити рекомендації психокорекційного впливу на жінок із загрозою переривання вагітності, обґрунтуванні необхідності активного залучення лікарів-психологів в процес лікування жінок із загрозою переривання вагітності.

Висновок. Розглянувши теоретичні й емпіричні дослідження перебігу психоемоційних станів жінок з загрозою переривання вагітності встановили, що психологічний підхід до проблеми загрози переривання вагітності потребує вдосконалення у застосуванні теоретичних підходів та методів дослідження емоційних станів у цих вагітних жінок.

Summary. Having reviewed the theoretical and empirical studies course psychoemotional condition of women with threatened abortion found that psychological approach to the problem of miscarriages needs improvement in the application of theoretical approaches and methods of emotional states in these pregnant women.

ОСНОВНІ ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЖІНОК І ДІВЧАТ

KEY DEMOGRAPHIC TRENDS. HEALTH OF WOMEN AND GIRLS

Москаленко Є.С., Малютіна О.К., Молочек А.Ю. / E.Moskalenko, A.Malyutina, A.Molochek

Науковий керівник к.псих.н., доц.Городнова Н.М.

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця

Кафедра загальної та медичної психології та педагогіки

(зав.каф.- д.псих.н., проф. С.Д. Максименко) м. Київ, Україна

Актуальність даного дослідження обумовлена тим, що несприятливі тенденції демографічних процесів охопили ряд країн, в тому числі Україну, і набули кризового характеру. Коефіцієнт народжуваності з 90-х років скоротився на 35,5%. Зростаючі масштаби одностатевості та бездітності – характерна особливість демографічної ситуації в Україні. Останніми роками в Україні чітко простежується тенденція до поступового зменшення кількості шлюбів (у 2009 році було зареєстровано 6,9 шлюбів на 1000 населення, а 1991 році цей показник складав 9,5). В Указі Президента України «Про основні напрями соціальної політики» від 24 травня 2000 року, у розділі «Забезпечення розвитку народонаселення» зазначається, що демографічна ситуація в Україні залишається складною. Основною тенденцією демографічного розвитку є стійке зменшення чисельності населення і його природного приросту, а також старіння. Державна політика у цій сфері спрямовуватиметься насамперед на реалізацію Концепції державної сімейної політики.

Для подолання негативної тенденції зменшення чисельності населення і його природного приросту здійснюватимуться комплексні заходи щодо забезпечення розширеного відтворення населення, зокрема, посилення соціального захисту материнства і дитинства, створення сприятливих умов для розвитку сім'ї, ефективного використання нею репродуктивної, виховної, економічної, соціальної функцій, поєднання жінками професійної зайнятості з материнством. Так, за даними Державного комітету статистики, за станом на 1 жовтня цього року в Україні народилося понад 380 тис. дітей, тоді як померло понад 500 тис. чоловік. При цьому в деяких регіонах України, зокрема, у західних, вже тривалий час народжуваність перевищує смертність. У минулому році дітей народилося найбільше за останнє десятиліття. Свою роль тут відіграли соціальні разові виплати при народженні дитини, констатують фахівці. Завдяки удосконаленню законодавчої бази здійснено низку заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я дітей і збереження репродуктивного здоров'я, вдалося змінити ситуацію на краще. В Україні істотно скоротилася кількість абортів. Якщо в 1990 році до них вдавалися 82 з 1000 жінок фертильного віку, то в минулому, 2009, тільки 15,5 з 1000. До того ж значно збільшилася

кількість жінок, що користуються контрацептивами. Проте ще однією проблемою МОЗ називає поширеність серед осіб репродуктивного віку ВІЛ-інфекції та інших хвороб, що передаються статевим шляхом, наприклад, сифілісу. Якщо в 1996 році частота захворювань становила 6,2 на 100 тис. жінок, то в 2008 році – 134,8, показник захворюваності на сифіліс серед жінок дорівнює 144,8 на 100 тис. жіночого населення.

На сьогоднішній день діє міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, затверджена Кабінетом Міністрів України. Маємо сподівання, що вона забезпечить зменшення існуючих проблем у стані здоров'я дівчат та жінок.

Summary. This work we want to draw your attention to improving the demographic situation in the country after improvement legislation of Ukraine and the attitude of women and girls to family planning and birth children.

ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ЕМОЦІЙНОЮ СФЕРОЮ ЛЮДИНИ

APPLICATION OF ART THERAPY IN WORK WITH HUMAN EMOTIONAL SPHERE

*О.К. Малютіна, Т.А. Тамакова,
В.В. Зарубіна, Є.С. Москаленко /*

A. Malyutina, T. Tamakova, V. Zarubina, E. Moskalenko

Науковий керівник: Тамакова Т.А.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. кафедрою – академік НАПН України, д.п.н.,
проф. Максименко С.Д.)*

м. Київ, Україна

Арт-терапія – це вид лікування, який використовує мистецтво з метою терапії. Це зцілення за допомогою будь-якої художньої творчості. Зараз використовуються різні види терапії: усі види малюнка (малюнок, живопис, графіка, монотипія та ін), мозаїка і колажі, робота з гіпсом та боді-арт, ліплення, музикотерапія, танцювальна терапія, етнотерапія, драмотерапія, казкотерапія і т. і.

Арт-терапія практично не має недоліків у використанні. З її допомогою людина здатна усвідомити свої переживання, навчитися довіряти собі і давати повну свободу своїм діям. Тому в нашому дослідженні ми обрали саме цей напрям психодіагностики та психокорекції.

Актуальність дослідження полягає в тому, що тривалі й постійні почуття можуть викликати хронічні захворювання, нетривалі бурхливі сплески почуттів частіше призводять до гострих соматичних розладів. Чи призведе якимсь переживанням до змін і патологічних порушень у роботі органів, залежить і від спадкової схильності людини, і від ставлення її до психотравмуючої ситуації і життя в

цілому. У даний час виділяють групу захворювань, причиною виникнення яких і є, в основному, реакції людини на емоційні переживання. До цієї групи відносяться: бронхіальна астма, виразковий коліт та виразка дванадцятипалої кишки, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит.

У роботі з клієнтами/пацієнтами, для яких у процесі психологічного консультування було актуальне гостре емоційне почуття (у нашому дослідженні – агресії), ми використовували образ вулкана.

Психологічний символ вулкана уособлював пристрасі, які стають єдиним джерелом нашої духовної енергії, коли ми вміємо керувати ними і трансформувати їх.

Висновки. Використання арт-терапевтичних методик дозволяє висловити емоції, навіть негативні, у вигляді творчої роботи, що позитивно впливає на емоційний і соматичний стан людини, оскільки відомо, що «всі хвороби від нервів», іншими словами, від невідреагованих почуттів. Отже, вважаємо використання цього методу доцільним для психологічної діагностики, консультування і терапії.

Summary. Art therapy – a type of treatment that uses art for therapy. It is healing through any artistic creation. We use different kinds of therapy: all kinds of drawing, mosaics and collages, work with plaster and body art, modeling, music therapy etc.

РОЗВИТОК ЗДАТНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ РЕФЛЕКСІЇ У ПРОЦЕСІ СТРУКТУРНО-РОЛЬОВОЇ ГРИ

THE DEVELOPMENT OF CAPACITY FOR PROFESSIONAL AND INDIVIDUAL REFLEKSITY IN A ROLE-STRUCNURAL GAME PROCESS

О.В. Мартинюк, Р.І. Габаль

*Науковий керівник: кандидат психологічних наук
Філоненко М.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. каф. – академік НАПН України, д.п.н.,
професор С.Д. Максименко)*

м. Київ, Україна

Актуальність роботи визначається тим, що в ній вивчаються механізми та умови розвитку і формування рефлексивних можливостей в навчальній діяльності. Структурно-рольова гра (далі – СРГ) та форми її модифікації дозволяють комплексно пропрацювати різноманітні навички та конкретні знання, організовуючи професійний розвиток на підставі усвідомлення свого власного досвіду.

Практика проведення СРГ демонструє, що процеси в СРГ охоплюють особисто та професійно значущі сторони життєдіяльності індивіда, впливають на особисте сприй-

мання рефлексивного аналізу як цінного, що сприяє врахуванню особливостей ситуації, побудові кооперації, мотивує відслідковувати результати своєї роботи та внести необхідні зміни.

Метою дослідження є встановити умови цілеспрямованого формування рефлексивних здібностей у процесі структурно-рольової гри.

За завдання взято дослідження формування рефлексивних здібностей у процесі структурно-рольової гри.

Було використано такі методи як теоретичний аналіз сучасного стану досліджуваної проблеми, спостереження та природний експеримент.

Проведена робота дозволила сформулювати наступні висновки:

Умовою саморозвитку рефлексивних можливостей є вхід в професійне суспільство (або його побудова), концентрація на обраній для проектування професійній діяльності з ізоляцією сторонніх, тих моментів, що не стосуються прямо до цього.

Summary: The condition of self-reflexive capacity is the entrance to the professional society (or building of it), the concentration on the selected professional activities with isolation of those moments that do not relate directly to the subject.

ВПЛИВ ҐЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА ФОРМУВАННЯ САМОСВІДОМОСТІ ПІДЛІТКІВ

THE INFLUENCE OF GENDER STEREOTYPES ON THE FORMATION OF TEENAGERS CONSCIOUSNESS

I. С. Mizgir / I. Mizgir

Науковий керівник: к.психол.наук Н.М. Городнова

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра загальної та медичної
психології і педагогіки*

*(зав.кафедри – академік АПН України,
професор С.Д. Максименко)*

Актуальність дослідження. Ґендерні стереотипи як структурно складні утворення містять у собі компоненти, як приписи стосовно особистісних властивостей чоловіків та жінок, статевоповідних видів діяльності, статевоповіднесених сімейних та соціальних ролей, ідеалів зовнішності тощо. Стереотипи – невід’ємний елемент буденної свідомості. Вони акумулюють деякий стандартизований колективний досвід, притаманний індивіду в процесі навчання і спілкування з іншими, допомагають йому орієнтуватися в житті і певним чином спрямовують його поведінку.

Завданням нашого дослідження було визначити Ґендерні стереотипи, як компонент статевої самосвідомості, та дослідити Ґендерні стереотипи у самосвідомості сучасних підлітків.

Методами дослідження: слугували теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури, бесіди, анкетування. Для діагностики Ґендерних стереотипів серед підлітків були використані блоки питань запропонованої анкети, а саме: дослідження впливу ґендерних стереотипів на міжособистісне ставлення в школі; вплив Ґендерних стереотипів на поведінку підлітків у сім’ї, та способи реагування їх на сімейне насилля.

У дослідженні прийняло участь 57 підлітків 14-15 років, з яких 25 хлопців і 32 дівчинки.

Результати проведеного дослідження довели, що вплив ґендерних стереотипів на міжособистісне ставлення в діаді «вчитель – учень» 83% хлопчиків і 63% дівчат відповіли, що вчителя по різному ставляться до учнів чоловічої і жіночої статі в школі. 32% хлопців і 10% дівчат вважають нормальним сімейне насильство, а 14% хлопців і 10% дівчат згодні зі стереотипом «Якщо чоловік б’є – то він кохає». Також було досліджено те, що стереотипи підлітків обох статей збігається з традиційними стереотипами, а саме, такими що жінка має бути ніжною, лагідною, турботливою, привабливою, доброю подругою, гарною господинею, а чоловік, в свою чергу, має бути мужнім, сильним, захисником, незалежним, впевненим у собі та цілеспрямованим.

Висновки: Таким чином можемо говорити про те, що ґендерні стереотипи міцно ввійшли у самосвідомість майже кожного підлітка. Стосунки серед підлітків набули стійкий традиційний характер, щодо чоловічих та жіночих ролей у сім’ї та суспільстві, формуванні самосвідомості підлітків відбувається під впливом стереотипів і настанов батьків, вчителів, однолітків та засобів масової інформації.

Summary: gender stereotypes are the complicated structures, which contain the components of individual properties of men and women, their types of activity, roles in society and family, ideals of appearance etc.

ПСИХОТЕРАПІЯ СІМЕЙНИХ ПАР, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ ГОСТРЕ ГОРЕ ПІСЛЯ СМЕРТІ ДИТИНИ

PSYCHOTHERAPY OF COUPLES WHO EXPERIENCING ACUTE GRIEF AFTER THE DEATH OF A CHILD

О.О. Мірошников

Керівник: д.м.н. доцент О.О. Хаустова

*Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної медичної психології
та педагогіки*

*(академік НАПН України, д.п.н.,
професор С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Гостре горе є універсальною та багатогранною реакцією людини на втрату об’єкта з яким існу-

вав міцний зв'язок. Особливо інтенсивні, руйнівні та нестерпні почуття переживають батьки після смерті дитини.

Недостатня розробленість питань психологічного консультування та психотерапії у вітчизняній науковій літературі, еkleктичність підходів до роботи з даним контингентом пацієнтів, обумовлює порівняно низьку ефективність застосування психотерапії в лікуванні гострого горя.

Мета. Розробити комплексну патогенетично об'рунтовану програму психотерапії осіб, що переживають гостре горе після смерті дитини.

Методи. Нами було проведено огляд зарубіжної та вітчизняної літератури, а також, в період з лютого по квітень 2011, проводилось спостереження над сімейною парою, що переживала гостре горе після смерті дитини. У роботі з пацієнтами застосовувались наступні методи:

- 1) клініко-анамнестичний (опитувальник якості життя SF-36)
- 2) клініко-пато-психологічний (шкали депресії Монгомери-Асберга та Цунга, тривоги Спілбергер-Ханіна та Гамільтона)
- 3) експериментально-психологічний (тест агресивності Басса-Даркі, опитувальник посттравматичного стресового розладу Breslau, шкала оцінки тяжкості суїциду C-SSRS)

Висновки: в період курації пацієнтів, ми дотримувалися наступних принципів застосування психотерапії:

1. Комплексність – застосування психотерапії у поєднанні з психофармакологічним лікуванням;
2. Індивідуальність – розробка індивідуальної психотерапевтичної програми з урахуванням інтенсивності переживань, статі, мотивації пацієнта;
3. Стадійність – диференціація психотерапевтичних підходів відповідно до стадії переживання горя;
4. Етапність: 1) допомога пацієнту у переживанні шоккової стадії; 2) допомога пацієнту у прийнятті реальності втрати та адаптації до нових умов існування; 3) довготривала підтримуюча терапія

Дотримання наведених принципів психотерапії дозволило досягнути позитивної динаміки у стані пацієнтів: зниження суїцидального ризику, покращення якості життя, зниження рівня депресії та тривоги.

Summary. This article is about principles of grief therapy with couples after the death of child. Adhering to the principles of individuality, phasing and complexity allows to achieve positive dynamics in the state of patients: reduction of suicidal risk, improving quality of life, reducing depression and anxiety.

СТРЕС ЯК ПРОБЛЕМА ХХІ СТОЛІТТЯ: ЙОГО АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

STRESS AS THE PROBLEM OF XXI CENTURY: ITS ACTUALITY AND THE WAYS OF SOLVING

Молочек А.Ю. / Molochek A.

*Науковий керівник: канд.мед. наук,
доцент Молочек Н.В.*

*Кафедра педіатрії Інституту Екології
та Медицини
(зав.каф. – д.м.н., професор, В.Г. Бурлай)*

Мета і завдання дослідження: Визначити основні критерії стресу, стресових факторів та чинників. Виявити людей групи ризику на хронічну стомлюваність за допомогою ряду опитування та анкетувань.

Матеріали і методи: емпіричні, аналітичні, статистичні, клініко-фармакологічні, натуропатичні.

Актуальність. Стрес є головною проблемою, яка спричинює нестабільність психо-емоційного стану населення та в подальшому призводить до деструкційних змін особистості.

Результати. Основними причинами стресу сучасності є збільшене трудове навантаження, складність міжособистісних відносин, брак часу та неочікувані події. Основними ж проявами стресу є поганий настрій, виснаження, головний біль, зниження працездатності, сонливість та інші. За останнє десятиріччя кількість людей із проявами стресу значно збільшилась. Рівень стресу у різних Європейських країнах становить від 12 до 27%. Співвідношення стресу у чоловіків та жінок становить 1:2, у віці 30-55 років. Існує два піки стресу: 30-34 та 40-44 роки. Стрес асоціюється із депресією, втратою працездатності та виснаженням. Майже 37% опитуваних стверджують, що відчувають стрес хоча б один раз на тиждень, а 27% – щодня. До групи ризику можна віднести: домогосподарки (у віці 25-40 років), працюючі матері (30-45 років), бізнес-менеджери (30-45 років) та чоловіки (50+). Встановлено, що у 20% пацієнтів, що страждають від стрес-асоційованих хвороб виникають такі ускладнення, як кардіоваскулярні хвороби, гіпертонічна хвороба, патологія органів ШКТ та з боку ЦНС. Також встановлено, що стрес має значний вплив на психоемоційний стан людини, що проявляється неадекватними емоційними реакціями (пасивність, роздратованість), які зазвичай приводять до небажаних наслідків: зловживання медикаментозними препаратами, алкоголем, наркоманії, тютюнопалінню. На жаль, лише 5% пацієнтів звертаються до лікарів-вахівців. Актуальним питанням корекції стресових ситуацій є розробка деяких методів психокорекції, способів релаксації, медикаментозної та фітотерапії. Сьогодні можна знизити поріг стресу лише за допомогою скомбінованого лікування у поєднанні з лікарем-психотерапевтом та власним «я».

Висновки. На сьогоднішньому етапі стрес являє собою один із найбільш поширених деструкцій особистості. За допомогою правильного світосприйняття, самовіддачі та правильної терапії ми можемо скорегувати вірну мо-

дель поведінки, навчитися говорити «ні», зберегти своє здоров'я та нормалізувати стан власного організму.

Summary. On the today's stage stress shows by itself one of the most widespread destructions of personality. By correct perception of the world, self-feedback and correct therapy, we can correct the faithful model of conduct, learn to say «no», save the health and normalize the state of own organism.

ПРОБЛЕМА ГІПЕРАКТИВНОГО РОЗЛАДУ ТА ДЕФІЦИТУ УВАГИ ЯК ЧАСТИНА ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ, ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

THE PROBLEM OF HYPERACTIVE DISORDER AND DEFICIT OF ATTENTION AS A PART OF SCHOOL DEZADAPTATION IN MIDLCHHOOD, WAYS OF ITS DECISION

Молочек А.Ю. / Molochek A.

*Науковий керівник: канд.псих.наук,
доцент Філоненко М.М.*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав.каф. – д.п.н., професор, академік АПН
С.Д.Максименко)*

Мета і завдання дослідження: узагальнити сучасні дані літератури вітчизняних та зарубіжних вчених, що стосуються проблематики психо-корегуючих методів лікування. Підвищити процеси розумової працездатності у дітей з синдромом гіперактивності та дефіциту уваги за допомогою психогігієнічних і психокорекційних методів.

Матеріали і методи: емпіричні, аналітичні, статистичні, клініко-фармакологічні, натуропатичні.

Актуальність. Успішність навчання дітей у школі значною мірою залежить не тільки від розумових здібностей, але і від їх гіперактивності і здатності сконцентрувати увагу тривалий час на об'єкті вивчення.

Результати. Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги (ГРДУ) у дітей сьогодні є однією з найбільш актуальних проблем майбутнього. Він негативно впливає на загальний розвиток дитини: погіршення зосередженості уваги, зниження розумових здібностей, прояв надмірної активності, імпульсивності, що згодом призводить до порушення функціонування дитини в основних сферах життя. Більшість поведінкових проблем гіперактивних дітей обумовлені не їхньою злою волею чи неправильним батьківським вихованням, а біологічно обумовленими особистостями функціонування центральної нервової системи. За умов невчасної та неадекватної допомоги цей розлад може призводити до вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психологічного розвитку дитини, значних поведінкових та соціальних проблем – як у дитинстві, так і в дорослому віці. Для подолання цієї пробле-

ми були проаналізовані та відібрані найбільш ефективні методи психологічної корекції. Був розроблений психотренінг для батьків, підібрана методика кольоротерапії, фітотерапії та раціону харчування.

Висновки. ГРДУ є однією із найбільш поширених поведінкових розладів, щодо якої розроблено ефективні стратегії та методи допомоги. За належної допомоги та підтримки діти з ГРДУ можуть повноцінно адаптуватися до суспільства, зокрема до умов навчання в школі.

Була вивчена та проведена найбільш актуальна методика готовності до школи, підібрані певні психологічні поради батькам «невгамовних» дітей.

Summary. Were developed the effective strategies and methods of help to children with ADHD – one of the most investigational cognitive disorders in childhood. At the proper help and support children with ADHD can have the happy and valuable future.

It was studied and conducted the most actual method of readiness to school, the neat are certain psychological advices the parents of «indefatigable» children.

ОСОБЛИВІСТЬ ОСОБИСТОСТЕЙ ДІТЕЙ ІНДИГО

FEATURES OF THE PERSONALITY OF INDIGO CHILDREN

Д. А. Молчанюк / D. Molchanuk

Науковий керівник: викладач О.В Самолісова

Харківський національний медичний університет

*Кафедра української мови, основ психології
та педагогіки*

*(зав. кафедри – кандидат філологічних наук,
доцент Л. В. Фоміна)*

Мета та завдання дослідження: теоретичне обґрунтування психологічних та фізіологічних змін в обдарованих дітей (дітей індиго); вивчення проявів їх обдарованості; створення методики роботи з дітьми індиго на основі особливостей їхнього розвитку та поведінки.

Матеріали та методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури з теми роботи, опитування, тестування, кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.

Актуальність: останнім часом зафіксовано збільшення відсотка народження незвичайних дітей індиго, так званих дітей сучасної цивілізації, які мають ряд високоінтелектуальних та надзвичайних здібностей. Вони талановиті, проте мають досить своєрідні риси характеру, що сприяє аналізу їхньої психології. Крім того, з'являється необхідність в окремих учбових закладах з метою виховання дітей індиго та спрямування їхніх можливостей на користь людству.

Результати. У рамках роботи Малої академії наук проведено дослідження (2008-2010 р.р.) на базі Харківської гімназії №46 імені М.В. Ломоносова з метою виявлення

високообдарованих дітей та потенціальних дітей індиго. На сьогоднішній день дослідження продовжуються серед студентів Харківського національного медичного університету, так як є необхідність у перевірці різних вікових категорій..

Експеримент базується на п'яти тестах:

- тест на рівень інтелекту Г.А. Айзенка;
- тест на належність дитини до групи індиго – «Калькулятор індиго» Ненсі Енн Тепп;
- тест «Потреба у спілкуванні» Ю.М. Орлова;
- тест «Взаємодія батьків та дітей» Дж. Марено;
- тест на діагностику шляхом самооцінки чотирьох найважливіших характеристик особистості: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, розроблений Г.А. Айзенком.

Тести спрямовані на визначення як інтелектуальних, так і поведінкових особливостей, оскільки тільки різноплановий аналіз дозволяє робити певні висновки. Окрім названих тестів, проводилось опитування серед викладачів та батьків тих особистостей, які виявилися для нас найбільш цікавими.

Після аналізу кожного з тестів виконувалась кількісна та якісна оцінка результатів, внаслідок чого поступово з'являлась група дітей, яка більш-менш відповідала всім обраним характеристикам. Після п'яти етапів групу «потенційних індиго» склали 2% від загальної кількості. Проте впевнено стверджувати, що ці діти відносяться до категорії «індиго» ми не можемо без подальшого спостереження та більш професійного обстеження. Але потенціал є, що зумовлює розробку особливих методик роботи з дітьми індиго та високообдарованими дітьми взагалі, адже їхні здібності мають бути використані для збагачення матеріальної та духовної скарбниці людства, а не навпаки.

Висновок: у сучасному світі поступово з'являється категорія людей, так звані індиго, яка буде здатна володіти ним та спричиняти культурний прогрес. Проте їх розвиток залежить від суспільної зацікавленості та всебічного аналізу даного питання.

Summary: In modern world gradually appears the category of people, so-called indigo, which will be able to own it and to cause the cultural progress. However, their development depends on public interest and comprehensive analysis of this issue.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

DEVELOPMENT OF EMOTIONAL COMPETENCE OF FUTURE DOCTORS

Є.С. Москаленко, О.К. Малутина, В.В. Зарубіна /
E. Moskalenko, A. Malyutina, V. Zarubina

Науковий керівник: Тамакова Т.А.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки
(зав. кафедрою – академік НАПН України, д.п.н.,
проф. Максименко С.Д.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Професії, що належать до сфери діяльності «людина-людина», а це лікарі, медичні психологи та інші фахівці допоміжних професій, передбачають специфічні психічні та емоційні навантаження. Для лікарів та медичних психологів, їхньої успішної професійної діяльності велике значення має здатність розуміти почуття та емоції свої та пацієнтів, що звертаються за допомогою.

Метою є дослідження емоційної компетентності майбутніх лікарів.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось за допомогою психодіагностичної методики (торонтська алекситемічна шкала), тілесно орієнтованих та арт-терапевтичних методик, суть яких полягала в актуалізації та відображенні емоцій на намальованому контурі людини.

За результатами нашого дослідження ми визначили, що рівень алекситимії за торонтською шкалою не перевищив 62 балів, це свідчить про те, що всі наші студенти, а в майбутньому професійні лікарі, можливо, відносяться до «неалекситемічного» типу особистості, проте в процесі дослідження виявилось, що студентам важко усвідомлювати та відображати свої емоції на папері.

Висновки. Вважаємо, що використання арт-терапевтичних та тілесно орієнтованих методик є доцільним у роботі з майбутніми лікарями, медичними психологами та іншими фахівцями допоміжних професій, тому що в процесі виконання цих методик люди вдосконалюють вміння розуміти та висловлювати емоції.

Summary. We believe that the use of art therapy and physically-oriented technique is useful in dealing with future doctors, psychologists and other experts support occupations, as in the implementation of these techniques enhance the ability of people to understand and express emotions.

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИК У СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ З ФІЗИЧНОЮ ТРАВМОЮ

PERSONAL HARDINESS AS A FACTOR IN THE SYSTEM OF REHABILITATION WORK WITH PATIENTS WITH A PHYSICAL TRAUMA

К.І.Москаленко / К. Moskalenko

*Науковий керівник: О.В. Хаустова, д.м.н., доцент
кафедри загальної і медичної психології
та педагогіки НМУ*

*Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки*

Актуальність: Травматизм – одна з актуальних проблем в Україні та світі, що спричиняють тимчасову втрату працездатності або призводять до інвалідності.

На глибину та тривалість наслідків впливають: тяжкість травми, своєчасність та відповідність надання первинної та кваліфікаційної медичної допомоги, обсяг та якість програми реабілітації, що проходить кожен окремих пацієнт, особливості реагування людини на травму тощо.

Травма може переживатися як стрес, більш чи менш виражений, що залежить від наступних факторів: вроджена вразливість організму, зовнішні події, переконання людини, вміння долати стресові ситуації.

Життєстійкість є інтегральним показником, що охоплює фактори впливу на перебіг реабілітації соматичного хворого, в т.ч. з травмами опорно-рухового апарату – преморбідна особистість, відношення пацієнта до хвороби, адаптаційні резерви особистості, що корелюють з рівнем тривожності, фрустраційної стійкості, локусом контролю, креативністю, ін. Життєстійкість складається з трьох основних компонентів: включеність, контроль та прийняття ризику.

Мета: покращення якості реабілітації пацієнтів з фізичною травмою шляхом скорочення терміну госпіталізації ті зменшення питомої ваги ускладнень та інвалідизації.

Методологія та результати: розроблений діагностичний комплекс, що включає: структуроване інтерв'ю в рамках кініко-феноменологічного підходу; клініко-анамнестичні методи; експериментально-психологічні (скринінгова методика життєстійкості Мадді С., визначення локусу контролю, визначення якості життя психосоматичних хворих та рівня суб'єктивного стресу, соматизації та задоволення роботою, ін.).

Висновки: попередні дослідження життєстійкості довели негативну кореляцію цього показника з рівнем тривожності, депресії, параної, психастенії та схильністю до залежності, вірогідністю розвитку соматичного захворювання протягом року після дослідження, та позитивну – з різноманітністю копінг-стратегій, силою *ego*, соціальною відповідальністю та бажаністю, успішною діяльністю. Це дає можливість прогнозувати аналогічні результати у пацієнтів з травмами та використовувати тренінгові ме-

тодику розвитку життєстійкості для покращення реабілітації таких хворих.

Пацієнти з високим показником життєстійкості мають перевагу над людьми з низьким показником, однак численні дослідження показали, що можна успішно досліджувати в собі компоненти життєстійкості і, таким чином, посилювати та розвивати їх – посилюючи стресостійкість.

Summary. Research has shown that some people are more resistant to stress and better able to cope with it than others. This is partly due to the fact that some people have a number of personality traits that protect them from the effects of stress; psychologists call this the stress-hardy personality. These stress hardy personality traits included: Commitment, Control and Challenge.

Stress hardy people obviously have a natural advantage than those of us who do not have these personality traits; however research is suggesting that those of us who do not naturally have the stress hardy personality traits can actually learn them, with time and practice, and so increase our own levels of stress hardiness.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME PSYCHOLOGISTS

*Є.С. Москаленко, О.К. Малютіна, М.І. Чередниченко /
E. Moskalenko, A. Malyutina, M. Cherednichenko*

Науковий керівник: Тамакова Т.А.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав. кафедрою – академік НАПН України,
д.п.н., проф. Максименко С.Д.)*

м. Київ, Україна

Актуальність. Більшість тих, хто обирає фах медичного психолога керується мотивом допомагати людям та повністю віддаватися справі заради благополуччя своїх пацієнтів. Медичний психолог постійно контактує з душевним болем інших людей, це супроводжується психо-емоційним навантаженням, яке, у свою чергу, може призвести до синдрому професійного вигорання.

До речі, дослідження, проведені в різних регіонах світу, дозволяють стверджувати, що синдром вигорання починає формуватися вже у студентів-медиків старших курсів.

Мета. Виявити причини емоційного вигорання серед медичних психологів.

Методи і методики. У дослідженні використовувались арт-терапевтичні методики. Арт-терапія являє собою інструмент для дослідження і гармонізації тих сторін внут-

рішнього світу людини, для вираження яких слова не завжди доречні і має значні переваги в порівнянні з вербальними формами соціальної роботи.

Було проведено дослідження особливостей взаємозв'язків психологічних характеристик професійної діяльності та сформованості синдрому емоційного вигорання медичних психологів за допомогою арт-терапевтичної техніки – колажа.

Висновки. Після аналізу отриманих результатів було визначено, що симптоми професійного вигорання вказують на характерні риси тривалого стресу та психічні перевантаження, що призводять чи можуть призвести до повної дезінтеграції різних психічних сфер і перш за все – емоційної. Високі показники синдрому емоційного вигорання характерні для тих фахівців, у яких фіксується низький рівень сформованості професійної майстерності.

Summary. After analyzing the results, it was determined that the symptoms point to burnout features continuous stress and mental overload that leads or may lead to the complete disintegration of various mental spheres, and above all – emotional. High rates of emotional burnout syndrome characterized by professionals who have recorded a low level of development of professional skills.

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

PSYCHOPHYSIOLOGICAL FACTORS OF DENTAL DISEASES

Ю.О. Назар, С.Л. Назар / Y. Nazar, S.Nazar

*Львівський державний медичний коледж
ім. Андрея Крупинського*

В умовах сучасного суспільства постійні стреси, депресія, тривожні стани часто супроводжуються розвитком соматичних хвороб, зокрема стоматологічних захворювань. Занепокоєність пацієнта своїм здоров'ям впливає на його психоемоційний стан та поведінку. Будь-який патологічний процес порушує біологічну рівновагу організму, але цьому процесу передують різноманітні фактори, зокрема психогенні. Обізнаність в даній сфері дає змогу лікарям ефективніше проводити профілактику різного роду захворювань, в тому числі і стоматологічних.

Згідно з теорією Кеннона-Барда, психологічні переживання та фізіологічні зміни виникають одночасно. Механізм сприйняття зовнішнього впливу у всіх однаковий, але при цьому відповідна реакція на подразник у кожної людини виникає по-різному і залежить від індивідуальних психологічних особливостей особистості.

Учені Американської академії періодонтології проаналізували дослідження, присвячені зв'язку між психологічним станом людини й хворобами пародонту. З'ясувалося, що результати 57% досліджень підтверджували наявність прямого зв'язку між розвитком хвороб пародонту

й психологічних факторів (високою тривожністю, депресією, сильним почуттям самотності, станом хронічного стресу). Крім того, певну роль може відігравати зміна звичок у людини, що переживає важкий стрес. «У такій ситуації люди приділяють менше увагу гігієні порожнини рота, збільшують споживання алкоголю, нікотину та ліків», – відзначив президент Американської академії періодонтології Престоґін Міллер.

Проблеми з зубами найчастіше бувають викликані нерішучістю, невмінням приймати самостійні рішення. Така людина боїться наслідків своїх рішень. Карієс віднімає в зубів твердість. Саме таким чином імунна система людини реагує на внутрішню нестійкість цілей, невпевненість у досягненні обраної мети, усвідомленість «нездоланості» життєвих труднощів.

В умовах стресу відбуваються суттєві зміни карієсогенної ситуації у порожнині рота, що визначається зниженням швидкості саливації, підвищенням вмісту глюкози та вільного кортизолу в слині. Функціональна активність слинних залоз – чіткий індикатор поточного стану нервової системи. У ряді досліджень було показано зміни концентрацій біохімічних компонентів слини у відповідь на стрес.

Проблема профілактики та лікування стоматологічних захворювань може бути розв'язана на основі комплексного вивчення прогностичної інформативності карієсогенних факторів та психоемоційних маркерів. Комплексний підхід до проведення діагностичної, лікувальної та профілактичної допомоги відкриває нові перспективи у боротьбі з карієсом зубів. Чільне місце в такій роботі посідає психологічна та психотерапевтична допомога, якої сьогодні на жаль бракує в системі охорони здоров'я.

ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ АДАПТИВНОЇ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ

THE POTENTIAL FEASIBILITY OF ADAPTIVE COPING-BEHAVIOR OF PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS

Г.М. Науменко / G. Naumenko

*Науковий керівник: доктор медичних наук,
професор, О.С. Чабан*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології та
педагогіки (зав. каф. – академік НАПН України,
доктор психологічних наук, професор
С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Фіброміома матки – є доброякісною гормонозалежною пухлиною матки. Це захворювання виявляється майже у 60% жінок різного віку, що ста-

виль їх в психологічно особливі життєві умови. Хворі відчувають загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосування до нової життєвої ситуації і формування адекватного відношення до власної особи і до свого здоров'я. За даними літератури, у таких хворих спостерігається наявність високих показників тривоги, депресії і механізмів психологічного захисту, що сприяє формуванню дезадаптивних варіантів копінг-стратегій як перешкоджаючих факторів для швидкої реадптації, ресоціалізації та реабілітації хворих.

Мета. Дослідити роль адаптивної копінг-поведінки хворих з фіброміомою матки в процесі реабілітації, реадптації та ресоціалізації хворих.

Завдання. Провести аналіз робіт присвячених даній тематиці, дослідити особливості медико-психологічної корекції хворих з даною патологією та її роль у відновленні хворих в процесі лікування.

Методи. Аналіз літературних даних.

Усвідомлення та прийняття чи не прийняття гінекологічної проблеми, такої як фіброміома матки, створює складну кризову ситуацію, що включає когнітивні, емоційні і поведінкові сфери функціонування особи, характеризується переважанням у хворих дезадаптивних варіантів копінг-стратегій і рідке використання адаптивних способів подолання стресу, що потребує особливої медико-психологічної допомоги.

Наявність високих показників тривоги, депресії і механізмів психологічного захисту, сприяють формуванню дезадаптивних варіантів копінг-стратегій у пацієнтів з фіброміомою матки, що свідчать про порушення психічної адаптації і про те, що ця категорія хворих вразлива до будь-яких стресових факторів.

Висновки. Своєчасна психологічна діагностика та оптимальна програма медико-психологічної корекції хворих з даною патологією, сприятиме швидкій реадптації, ресоціалізації та реабілітації хворих з фіброміомою матки.

ПРОГРАМА ОЦІНЮВАННЯ ШКІЛЬНОГО ГОТОВНОСТІ ТА ПІДГОТОВКИ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ В МЕЖАХ ПЕДАГОГІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ «ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА В ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ»

THE EVALUATION PROGRAM OF SCHOOL READINESS AND PREPARATION FOR SCHOOLING WITHIN THE PEDAGOGIC EXPERIMENT «INCLUSIVE EDUCATION OF CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME IN PRESCHOOL INSTITUTIONS

Г.О.Радченко / Н. Radchenko

Науковий керівник: к.п.н., доц. Н.А.Тертична
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної та медичної психології
та педагогіки
(академік АПН України, д.п.н., проф.
С.Д. Максименко)

Актуальність: в 2007 році був започаткований педагогічний експеримент «Інклюзивна освіта дітей з синдромом Дауна в дошкільних навчальних закладах» з метою створення необхідних психолого-педагогічних умов розвитку дітей з синдромом Дауна та надання їм можливості адаптуватися до життя в соціальному просторі разом із здоровими однолітками в межах інтегрованих дошкільних груп.

Метою та задачами психолого-педагогічного дослідження на даному етапі є розробка програми оцінювання шкільної готовності та підготовки до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані наукових публікацій та Internet-ресурси. Визначено основні аспекти особливостей розвитку дітей з трисомією за 21-ю хромосомою.

Отримані результати. Особливості дітей з синдромом Дауна:

1. Труднощі в запам'ятовуванні нових понять і навичок, встановленні послідовності дій, умінні міркувати, узагальнювати, доводити та концентрувати увагу.

2. Насилу виділяють головне, не розуміють внутрішнього зв'язку між частинами картинки, персонажами історії, плутають графічно схожі букви, цифри, предмети, звуки, слова.

3. Вміння говорити розвивається пізніше сприймання мови; труднощі в освоєнні граматичної будови мови, семантики; погано засвоюють нові слова і словосполучення.

4. Не можуть інтегрувати свої відчуття – одночасно концентрувати увагу, слухати, дивитися і реагувати.

5. Не вміють вдивлятися, розглядати (роздивляючись картинку із зображенням безглузких ситуацій, їм потрібно постійне спонукання).

6. Краще оперують матеріалами, що сприймаються зоровим аналізатором, ніж на слух (їм нескладно вивчити і використати написаний текст).

Висновки. Таким чином, підготовка до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна має спиратись на їх сильні сторони: хороше зорове сприйняття, здібності до наочного навчання, що включають здатність вивчати і використовувати знаки, жести і наочні посібники, вивчити написаний текст і користуватися їм, вчитися на прикладі однолітків і дорослих, прагненні копіювати їх поведінку. Такі діти здатні навчатись по матеріалах індивідуального учбового плану. На практичних заняттях необхідно висловлюватись конкретно, а не абстрактно, навчати поступово, постійно повторюючи пройдений матеріал, міняти види діяльності.

Summary: the experimental pedagogical inclusive programme of the socialization and development since 2007 (in Kyiv) gave its results concerning the level of communicative skills in children with Down syndrome; today we are working out the methodical approach to help the children with 21-trisomy become ready for going into ordinary public schools. Trainings in groups and individually have to be based on well-formed skills in these category of preschoolers.

АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКУРСНИКА ДО СТУДЕНТСЬКОГО ЖИТТЯ

FRESHMAN ADAPTING TO STUDENT LIFE

Резнік М.С. / M.Reznik

*Науковий керівник: викладач кафедри С.П. Кошова
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної медичної психології
та педагогіки
(зав. каф.: академік НАПН України, д.п.н.,
проф. С.Д. Максименко)
м. Київ, Україна*

Вступ до вузу є для більшості першокурсників новим періодом життя, і одночасно, він є таким актом, який вимагає активного пристосування до умов студентського буття. Першокурсник має пережити цю зміну обставин життя, включитися учасником у нові і незвичні події. Різкий перехід від адаптованого і відносно комфортного життя під опікою батьків та вчителів до менш детермінованого зовні студентського часто у першокурсників розпочинається з критичних обставин. Проблема прилаштування першокурсників до нового етапу життя завжди пекуча, бо повторюється з року в рік.

Мета цієї роботи – визначення труднощів процесу адаптації студентів-першокурсників до умов навчання в вищому навчальному закладі.

Перші реакції адаптації чи дезадаптації частіше проявляються у емоційній сфері. Так як новий соціальний статус вимагає від студента усвідомлення не лише наявних смислів, а й породження нових, слід зауважити, що таку внутрішню психічну роботу не може виконати одна

емоція, – ця робота під силу всьому ансамблю психічних процесів і станів. Для того, щоб бути спрямованим на особистісний ріст, студент має не лише пізнавати себе в процесі пізнання критичної ситуації, а й осмислити її, породивши нові смисли буття. Тому відсутність у першокурсника нового породженого смислу є головною причиною невдалої адаптації до студентського життя і вузівського навчання, і саме ця причина приводить багатьох новаків до переживання невідповідності новій ситуації, що в свою чергу веде до неуспішності і відрачування. Звісно, студенту-початківцю самотужки буває важко віднайти нові смисли, тому їм мають прийти на допомогу референтні і компетентні оточуючі люди, які допоможуть першокурсникові контролювати не тільки нові обставини, а й керувати переживаннями, щоб навчально-виховний процес вів до особистісного зростання.

Правильно обрана професія – неодмінна умова успішної адаптації студентів молодших курсів. Адже, якщо вибір професії невдалий, тобто не відповідає ні здібностям, ні зазіханням особистості, адаптація не буде оптимальною. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що всі сторони процесу адаптації є дуже важливими для нормальної діяльності студента у вузі. Тому з перших днів навчання у вузі студентам повинна надаватися допомога, спрямована на подолання труднощів, що виникають в усіх аспектах їхньої адаптації.

Summary: High school freshmen for most new period of life, and simultaneously, it is such an act, which requires active adaptation to the conditions of student life. Professional Adaptation in high school is a process of formation of students' interest in the chosen profession, the desire to master it perfectly. If the student prior to the air in university firmly decided on his choice of profession, conscious of its importance, its benefits and disadvantages, requirements that it imposes, it will be viewed in a focused and productive, that adaptation will be carried out without much difficulty.

НЕОБХІДНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРАКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

NECESSITY OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF CHILDREN HYPERACTIVE DISORDERS

О.Ю. Рубанець / O.Rubanets

*Науковий керівник доцент О.М. Пітик
Івано-Франківський Національний медичний
університет*

*Кафедра психіатрії, наркології
і медичної психології
(зав. кафедрою проф. М. І. Винник)*

Results of investigation of psychological correction effectiveness based on system psychotherapy in children with ADHD is given in the theses. Psychological correction based on the system model of psychotherapy can be

successfully used in the complex treatment of children with ADHD.

Стани з дефіцитом уваги та гіперактивністю вважаються достатньо поширеними психічними розладами в дитячому віці.

В залежності від класифікації в додаток до основних симптомів, перерахованих в МКХ-10 в рубриці F90 (порушення уваги і підвищення рухової активності), слід назвати виражену імпульсивність. Рухова активність означає не тільки виражену потребу в рухах, але і надмірний неспокій, особливо тоді, коли треба поводити себе відносно спокійно, в структурованих ситуаціях, що вимагають високого ступеня самоконтролю. Описані симптоми часто призводять до виникнення у гіперактивних дітей труднощів у навчанні, специфічних розладів в засвоєнні шкільних навичок, особливо в сфері тонкої моторики.

Тому не дивним є те, що у таких дітей розвивається низька самооцінка і емоційні проблеми, часто спостерігаються невротичні стани та різноманітні поведінкові розлади.

Досліджено та проліковано 12 дітей з РГДУ у віці від 6 до 12 років. В якості додаткового методу дослідження було використано Анкету поведінки дитини у віці від 6 до 18 років, що заповнювалась лікарем разом з батьком або матір'ю дитини двічі: в процесі первинного інтерв'ю, а також після 3-місячного курсу лікування.

Крім медикаментозного лікування батькам разом з дітьми проводили психологічну корекцію, перш за все це був психологічний тренінг з батьками на основі системної моделі психотерапії та відповідні рекомендації щодо зміни поведінкової стратегії по відношенню до дітей.

Після проведеного лікування в 100% випадків батьки відмічали покращення стану дітей. Симптоматика значно згладжувалась, звернена увага батьків на факт зменшення імпульсивності, емоційної лабільності, негативізму, опозиційності та неухважності дітей. Крім того, досягнуто значних змін у взаємостосунках батьків з дітьми, що проявлялось в покращенні взаєморозуміння, зменшенні випадків різних способів покарання та висловлювань щодо незадоволення поведінкою дітей, батьки відмічали відчуття більшого розуміння дітей, почуття задоволення від батьківства, значне зменшення кількості ситуацій, що викликали роздратування та можливість афективних спалахів щодо невідповідної поведінки дітей.

Таким чином, психологічна корекція на основі системної моделі психотерапії може бути успішно використана в лікуванні дітей з РГДУ.

ВЕГЕТО-СУДИННА ДИСТОНІЯ – ЯВИЩЕ XXI СТОЛІТТЯ

VEGETATIVE-VASCULAR DYSTONIA – PHENOMENON OF THE XXI CENTURY

К.С. Сімоchenко, М.С. Різник

*Науковий керівник: викл. каф. С.П. Кошова
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки
(зав. каф. – проф. С.Д. Максименко)*

Термін «вегетосудинна дистонія» (ВСД) сьогодні викликає численні дискусії як в медицині так і в психології. Питання чи є вегето-судинна дистонія хворобою, синдромом або симптомом досить гостро стоїть в сучасній медицині. Медицина розглядає вегето-судинну дистонію, як стан, що виникає внаслідок порушення вегетативної регуляції серця, судин, внутрішніх органів, ендокринних залоз, пов'язаний з відхиленням в структурі функції центральної і периферійної нервової системи.

Поговоримо докладніше про симптоми. Оскільки ця хвороба перебуває на границі різних захворювань, то має риси різних недуг. Це і психологічні розлади і неврологічні та кардіологічні та судинні.

Перша сфера – психологічна. ВСД проявляється у вигляді підвищеної стомлюваності, психологічної вразливості можуть загострюватися особистісні особливості (наприклад, у людини, схильної до сором'язливості або тривожності, ці риси характеру стають більше помітними), підвищуються афективні реакції, панічні напади.

На другому і третьому місці йдуть нейрокардіологічні та судинні розлади. Найпоширеніші їх прояви: перебої в роботі серця (відчуття, що серце «стукє», «завмирає» і т.д.); холодні руки і ноги; підвищена пітливість; «стрибки» артеріального тиску; тяжкість або біль у голові та скронях; постійна сонливість; шум у вухах; підвищене потовиділення; непритомні стани. При ВСД також спостерігаються зміни кольору шкіри.

Різнманітні болі, які відчуває людина при ВСД, найчастіше головні (мігрень), болі в спині пов'язані з функціями ЛРК («лімбако-ретикулярний комплекс»). ЛРК – це свого роду суперкомп'ютер, але при своєрідних зовнішніх і внутрішніх шкідливих впливах його робота може порушуватися). У цій зоні перебуває також центр глибокої болючої чутливості, який сприймає імпульсацію від внутрішніх органів.

Така людина гостріше починає сприймати внутрішні процеси організму. Вона може іноді відчувати ніби в неї підвищується або знижується артеріальний тиск. Якщо він знижений – це виражається в ослабленні життєвого тону, швидкій стомлюваності, млявості, поганому самопочутті, слабості всього організму. Це пов'язано з тим, що судинна система не в повному обсязі забезпечує мозок кров'ю. А при підвищеному тиску людина відчуває головний біль, запаморочення та інші неприємні відчуття. При-

чина в тому, що кров уже в надлишку надходить у головний мозок. Відбуваються захисні спазми судин – організм у такий спосіб захищає мозок від потоку зайвої крові.

В групу ризику занедужати входять в першу чергу генетично схильні люди, а також ті, хто веде малорухливий спосіб життя. ВСД може стати наслідком перенесеного грипу або стресу чи затяжної депресії. Це ендогенні, тобто внутрішні, фактори. Є ще екзогенні (зовнішні) – це всілякі інтоксикації, отруєння, струси мозку, черепно мозкові травми. Але найчастіше буває змішане походження, коли зовнішні і внутрішні фактори ризику переплітаються, і тоді навіть у людини з дуже міцним фізичним й психічним здоров'ям у вегетосудинній регуляції може статися „збій» і розвинути ВСД. Як ми бачимо, причин виникнення хвороби безліч, але основні – психологічні (перевтоми, стреси, неврози, депресії) і біологічні (це порушення обміну речовин, викликане найрізноманітнішими захворюваннями: діабет, інші ендокринні розлади, інфекціями, ожирінням і т.д.).

Отже, ВСД – не така серйозна проблема як інші хвороби серцево-судинної системи, чи, наприклад, онкологічні захворювання. Але ВСД торкається багатьох людей, особливо підлітків, і саме через це варто приділити цьому питанню більш часу на вивчення, дослідження цієї хвороби.

Summary: the neurovascular dystonic (NCD, a vegetative-vascular dystonia) has the functional nature. For it disorders of neuroendocrinal regulation of activity of cardiovascular system are characteristic. At teenagers and young men NCD it is caused by a mismatch of physical development and degree of maturity of the is excitatory-endocrine apparatus more often. At other age dystonia development can be promoted psychological attrition in an outcome of acute and chronic infectious diseases and intoxications, by a sleep loss, overfatigue, irregular diets, to sexual life, physical activity (lowered or too intensive).

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРИХ З ВИРАЗКОЮ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

THE INDIVIDUAL METHOD OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF PATIENTS WITH A GASTRIC AND DUODENUM ULCER

Скиба Ю.В. / Y.Skyba

Науковий керівник: к.м.н., доцент Велика Н.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної і медичної психології та педагогіки

(Зав.кафедрою – академік, д.п.н., проф. Максименко С.Д.)

Соціальні чинники детермінують емоційну складову людського існування, основним підґрунтям є природжені

особливості спектру та динаміки емоційних станів, страху, стресів, тривожності, фрустрацій, депресій.

Метою даної роботи є визначення індивідуально-психологічних особливостей соматичних хворих, схильних до негативних психічних станів.

Завдання: Дослідити схильність до негативних психічних станів серед соматичних хворих. Надати їм індивідуальний комплекс психологічних консультацій та лікування методом дієто-арт-танцювальної терапії.

Матеріали та методики: 1. Шкала депресії. 2. Оцінка стану тривожності. 3. Шкала фрустрованості.

Хворих розподілили на 3 групи:

1. З високим рівнем тривожності, були характерні явища стурбованості, нерішучості, це проявлялось в невпевненості у спілкуванні, прийнятті рішень. Фрустрованість, депресивні прояви виявляються в невротичних реакціях – в небажанні, а в деяких випадках і у відмові до прояву у контактуванні з оточуючими. Спостерігалось зниження (постійне) настрою, наявність почуття агресії не покидало цих хворих.

2. У хворих, які не мали негативного психічного фону, відзначалась підвищена активність і наявність зменшеного болювого синдрому.

3. Хворих з синдромом подразнювального кишківника відділили в окрему групу. Для них було характерно впертість, ознаки крайності: нетерплячість, педантизм, скупість. Синдром подразнювального кишківника, як правило спостерігались у депресивних зовні спокійних, але всередині напружених, замкнених і невпевнених у собі пацієнтів. Основною психотерапією в даному випадку є рішення психосоціальної адаптації з обов'язковим залученням хворого в процес діагностики лікування. Рекомендується також використовувати дієтичні, арт-терапевтичні і танцювальні міри.

Картина особистості хворих з захворюваннями виразки шлунку і дванадцятипалої кишки:

1. Психічно «здоровий» виразковий хворий. Хворі у яких хороша функція «Я» і стабільні об'єктивні відносини.

2. Виразковий хворий з неврозом характеру. Спостерігається постійне агресивне напруження.

3. Соціопатичний виразковий хворий. Пасивно залежний хворий зі слабким «Я».

4. «Психосоматичний» виразковий хворий. Невиразна особистість з бідною фантазією являють собою механічність і ригідність в способі життя.

5. «Нормопатичний» виразковий хворий. Черезмірна орієнтованість на «нормальність» поведінки.

Дослідження підтвердило, те що наявність негативних психічних станів має негативний вплив на перебіг захворювання виразки шлунку, дванадцятипалої кишки та синдрому подразнювального кишківника. Специфіка психотерапії пацієнтів з розладами травлення заключається в дії на нервово-психічну складову етіопатогенезу захворювання, а також виявлення і корекції системи факторів «агресії» і «захисту», діючих на психологічному рівні. При цьому розладі системи ШКТ розглядається, як інтегральна характеристика порушень в системі властивостей особистості, нейроендокринної регуляції і виконуючої вісцеральної системи органів травлення, маючи онтогенетичну при-

роду. Основними задачами психотерапевтичної дії являються корекція і попередження психологічних порушень, психологічна адаптація до умов зовнішнього середовища, навчання здорового способу життя і уміння подолання стресу.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

PSYCHOLOGICAL ACCOMPANIMENT OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OBESITY

Скиба Ю.В. / Y.Skyba

Науковий керівник: к.п.н., доцент Філоненко М.М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної і медичної психології та педагогіки

(Зав.кафедрою – академік, д.п.н., проф. Максименко С.Д.)

Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець. Характерні для сучасного суспільства малорухомий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до росту частоти ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді.

Об'єкт дослідження – психо-емоційна сфера особистості.

Предмет дослідження – пацієнти із ожирінням

Головна мета роботи – вивчити психологічні прояви харчової поведінки людей із ожирінням, підібрати адекватні методи лікування.

Основні завдання роботи:

- 1) проаналізувати основні аспекти появи ожиріння;
- 2) розглянути основні аспекти профілактики та психокорекції харчової поведінки людей із ожирінням.

Харчова поведінка людини оцінюється як гармонічна (адекватна) або девіантна в залежності від безлічі параметрів, зокрема, від місця, займаного процесом прийому їжі в ієрархії цінностей індивіда, від кількісних і якісних показників харчування, від естетики. Істотний вплив етнокультурних факторів на вироблення стереотипів харчової поведінки, особливо в період стресу. Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне відношення до їжі і її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах і в ситуації стресу, орієнтація на образ власного тіла і діяльність по його формуванню.

Мета профілактики ожиріння – попередити розвиток ожиріння в осіб з нормальною та надмірною масою тіла, знизити ризик або запобігти розвиткові тяжких супутніх захворювань.

Мета лікування:

- помірне зменшення маси тіла з обов'язковим зменшенням факторів ризику чи покращанням перебігу супутніх захворювань;
- стабілізація ваги;
- адекватний контроль асоційованих порушень;
- поліпшення якості і збільшення тривалості життя хворих.

Для успішного виконання програми зі зниження і підтримування досягнутої маси тіла необхідна наявність:

- кваліфікованих фахівців різного профілю;
- програми зі зниження маси тіла, що містить чіткі рекомендації з харчування, фізичної активності і тривалої зміни способу життя хворих;
- методики розрахунку добової калорійності їжі та складання індивідуального харчового раціону;

Головною особливістю лікування ожиріння як хронічного захворювання є тривала терапія, яку необхідно здійснювати в атмосфері взаєморозуміння і довіри лікаря й пацієнта.

Для досягнення позитивного ефекту лікування ожиріння пацієнт насамперед повинен усвідомити особливості свого захворювання і навчитися самостійно контролювати масу тіла. Як і коли хворий звернеться до лікаря за допомогою, залежить від багатьох як зовнішніх, так і внутрішніх факторів. Згідно з теорією самопізнання Prochaska і Di Clemente зміна поведінки являє собою процес із 5 етапів:

1. Стадія байдужості: хворого не хвилює проблема власного здоров'я, і він реально не оцінює ситуацію.

2. Стадія розмірковування: на цій стадії відбувається оцінка можливих наслідків зміни поведінки.

3. Стадія підготовки: пацієнт приймає рішення для певних дій.

При переході від стадії підготовки до стадії дії на перший план виходить роль лікаря. Успіх лікування багато в чому залежить саме від того, як поведе себе в цій ситуації лікар, чи знайде він контакт із хворим.

4. Стадія дії: пацієнт втягнутий до процесу зміни свого способу життя, модифікації поведінки.

5. Фінальна стадія – підтримання – є успішною лише в тому разі, якщо хворий впевнений у своїх діях і реально оцінює досягнуті результати.

Процес лікування фактично розпочинається на стадії підготовки, коли пацієнт складає план дій.

Формування і закріплення мотивації на тривале лікування насамперед необхідні для максимального попередження рецидивів.

Велике значення при цьому має вплив зовнішніх мотивацій. На кожному етапі лікування вони мають різний характер і повинні бути підібрані і контролюватися лікарем відповідно до індивідуальних характеристик пацієнта.

Важливо, щоб лікування ожиріння відбувалося в атмосфері інтерактивності, тому медичний персонал, що бере участь у лікуванні пацієнта, повинен бути мотивований і у ставленні до нього як до особистості, і у відношенні лікування до самого захворювання.

Висновки

В нашому дослідженні проводили теоретичний аналіз психологічних аспектів людей із ожирінням.

Провівши аналіз літературних джерел, ми пройшли до висновку, що проблема ожиріння не лише фізіологічна, а і психологічна. Тому під час проведення лікування, потрібно проводити психокорекційну роботу їх особистості.

Summary: Conducting the analysis of literary sources, that problem of obesity not only physiology but also psychological, during the leadthrough of treatment, it is needed to conduct well work of their personality.

**КОРОТКОЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ
СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ, ДО ЯКИХ
ЗАСТОСОВАНІ ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ
МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ**

**SHORT-TERM PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS
IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS, TO
WHICH THE COMPULSORY MEDICAL MEASURES
ARE USED**

*V.I. Мельник, О.О. Суховій, К.В. Бойчук, І.К.
Ільїна, О.М. Мусаелян, Р.В. Крокос /
V.Melnik, O.Suhoviy, K.Boichuk, I.Ill'ina,
O.Musaelian, R.Krokos*

*Науковий керівник – д.мед.н. В.І. Мельник
Український НДІ соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ*

*Відділ судово-психіатричної профілактики та
амбулаторних судово-психіатричних експертиз
(зав. відділу – д.мед.н. В.І. Мельник)*

Стосовно примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ), що застосовуються до хворих на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), можна відзначити превалювання психофармакотерапевтичних та загальнотерапевтичних методів лікування цих хворих над психотерапевтичними, незважаючи на достатню ефективність психотерапії ПТСР та доведеність необхідності її першочергового застосування під час стресових розладів. *Мета* дослідження – довести необхідність активного впровадження психотерапії хворих на ПТСР в умовах ПЗМХ.

Використання психотерапевтичних технік серед зазначеного контингенту хворих дозволить скоротити тривалість перебування в умовах психіатричного стаціонару при застосуванні ПЗМХ, підвищить реабілітаційні можливості лікування, сприятиме профілактиці рецидивів та ускладнень, запобігатиме хронізації патологічного процесу.

Обираючи можливі для використання в умовах застосування ПЗМХ методи психотерапії, необхідно враховувати державний примус застосування ПЗМХ до даних осіб та передування самого факту скоєної суспільно небезпечної дії (СНД), що ускладнює досягнення психотерапевтичного альянсу з хворим та гальмує реалізацію плідної співпраці, у разі використання гуманістичних екзистен-

ціальних психотерапевтичних методів. В умовах застосування ПЗМХ повинні використовуватись більш директивні короточасні психотерапевтичні методи (наприклад, когнітивно-поведінкова психотерапія), спрямовані на корекцію поведінки та емоційного реагування, спростування хибних стереотипів, адаптацію до наслідків скоєної СНД, а також до стресогенного перебування в умовах ПЗМХ. Об'єктом психотерапевтичної взаємодії має бути не лише специфічне порушення, викликане психотравмуючою подією, але й предиспонуєчі фактори, ко-фактори та, власне, особистість. Потрібно заохочувати пацієнта до експериментів зі своїми переконаннями, думками, новими видами поведінки, постійно перевіряти їх правильність та здійснювати корекцію.

Отже, незважаючи на деяку складність реалізації психотерапевтичної допомоги хворим з ПТСР в умовах застосування ПЗМХ, суспільна користь від широкого впровадження психотерапії є безсумнівною та вимагає активних дій для її реалізації.

**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ
ЧИННИКІВ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТА
НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ
ТЕРАПІЇ**

**IMPACT OF PATIENT'S PERSONALITY
PSYCHOLOGICAL FACTORS AT THE ADHERENCE
TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY**

Л.Є. Трачук / L. Tkachuk

*Наукові керівники: професор С.Д. Максименко,
професор К.М. Амосова*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

(зав. каф. – професор С.Д. Максименко)

Актуальність. За статистичними даними прихильність до антигіпертензивного лікування багато в чому визначає прогноз артеріальної гіпертензії, яка на сьогодні характеризується широкою поширеністю і високою смертністю.

Всесвітня організація охорони здоров'я відносить низьку прихильність до лікування до найважливіших причин розвитку ускладнень артеріальної гіпертензії та відзначає, що 50-70% хворих не приймають призначених антигіпертензивних препаратів.

Одним з важливих аспектів дослідження прихильності до гіпотензивної терапії є визначення психологічних чинників особистості пацієнта, що визначають досягнення ним оптимального рівня дотримання медичних рекомендацій.

Мета: визначення психологічних чинників особистості пацієнта, які впливають на прихильність до антигіпертензивної терапії.

Завдання: дослідження взаємозв'язку соціально-психологічних та індивідуально-психологічних характеристик пацієнтів і прихильності до гіпотензивної терапії.

Методи: теоретичний аналіз сучасного стану досліджуваної проблеми, тестова методика визначення тривожності Спілбергера-Ханіна, Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI), 8-пунктова шкала прихильності до лікування за Morisky (MMAS), опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю».

Висновки.

Пацієнт дотримується рекомендацій лікаря лише при чіткому свідомому розумінні та прийнятті факту захворювання та його наслідків для здоров'я, користі терапії. Домінуючі риси особистості визначають внутрішню картину хвороби та установку на лікування.

Summary: Hypertension is an asymptomatic disease needing lifelong lifestyle modifications and drug therapy. Despite the development of many effective antihypertensive drugs, target blood pressures are reached in only a minority of patients with hypertension in clinical practice. Excellent adherence to drug therapy is necessary to achieve strict blood pressure control. Psychological and behavioral characteristics of the patient are important determinants of adherence.

холамінів. Надмірна активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи призводить до зменшення активності мозкового нейротрофічного фактору та синтезу соматотропного гормону з наступним розвитком дисліпідемії. У пацієнтів з депресією виявлено високий рівень факторів активації тромбоцитів та посилення активності факторів згортання крові.

Вищесказані патофізіологічні процеси лежать в основі атерогенезу, тромбоутворення, підвищення рівня артеріального тиску і частоти серцевих скорочень та призводять до розвитку серцево-судинних захворювань.

Висновки. Роль депресії у розвитку ІХС обумовлена гіперпродукцією та дисбалансом циркулюючих і тканинних нейрогормональних систем. Своєчасна діагностика та корекція депресивних розладів із застосуванням спеціальних психотерапевтичних методик та психофармакологічних засобів дозволить підвищити ефективність лікування ІХС та знизити летальність при даній патології.

Summary: This report concerns the modern representation about the depression and ischemic heart disease connection. The relation of these diseases is based on the complicated pathogenetic mechanism.

ДЕПРЕСІЯ ЯК ОДИН З ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

DEPRESSION AS ONE OF THE ISCHEMIC HEART DISEASE PATHOGENETIC FACTORS

Л.Є. Трачук / L. Tkachuk

*Науковий керівник: д.п.н. Максименко С.Д.,
к.м.н. Береза Н.В.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки
(зав. каф. – професор Максименко С.Д.)*

Актуальність. Поширеність депресії в загальній популяції становить 3-6%, а серед пацієнтів терапевтичного профілю типові форми депресій діагностують у 12-25% випадків. За даними літератури, у хворих на депресію ризик виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС) та інфаркту міокарда майже вдвічі вищий, ніж в осіб без депресивних розладів.

Мета: дослідження ролі депресії в розвитку ІХС.

Завдання: провести огляд літератури з даної тематики та визначити основні механізми патогенетичного взаємозв'язку між депресією та ІХС.

Методи: аналіз літературних даних.

Стрес, пов'язаний з розвитком депресії, супроводжується підвищенням синтезом глюкокортикоїдів та кате-

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТРЕСС И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ORGANIZATIONAL STRESS AND PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL PERSONNEL THAT WORKING IN PSYCHIATRIC AND GENERAL PROFILE HOSPITALS

Г.А. Фоменко

*Научный руководитель к.м.н. И.В.Илиади
Крымский государственный медицинский
университет им.С.И.Георгиевского
Кафедра психиатрии факультета
последипломного образования
(зав.каф. д.м.н. В.А.Вербенко)*

Ключевые слова: организационный стресс, профессиональное выгорание, работники психиатрической больницы, работники многопрофильной больницы

Организационный стресс – психическое напряжение, связанное с преодолением несовершенства условий труда, с высокими нагрузками при выполнении профессиональных обязанностей на рабочем месте в конкретной организационной структуре. Это определение соответствует современным условиям работы в больнице.

В марте-апреле 2011 года проводилось исследование в виде добровольного, анонимного анкетирования медицинских работников психиатрического и терапевтического стационара г. Севастополя. В исследовании приняли

участие 17 врачей и 33 медсестры в возрасте от 20 до 60 лет, со стажем работы от 1 до 35 лет. Цель состояла в изучении уровня организационного стресса у медицинских работников (врачей, медсестер) и его взаимосвязи с профессиональным выгоранием, выявлении потребности в проведении профилактических мер, развивающих стрессоустойчивость и препятствующих выгоранию. Анкеты состояли из 2-х психодиагностических опросников: «Профессиональное выгорание» по трехкомпонентной модели К.Маслач и С.Джексона, вариант для медработников по Водопьяновой и «Шкала организационного стресса Маклина».

В результате исследования подтвердилось, что чем больший уровень стресса испытывают медицинские работники, тем выше степень их профессионального выгорания, при этом решающим компонентом выгорания является эмоциональное истощение. Большинство исследуемых (62%) имеет среднюю степень выгорания. В целом для сотрудников как психиатрического, так и терапевтического стационара характерно значимое преобладание среднего и высокого уровня выгорания по сравнению с низким. Эмоциональное истощение имело наиболее высокое проявление у специалистов психиатрического профиля с трудовым стажем более 10 лет. Для врачей и медсестер терапевтического профиля со стажем менее 10 лет проявление деперсонализации оказалось значимо более высоким. У сотрудников психиатрического стационара ключевым симптомом выгорания является эмоциональное истощение, а у специалистов терапевтического профиля – деперсонализация. Именно на эти характеристики должна быть направлена коррекционная и психопрофилактическая деятельность.

Большинство опрошенных (76%) заинтересовались результатами и практическим значением исследования, им будет предложено принять участие в занятиях по преодолению выгорания.

definition is consistent with modern working conditions at the hospital. The study was conducted as a voluntary, anonymous survey of health workers of the psychiatric and the general profile Sevastopol hospitals in March-April 2011. The study involved 17 doctors and 33 nurses aged 20 to 60 years, with working experience from 1 to 35 years. The aim was to examine the level of organizational stress among medical professionals (doctors, nurses) and its relationship to professional burnout, identifying needs for preventive developmental stress and burnout. The questionnaire consisted of 2 psychodiagnostic questionnaires: «Professional burnout» on the three-component model C. Maslach and S. Jackson, an option for health care workers on Vodop'ianova and «Scale of organizational stress McLean».

The study confirmed that the greater the level of stress feel medical workers, the higher the degree of burnout, while critical component of burnout is emotional exhaustion. Most subjects (62%) has an average degree of burnout. In general, for employees as psychiatric and therapeutic clinics significant characteristic is predominance of medium and high levels of burnout compared to low. Emotional exhaustion was the highest manifestation of burnout of psychiatric professionals with working experience of more than 10 years. For doctors and nurses with experience of the therapeutic profile of less than 10 years, a manifestation of depersonalization was significantly higher. For the employees of a psychiatric hospital core symptoms of burnout is emotional exhaustion, and for professional therapeutic profile – depersonalization. It is on these characteristics should be directed corrective and preventive action.

Most respondents (76%) are interested in the results and in the practical value of research, they will be invited to take part in sessions to overcome burnout.

ORGANIZATIONAL STRESS AND PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL PERSONNEL THAT WORKING IN PSYCHIATRIC AND GENERAL PROFILE HOSPITALS

G.A. Fomenko

Head Ph.D. I.V.Iliadi

Crimea State Medical University named after S.I. Georgievskii

Department of Psychiatry, Faculty of Postgraduate Education (Head of Department MD V.A. Verbenko)

Keywords: organizational stress, professional burnout, psychiatric hospital staff, general profile hospital staff

Organizational stress – mental stress associated with overcoming the imperfections of working conditions, with high loads in the performance of professional duties in the workplace in a particular organizational structure. This

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ СТРЕС І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНОГО ТА ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОЇ СТАЦІОНАРУ

Г. А. Фоменко

Науковий керівник к.м.н. І.В.Іліаді

Кримський державний медичний університет ім.С.І.Георгієвського

Кафедра психіатрії факультету післядипломної освіти

(зав.каф. д.м.н. В. А. Вербенко)

Ключові слова: організаційний стрес, професійне вигорання, працівники психіатричної лікарні, працівники багатопрофільної лікарні

Організаційний стрес – психічне напруження, пов'язане з подоланням недосконалості умов праці, з високими навантаженнями при виконанні професійних обов'язків на робочому місці в конкретній організаційній структурі.

Це визначення відповідає сучасним умовам роботи в лікарні.

У березні-квітні 2011 року проводилося дослідження у вигляді добровільного, анонімного анкетування медичних працівників психіатричного та терапевтичного стаціонару м. Севастополя. У дослідженні взяли участь 17 лікарів і 33 медсестри у віці від 20 до 60 років, зі стажем роботи від 1 до 35 років. Мета полягала у вивченні рівня організаційного стресу у медичних працівників (лікарів, медсестер) і його взаємозв'язку з професійним вигоранням, виявленні потреби у проведенні профілактичних заходів, що розвивають стресостійкість та перешкоджають вигоранню. Анкети склалися з 2-х психодіагностичних опитувальників: «Професійне вигорання» за трикомпонентної моделі К. Маслач і С. Джексона, варіант для медпрацівників за Водоп'яновою та «Шкала організаційного стресу Макліна».

У результаті дослідження підтвердилося, що чим більший рівень стресу мають медичні працівники, тим вище ступінь їх професійного вигорання, при цьому вирішальним компонентом вигорання є емоційне виснаження. Більшість досліджуваних (62%) має середній ступінь вигорання. У цілому для співробітників як психіатричного, так і терапевтичного стаціонару характерно значуще переважає середнього і високого рівня вигорання в порівнянні з низьким. Емоційне виснаження мало найбільш високий прояв у фахівців психіатричного профілю з трудовим стажем понад 10 років. Для лікарів та медсестер терапевтичного профілю зі стажем менше 10 років прояв деперсоналізації виявився значимо більш високим. У співробітників психіатричного стаціонару ключовим симптомом вигорання є емоційне виснаження, а у фахівців терапевтичного профілю – деперсоналізація. Саме на ці характеристики повинна бути спрямована корекційна та психопрофілактична діяльність.

Більшість опитуваних (76%) зацікавилися результатами і практичним значенням дослідження, їм буде запропоновано взяти участь у заняттях з подолання вигорання.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

PERSONAL FEATURES OF PSYCHOSOMATIC PATIENT

*А.А. Хаустович, А.А. Кравцевич /
А.А. Haustovich, А.А. Krautsevich*

*Научный руководитель – д.м.н.,
профессор Е.Г. Королева*

*Гродненский государственный медицинский
университет*

*Кафедра медицинской психологии
и психотерапии
(к.м.н., доцент М.А. Ассанович)
г. Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения от 38 до 42% пациентов, посещающих соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. В Республике Беларусь заболеваемость населения соматоформными расстройствами увеличивается с каждым годом.

Цель исследования: установить личностные особенности психосоматического больного для дальнейшего формирования целенаправленного лечения и профилактики.

Задачи исследования:

Определение клинико-психологических особенностей личности.

Выработка возможных направлений профилактики.

Материалы исследования:

Проведено обследование 25 пациентов, поступивших в психосоматическое отделение городской клинической больницы № 3 г. Гродно с октября 2010 года по март 2011 года с диагнозом F 45 (соматоформное расстройство). Контрольную группу составили 25 не пациентов.

Методы исследования:

Интервьюирование пациентов.

Опросник 16-PF Кеттелла.

Результаты исследования: В опытной и контрольной группе получены результаты соответственно: фактор А – отзывчивость (32%;0%), фактор В – высокий вербальный интеллект (46%;12%), фактор С – эмоциональная неустойчивость (32%;12%), фактор Е – подчиненность (18%;0), доминантность (0%,30%), фактор Н – робость (41%;12%), фактор М – практичность (55%;22%).

Выводы. Исследование позволило дать портрет психосоматического больного. Это личность с высоким интеллектом эмоционально неустойчивая, но сдержанная в выражении чувств. Практичная, неспособная к фантазированию, застенчивая, неуверенная в себе, покорная личность. Испытывает трудности в общении, но стремится к вступлению в социальные контакты. Направления профилактики и терапии: участие в группах личностного роста (приобретение навыков коммуникации).

Summary. In the Republic of Belarus morbidity of somatoform disorders increases with every year. Psychosomatic patient is a person, with a high level of intelligence,

emotionally unstable, but restrained in the expression of feelings, practical, diffident, and submissive personality. Experiencing difficulties in communication, but wants to be in social contacts. Directions of prophylaxis and treatment: participation in groups of personal growth.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПОЧУТТЯ ГУМОРУ ЯК РЕСУРСУ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ

DISTINCTIVE FEATURES OF USING THE SENSE OF HUMOR AS A RESOURCE OF OVERCOMING OF STRESS

Яцушко А.М. / Iatsushko A.

*Науковий керівник: доц., к.п.н. Н.А. Тертична
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки
(зав. каф. – проф., д.п.н. С.Д. Максименко)*

Зростаючі темпи сучасного життя значно збільшують кількість потенційних стресорів, небезпечних для психологічного здоров'я людини. У цьому світлі виправданим є інтерес до вивчення механізмів подолання проблемних ситуацій та розкриття особистісних характеристик, що зумовлюють вибір людиною тих чи інших стратегій подолання стресу.

Мета дослідження – теоретичне обґрунтування та емпірична перевірка взаємозв'язку між феноменом психологічного подолання, психологічного захисту та почуттям гумору; з'ясування індивідуальних властивостей та стильових характеристик почуття гумору осіб, які по-різному усвідомлюють його стресозахисний потенціал.

У відповідності з метою дослідження були поставлені **завдання**:

1. Теоретично обґрунтувати зв'язок між психологічним подоланням, психологічним захистом та почуттям гумору.

2. Здійснити емпіричну перевірку особливостей зв'язку почуття гумору з психологічним подоланням та психологічним захистом.

3. Встановити особистісні властивості та стильові ознаки почуття гумору суб'єктів, які по-різному оцінюють стресозахисну роль гумору.

В ході дослідження використовувались наступні **методи**: теоретичні, емпіричні, методи математичної обробки даних. Психодіагностичний комплекс склали: тест-опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій»; копінг-тест Р.Лазаруса; опитувальник Плутчика; шкала використання гумору як ресурсу стресоподолання; опитувальник стилів гумору; методика на визначення рівня стресостійкості; опитувальник Р.Кеттелла.

На основі результатів дослідження сформульовано загальні **висновки**:

1. Почуття гумору як багатовимірний психологічний конструкт характеризується стресозахисним потенціалом.

2. Реакція на зовнішні обставини, опосередкована зверненням до почуття гумору, може виявлятися у двох видах: психологічному захисті або психологічному подоланні.

3. Усвідомлення ролі почуття гумору як ресурсу психологічного подолання є свідченням у цілому більш успішного функціонування людини як суб'єкта життєдіяльності, більш повного прийняття та розуміння себе, своїх прагнень і спонукань.

Summary. This article is described two major ways of using the sense of humor were distinguished – as a mechanism of psychological defense and a coping behavior resource. The analysis of personality characteristics of the latter showed the constructive nature of the coping behavior in comparison with psychological defense.

УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ

В “УКРАЇНСЬКОМУ НАУКОВО-МЕДИЧНОМУ МОЛОДІЖНОМУ ЖУРНАЛІ”

1. Статті публікуються українською, англійською та російською мовами.
2. Вік автора, прізвище якого стоїть першим, не повинен перевищувати 35 років.
3. Авторський оригінал складається з двох примірників, надрукованих на білому папері формату А4 на одному боці аркуша, та електронної версії матеріалу на дискеті 3,5 дюйма або компакт-диску, набраних в редакторі Word for Windows (будь-якої версії) гарнітурою “Times New Roman”, 12 пунктів, без табуляторів, через півтора інтервали, з полями з усіх боків по 20 мм. У тексті та заголовках не має бути слів, набраних великими літерами. Для надійності збереження матеріалу просимо подавати дві копії матеріалів на одному електронному носії. Дискету або компакт-диск пересилати в твердому конверті.
4. Структура основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей. Обсяг не повинен перевищувати: статті – до 9 с.; огляду, проблемної статті – до 12 с.; короткої інформації – до 3 с. **Увага!** Питання про публікацію в журналі великої за обсягом інформації вирішується індивідуально, якщо, на думку редколегії, вона становить особливий інтерес для читачів.
5. Статті, що містять результати експериментальних досліджень, у тому числі дисертаційних, складаються з таких розділів: “Вступ”, “Мета роботи”, “Матеріали і методи”, “Результати та обговорення”, “Висновки”. Ці публікації мають включати такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується зазначена стаття; формулювання цілей статті; виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку (Постанова Президії ВАК України від 15.01.2003 р. “Про підвищення вимог до фахових виань, внесених до переліків ВАК України”).
6. Резюме має доповнювати мову тексту статті (наприклад, якщо стаття написана українською мовою, то резюме має бути російською та англійською мовами), переклад має бути якісний і точний.
7. На 1-й сторінці тексту зазначають: 1) індекс УДК та назву статті; 2) прізвища та ініціали авторів; 3) установу, де працюють автори, місто, країну (для іноземців); 4) ключові слова – 5 – 10 слів чи словосполучень, що розкривають зміст статті.
8. На останній сторінці тексту вміщують: 1) власноручні підписи всіх авторів; 2) печатку та підпис відповідальної особи установи, від якої подається матеріал; 3) прізвище, ім'я та по батькові, поштову адресу, номери телефонів (службовий та домашній) автора, з яким редакція має спілкуватися.
9. Таблиці мають бути виконані гарнітурою “Times New Roman”, 10 пунктів, без службових символів усередині. Публікації, що містять таблиці, виконані за допомогою табулятора, розглядатися не будуть. Назви препаратів слід подавати з малої літери.
10. Усі величини наводяться в одиницях СІ.
11. Список літератури оформляється на окремих сторінках. Джерела подаються в алфавітному порядку (іноземні – окремо) або за порядком цитування у тексті. Їх загальна кількість не повинна перевищувати 50, при цьому 50% з них мають бути менш ніж п'ятирічної давності. Посилання в тексті зазначаються цифрами в квадратних дужках (наприклад: [7]). Порядок оформлення має відповідати ДСТУ 7.1:2006 “Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання”. З метою дотримання вимог міжнародних реферативних баз (лист SCOPUS від 28 лютого 2011 р.) джерела, набрані кирилицею, дублюються транслітерацією у латиницю (у порядку, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 2010 р. N 55 “Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею” та ГОСТ 7.79-2000 (ISO 9-95) “Правила транслітерації кириллового письма латинським алфавітом”).
12. Стаття повинна супроводжуватися рецензією фахівця відповідного профілю, як правило, доктора наук та направленням до друку, завіреними печаткою установи, в якій виконано роботу.
13. Автори несуть відповідальність за наукове та літературне редагування поданого матеріалу, цитат та посилань, але редакція залишає за собою право на власне редагування статті чи відмову авторові в публікації, якщо поданий матеріал не відповідає за формою або змістом згаданим вище вимогам.
14. Матеріали, що не відповідають наведеним стандартам публікацій у журналі, редакцією не розглядатимуться та не повертатимуться.
15. Дискети, рукописи, малюнки, фотографії та інші матеріали, надіслані в редакцію, не повертаються.