

спостерігається тенденція до зниження актуальності у значущості певних чинників, як гарантів відчуття захищеності. Так, категорія "природне середовище, екологія" та "відчуття підтримки" і "довіра до оточуючих" у студентів від 40 до 50 років перестає бути захисними чинниками. Категорія "церков, бог", як захисний чинник у двох вікових групах, що аналізуються студентами не розглядається зовсім. Дані результати можна пояснити тим, що у студентів, представників вікових груп, що розглядаються, перелічені категорії вже не несуть захисних функцій. Життєвий, професійний, громадянський досвід, певні соціальні, фінансові, правові досягнення допомагають людині переоцінити і усвідомити, що дійсно може виступати гарантом, опорою, захистом для них сьогодні, а також вони самі для своєї сім'ї і дітей стають такими гарантами захисту.

Таким чином, підводячи підсумки за одержаними результатами, можна сказати, що психологічна захищеність представляє собою відносно стійкий особистісний конструкт, який суб'єктивно надає можливість усвідомлювати власну автономію, забезпеченість власних потреб та смислів у будь-якій, навіть у несприятливій ситуації, при виникненні обставин, які можуть

блокувати або утруднювати їхню реалізацію.

Емпірично встановлена сукупність чинників, що забезпечують особистості відчуття психологічної захищеності, вона включає як соціально обумовлені середовищні так і суто психологічні характеристики. Найбільш впливовими на відчуття психологічної захищеності студентів серед середовищних чинників є: "соціально-родинний" та "політично-правовий і суспільний". Серед психологічних чинників самими впливовими для студентів є: "упевненість у собі, свої сили й можливості", "відчуття підтримки від інших" (фасилітація), "психологічного благополуччя", "наявність оптимізму, віри у майбутнє".

Встановлено, що на протязі ранньої дорослості (від 2 до 5 курсу), як середовищні, так і психологічні чинники мають тенденцію до зміцнення, з кожним курсом у студентів певний чинник виконує захисну функцію, стає гарантом безпеки. Однак, на протязі середньої і старшої дорослості (студенти віком від 30-39 в 40-50 років) спостерігається тенденція до зниження актуальності у значущості певних середовищних і психологічних чинників, як гарантів захищеності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баева И.А. Психологическая безопасность в образовании / И.А. Баева. – СПб., 2002. – 271 с.

2. Тацій В.М. Психологічна захищеність як стійка властивість особистості / Марина Анатоліївна Крюкова // Актуальні проблеми сучасної психології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції молодих учених та студентів 26 квітня 2012 року.

– Одеса: СМІЛ, 2012. – С. 43-46.

3. Тацій В.М. Проблема дослідження психологічної захищеності особистості / Вікторія Миколаївна Тацій // Тези доповідей Міжнародної науково-практичної конференції: Харківська школа психології: спадщина і сучасна наука (19-20 жовтня 2012 року). – Харків: ХНПУ, 2012. – С – 247-249.

Подано до редакції 11.03.13

УДК 616.89:159.9:615.851

Р. П. Шевченко

ЛИЧНОСТНО ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И СОТРУДНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ

В статье освещены особенности организации личностно ориентированного подхода в рамках группового психологического тренинга в клинике невротических и психосоматических расстройств, преимущества использования личностно ориентированного подхода в работе с больными выделенной клинической группы среди военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины.

Ключевые слова: личностно ориентированный подход, невроз, психосоматическое расстройство, психологический тренинг, психотравма, стрессор, психосоциальная дезадаптация.

Актуальность темы. Современные подходы в работе с больными невротическими и психосоматическими больными требуют от специалистов широкого понимания специфики возникновения и развития расстройств выделенной клиники. Это необходимость учета антропометрических, социально-экономических, культурных, личностных характеристик личности больного для раз-

работки целенаправленного, личностно ориентированного подхода в каждом конкретном случае.

Одно из основных положений "патогенетическая концепция психотерапии" - понимание личности больного в совокупности его отношений: с окружающей действительностью, социальной средой и своим внутренним миром и т.д.

В. Н. Мясищев, говоря о природе личности, рассмотрел ее как "высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека", обратил внимание на необходимость разграничения понятий "условия личности" и "саму личность", подчеркнул, что "в материалистическом понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности" [11]. Одной из главных характеристик личности автор определил систему ее отношений, в нее были включены отношения с людьми, обусловленные социально-историческими, социальными и др. условиями. Сформировавшиеся отношения проявляются в действиях и переживаниях субъекта, характеризуют степень его интереса, силу эмоций, желаний, потребностей, что определяет движущие силы личности.

Необходимо отметить, что в структуре отношений человека к окружающему миру и самому себе особенно важным является самосознание. Исследователи (Ананьев Б.Г., М. М. Кабанов, А. Е. Личко, Б. Ф. Ломов и др.) отметили, что отношение к себе, выступая одним из компонентов самосознания, завершает становление системы отношений личности, выступает наиболее поздним структурным элементом, зависимым от более ранних личностных образований [1, 2, 4, 5]. Рассматривая самосознание в системе понятий самопонимание, самооценка, саморегуляция авторы отметили, что в процессе формирования личности наступает психологическая зрелость, когда выделенные черты трансформируются в структурные элементы характера, оставаясь при этом системой отношений.

Ряд исследователей [7, 8, 10] отметили, что военная служба является сильнейшим стрессовым фактором: она изменяет привычный жизненный уклад, формирует необходимость соблюдения строгого распорядка дня, постоянного пребывания в большом мужском коллективе, уставной формы взаимоотношений в нем, значительные психофизические нагрузки, а, в некоторых случаях, неуставные взаимоотношения и др. факторы. В этой связи, отмечают указанные исследователи, перестройке подвергается система отношения субъекта к себе. В силу нарушенной адаптации происходят изменения в самооценке личности. Психология отношений, таким образом, выступает как важный фактор формирования личности, системы ее отношений. Особенности личности, развившейся нормальным или аномальным образом, выступают базой формирования психогенетически обусловленных болезней. Описанный механизм определяет в значительной степени развитие соматического отклонения, особенности его клинических проявлений, что в свою очередь должно определять тактику лечебных мероприятий, а так же специфику предупреждения заболевания.

Цель исследования – разработать систему требований личностно ориентированного подхода в клинике невротических и психосоматических расстройств среди военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины. Для реализации поставлен-

ной цели необходимо выполнение ряда задач. Во-первых, необходимо содержательно разработать требования личностно ориентированного подхода в клинике невротических и психосоматических расстройств; во-вторых, изучить эффективность использования разработанного личностно ориентированного подхода в системе группового психологического тренинга в выделенной клинике.

Методы исследования. Для разработки личностно ориентированного подхода в рамках группового психологического тренинга были использованы методы наблюдения, беседы, убеждения, внушения, разъяснения, а так же методика "Самочувствие – активность - настроение" для изучения изменений в психофизиологическом состоянии больных, принявших участие в исследовании [3].

Результаты исследования. Реализуя первую задачу – содержательно разработать требования личностно ориентированного подхода – мы определили последовательность, следуя которой лечащий персонал, занимающийся больными невротическими и психосоматическими расстройствами, может лучше понять личностные особенности конкретного больного, а так же впоследствии наладить более эффективные личностно ориентированные взаимоотношения с каждым отдельным больным.

Наиболее важным, по нашему мнению, компонентом личностно ориентированного подхода является глубокое и всестороннее изучение когнитивной и эмоциональной сфер пациента, особенностей его мотивации, структуры и функционирования его системы отношений.

Для изучения общего эмоционально-физиологического состояния испытуемых была использована методика "Самочувствие – активность - настроение" [3]. В исследовании, организованном на базе 417 Одесского военного госпиталя, приняло участие 60 больных в возрасте от 18 до 60 лет, на данной базе были сформированы три возрастные подгруппы по 20 человек. В первую вошли больные в возрасте от 18 до 30 лет, во вторую от 31 года до 45 лет, в третью от 45 года до 60 лет.

Данные таблицы свидетельствуют о том, что больные первой возрастной группы наилучшим образом в сравнении с больными второй и третьей возрастных групп оценили свое самочувствие, активность и настроение.

Оценивая свое **самочувствие**, больные второй и третьей возрастных групп чаще, чем больные первой возрастной группы отмечали наличие у себя сниженного фона в настроении, ощущение слабости, пассивности. Отмечали, что чаще находятся в состоянии грусти, разбитости, сниженной работоспособности.

Оценивая собственный уровень **активности**, больные невротическими и психосоматическими расстройствами третьей возрастной группы чаще, чем больные первой и второй возрастной групп выделенной клинической категории отмечали наличие у себя желания бездельно проводить время, в отношении восприятия

жизни отмечали, что чувствуют себя мрачными, несчастными. Часто отмечали наличие у себя субъективного состояния напряженности, в отношении происходящего

в собственной жизни вели себя безучастно, равнодушно. Свое состояние оценивали как унылое, печальное, отмечали ощущение изнуренности.

Таблица 1

Взаимосвязь психофизиологического состояния и возраста больных в клинике невротических и психосоматических расстройств

№ п/п	Психофизические качества личности	Количество испытуемых (n), показавших негативные психофизиологические хар-ки					
		1 возр. гр.		2 возр. гр.		3 возр. гр.	
		n	%	n	%	n	%
1.	Самочувствие	15	75	11	55	10	50
2.	Активность	15	75	12	60	8	40
3.	Настроение	13	65	12	60	9	45

При изучении **настроения** исследованных больных невротическими и психосоматическими расстройствами, так же была обнаружена связь между возрастом больных и выявленными психофизиологическими характеристиками: с увеличением возраста прослеживался рост негативных оценок настроения исследованных. С увеличением возраста исследованные больные невротическими и психосоматическими расстройствами отмечали, что чаще ощущают необоснованное возбуждение, утомляющее и вызывающее постоянно присутствующее желание отдохнуть. Пессимистично оценивают перспективы собственного выздоровления. Отмечали, что в связи с заболеванием стало тяжелее принимать какие-либо решения, своевременно оценивать обстановку, сообразить, что предпринять, как среагировать по тому или иному поводу. Чаще отмечали наличие в своем состоянии рассеянности. Проявляли недовольство по незначительным поводам. Оценивая успешность лечения, говорили о состоянии разочарованности, негативно высказывались об изменениях в организации собственной жизни после выписки из больницы.

Следующим шагом процесса реализации личностно ориентированного подхода являлось выявление этиопатогенетических механизмов, послуживших базой формирования и развития соматического расстройства.

На следующем этапе личностно ориентированного

подхода системе групповых психологических тренингов мы работали над осознанием больными причинно-следственной связи между отношением к собственной жизни, профессиональной карьере, внутрисемейным отношениям и др. и развившимся заболеванием. Мы разъясняли больным, что закрепившееся отношение к жизненным обстоятельствам, не имеющим возможности рационального разрешения на сегодняшний день, работает как разрушительный механизм.

На очередном шаге личностно ориентированного подхода были организованы и проведены беседы, направленные на объективную оценку и разрешение обнаруженной в ходе работы психотравмирующей ситуации. Мы разъясняли больным необходимость изменения его отношения к собственным недостаткам, особенностям личности, окружающим людям и происходящим в жизни событиям и т.д.

Впоследствии в рамках организованного и проведенного группового психологического тренинга мы работали над коррекцией малоэффективных реакций и форм поведения больных, принявших участие в исследовании. Для реализации второй задачи - изучить эффективность использования разработанного личностно ориентированного подхода в системе группового психологического тренинга в выделенной клинике - было проведено вторичное исследование больных при помощи методики "Самочувствие – активность - настроение" (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность личностно ориентированного подхода в клинике невротических и психосоматических расстройств

№ п/п	Психофизические качества личности	Количество испытуемых (n), выявивших адаптационные процессы					
		1 возр. гр.		2 возр. гр.		3 возр. гр.	
		n	%	n	%	n	%
1.	Самочувствие	18	90	15	75	14	70
2.	Активность	18	90	16	80	12	60
3.	Настроение	16	80	15	75	13	65

Данные таблицы свидетельствуют о том, что больные первой возрастной группы наилучшим образом в сравнении с больными второй и третьей возрастных групп отреагировали на использование личностно ориентированного подхода в рамках организованного группового психологического тренинга.

Оценивая свое **самочувствие** после использования личностно ориентированного подхода больные пер-

вой возрастной группы чаще, чем больные второй и третьей возрастных групп отмечали повышение общего эмоционального фона, указывали, что стали более активными, подвижными. У них чаще возникало желание вернуться к прерванной вследствие болезни работе. Они отмечали желание вести более активный образ жизни.

Оценивая собственный уровень **активности** после использования нами личностно ориентированного под-

хода в рамках организованного группового психологического тренинга больные первой возрастной группы чаще, чем больные второй и третьей возрастных групп отмеченной клинической категории отмечали повышение жизненного тонуса, жизнерадостности. Начинали проявлять интерес к происходящему вокруг, общему ходу лечения. Оценивая свое состояние, чаще отмечали, что чувствуют себя более отдохнувшими, свежими.

Оценивая собственное **настроение**, исследованные больные невротическими и психосоматическими расстройствами первой возрастной группы после использования личностно ориентированного подхода чаще, чем больные второй и третьей возрастных групп выделенной клинической группы позитивно оценивали собственное настроение, проявляли оптимистичность в прогнозе возможностей возврата к прежней жизни. Проявляли более высокий уровень выносливости, легче справлялись с изменениями, произошедшими в их жизни в связи с заболеванием. Отмечали, что легче стали принимать решения, уменьшилась потребность в длительных бесплодных размышлениях.

Выводы. В заключении необходимо отметить положительный эффект, выявленный нами в результате использования нами разработанного личностно ориентированного подхода в рамках группового психологического тренинга в работе с больными невротическими и психосоматическими расстройствами среди военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о положительных изменениях в психофизиологическом

состоянии исследованных больных, наступивших в результате использования разработанного подхода: исследованные указали на то, что стали более активными, подвижными, отмечали желание вести более активный образ жизни, оценивая свое состояние, отметили, что чувствуют себя более отдохнувшими, свежими, проявили более высокий уровень выносливости, легче справлялись с изменениями, произошедшими в их жизни в связи с заболеванием.

Необходимо отметить тот факт, что, разрабатывая методы личностно ориентированного подхода в каждом конкретном клиническом случае, необходим учет всех факторов, послуживших причиной формирования и развития расстройства. Проведенное исследование нуждается в дальнейшем поиске клинических, нейрофизиологических, социальных и др. характеристик больных, исходя из факта, что изменения, происходящие в пациенте, относятся к различным уровням интеграции и функционирования организма и определяются взаимодействием многих факторов различной природы.

Таким образом, дальнейшая разработка личностно ориентированного подхода в рамках группового психологического тренинга является важным компонентом медицинских мероприятий в клинике невротических и психосоматических расстройств, позволяющим более эффективно восстанавливать нарушенные внешние и внутренние отношения личности и перестройку ее путем воздействия на все основные компоненты отношения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьев Б. Г.* О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. – М., 1977.
2. *Банщиков В. М.* Медицинская психология / В. М. Банщиков. – М., 1967. – 240 с.
3. *Бурлачук Л. Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. – СПб., 1999.
4. *Емельянова Г.Ф., Васильева С.В.* Автоматизированный скрининг невротических расстройств при массовых профилактических обследованиях / Емельянова Г.Ф., Васильева С.В. // Сов. Здравоохранение. – 1990. – №2. – С. 54-56.
5. *Карвасарский В.Т., Простомолотов В.Ф.* Невротические расстройства внутренних органов Карвасарский В.Т., Простомолотов В.Ф. – М.: Медицина, 1988. – 166 с.
6. *Марута Н. А.* Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: [монография] / Н.А. Марута. – Х.: Арсис, 2000.
7. *Мельникова Е. А.* Профилактика психических расстройств у военнослужащих / Е. А. Мельникова, Ф. И. Василенко, Г. Ю. Гинько // Актуальные пробле-

мы клинической, социальной и военной психиатрии : всероссийская науч.-практич. конф. с международ. участием, 16–17 июня 2005 г. : материалы конференц. – СПб., 2005.

8. *Михайлик О. П.* Психотерапевтична корекція патології психосоматичного походження внаслідок порушення процесу адаптації до навчання у військових формуваннях / О. П. Михайлик // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 3 (19). – С. 26–29.

9. *Михайлов Б. В.* Социальная психиатрия, психотерапия и медицинская психология в Украине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк // Український медичний альманах – 2000. – Т. 3, № 2, (Додаток).

10. *Михайлов Б. В.* Розлади адаптації у курсантів Академії внутрішніх військ МВС України та їх психотерапевтична корекція / Б. В. Михайлов // Проблеми медичної науки та освіти. – 2010. – № 2. – С. 45–47.

11. *Мясищев В.Н.* На пути создания психологической теории личности. (К 100-летию со дня рождения А.Ф. Лазурского) / Мясищев В.Н., Журавель В.А. // Вопросы психологии. – 1974. – №2. – С. 32-42).

Подано до редакції 18.02.13