

УДК 159.923:614.23/.25

*Недурова Т. В.**Курский государственный медицинский университет  
(г. Курск, Россия)***ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В СТРЕССОГЕННЫХ УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

В современной психологии бесспорным является факт взаимного влияния личности и профессии. При этом наличие многочисленных научных трудов по данной тематике подтверждает актуальность и значимость этого направления работы.

Во всем многообразии исследовательских объектов профессия врача заслуживает особого внимания. Врачи, как и многие другие специалисты системы «человек — человек», относятся к группе риска развития профессиональных заболеваний. Психологическое поле изучения данного рода рисков достаточно велико и на современном этапе модернизации системы здравоохранения является одним из важнейших условий аттестации специалистов.

Решение поставленных задач открывает новые направления исследования личности врача в условиях сложной, стрессогенной, даже экстремальной деятельности. На первый план выступают вопросы сохранения и поддержания здоровья специалиста, обеспечения адекватного уровня функционирования личности врача.

Цель работы: изучение личности врача-психиатра в стрессогенных условиях профессиональной деятельности.

Стрессогенность условий труда врачей-психиатров подтверждается многочисленными исследованиями, а также данными о распространенности среди них различного рода психосоматических заболеваний и психологических нарушений.

Проанализировав существующие работы в данном направлении, изучив требования, предъявляемые к личности врача-психиатра комитетом экспертов Всемирной организации здравоохранения, мы выделили психологические особенности, которые рассматриваются в качестве критериев профессии врача-психиатра как профессии помогающего типа:

— контактность — общительность личности, ее способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими, общая предрасположенность к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, необходимая основа синергической установки личности;

— гибкость в общении — ориентация на личностное общение, соотносится с наличием или отсутствием социальных стереотипов, способностью к адекватному самовыражению в общении;

— социальность — это позитивное взаимодействие, сохранение благополучия людей, с которыми индивид находится в личных контактах (полезность, честность, справедливость, равенство), а также преобладание духовных интересов над материальными. Социальность характеризует личность через отношения ее индивидуальности с обществом.

На основании данных критериев мы группу врачей-психиатров разделили на две группы: врачи-психиатры с высокими значениями критериев помогающего типа и врачи-психиатры с низкими значениями данных критериев.

Изучив профессионально-личностные деформации (психическое выгорание и враждебность) в данных группах врачей, мы получили значимые различия по исследуемым деформациям ( $115 \pm 10$ ,  $93,9 \pm 15,5$ ;  $30,9 \pm 4,5$ ,  $15,6 \pm 5,9$ ). Группа врачей-психиатров с низкими значениями критериев помогающего типа имеет высокие значения выгорания и враждебности в отличие от врачей-психиатров с высокими значениями критериев профессий помогающего типа.

Полученные данные свидетельствуют о влиянии профессиональной деятельности на личность врачей-психиатров и значимости личностных особенностей («помогающих критериев») в сохранении ее целостности.

УДК 159.923:614.23/.25

*Никишина В. Б.**Курский государственный медицинский университет  
(г. Курск, Россия)***ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

В общепсихологическом смысле представления рассматриваются как субъективные образы объективно существующего, воссозданные памятью (представления памяти) или созданные

воображением (творческие образы), возникающие, когда нечто материальное, породившее эти образы, непосредственно не воздействует на органы чувств субъекта. Профессиональные представления медицинских работников характеризуются отражением специфических особенностей профессиональной деятельности в образах представлений (специфические термины, атрибуты, характеристики и т. д.).

В рамках нашего исследования профессиональные представления были соотнесены с категорией личностных конструктов Дж. Келли, согласно которой личностный конструкт определяется как устойчивый способ, которым человек осмысливает какие-то аспекты действительности в терминах схожести и контраста. Личностные конструкты образуют систему, характеризующуюся набором гипотез об изменяющемся окружающем мире, которые проверяются опытом.

Эмпирическое исследование проводилось в 2011—2012 гг. на базах медицинских учреждений г. Курска. Общий объем выборки составил 198 человек в возрасте от 25 до 54 лет, из них 100 врачей, имеющих высшее профессиональное образование и 98 медицинских сестер, имеющих среднеспециальное медицинское образование. Выборка уравнена по полу (равное количество мужчин и женщин).

Исследование осуществлялось с использованием следующих групп методов: организационные (метод поперечных срезов); психодиагностические (методика построения репертуарных решеток Дж. Келли); статистические (методы общей статистики, метод сравнительной статистики U-критерий Манна — Уитни). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0.

В результате исследования репертуарных решеток медицинских работников было выявлено преобладание сложных когнитивных схем у врачей и преобладание простых когнитивных схем у среднего медицинского персонала (медицинских сестер). Как известно, простые когнитивные схемы представляют собой систему, в которой неясны различия между конструктами, затруднено отличие себя от других, характеризуются неспособностью к прогнозированию поведения других и рассмотрением других по относительно небольшому числу категорий. Сложные когнитивные схемы содержат четко дифференцированные конструкты, характеризующиеся четким отличием себя от других, прогнозированием поведения других и рассмотрением других по широкому спектру категорий.

Содержательно профессиональные представления медицинских работников также существенно отличаются. Профессиональные представления врачей реализуются, преимущественно, в сфере профессиональной деятельности, в то время как у среднего медицинского персонала реализация профессиональных представлений охватывает сферу межличностных отношений в профессиональной деятельности.

УДК: 616.831:616.8-009.836:541.61

*Нікішкова І. М., Забродіна Л. П.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)***АРХІТЕКТОНІКА ТА ПАТЕРНИ НІЧНОГО СНУ У ХВОРИХ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

Аналіз фізіологічних показників сну у хворих на енцефалопатію різного генезу, який був проведений за допомогою полісомнографії, продемонстрував наявність серйозних змін архітекτονіки та патернів нічного сну. На ЕЕГ усіх пацієнтів спостерігалися нехарактерні для певних стадій сну патерни активності: розвиток десинхронізації з наростанням представленості β-активності та посиленням вираженості пароксизмальних проявів на стадії дрімоти замість низькочастотних коливань та появи низькоамплітудних θ-хвиль; виникнення у стадію поверхневого сну швидких рухів очей, а на стадії глибокого та швидкого сну — притаманних поверхневому сну «сонних веретен». Церебральний електрогенез під час сну хворих на енцефалопатію, незалежно від її генезу, відрізнявся від такого у здорових осіб значними змінами показників когерентності: різким зниженням внутрішньо- та міжпівкульної когерентності в усіх частотних діапазонах ЕЕГ, інертністю показників когерентності у діапазоні α-ритму при поглибленні стадій сну. Усім хворим також було притаманне зменшення кількості завершених циклів сну та своєрідна їх «деформація» у вигляді періодичних різких переключень церебральної активності

від глибоких стадій до більш поверхневих, що призводило до збільшення кількості сегментів та переходів від стадії до стадії, до зменшення тривалості  $\delta$ -сну та різкого скорочення фази парадоксального сну. Однак за обсягом зменшення кількості завершених циклів сну та ступенем вираженості їх «деформації» (кількість та розподіл сегментів за стадіями сну) хворі мали певні відмінності в залежності від генезу енцефалопатії.

В основі перелічених серйозних змін організації церебрального електрогенезу під час нічного сну хворих на енцефалопатію лежать нестабільність функціонування структур мозку, що забезпечують підтримку стадій сну, та порушення роботи інтегративних механізмів, відповідальних за перехід від стадії до стадії та за регуляції сну в цілому, що несприятливим чином відбивається на циклічності ритму сну — неспання. Виявлена наявність певної залежності між ступенем вираженості змін у структурі нічного сну та генезом енцефалопатії пов'язана з відмінностями як у механізмах впливу тригерів (гіпертензія, атеросклероз, інфекція, черепно-мозкова травма) енцефалопатії на фізіологічний стан та функціонування тих або інших структур мозку, так і на ступінь залученості цих структур до процесів регуляції сну.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

*Новиков А. С.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Березниковский филиал (г. Березники, Пермский край, Россия)*

#### **ИЗМЕРЕНИЕ ПЕРЕЖИВАЕМОЙ САМООЦЕНКИ (ИПС)**

Одним из центральных принципов доказательной медицины является принцип объективной оценки эффекта. Соблюдение этого принципа в клинике пограничной психиатрии, когда эффект терапевтического воздействия проявляется преимущественно в форме субъективных переживаемых (и не всегда осознаваемых) изменений, становится чрезвычайно сложной задачей. В частности измерение самооценки как одной из фундаментальных переменных, определяющих личностный статус, остаётся актуальной проблемой психодиагностики. Сегодня диагностический арсенал клинического психолога включает инструменты измерения самооценки двух основных классов: самоотчёты и проективные техники. Оба класса имеют «врождённые» неустойчивые пороки. Самоотчёты жёстко привязаны к определённому языковому и культурному образцу (образцу их составителя) и не всегда могут быть адекватны смысловому миру испытуемого. Кроме того, они, как правило, достаточно «прозрачны» и неминуемо вызывают существенные мотивационные искажения результата. Проективные техники, лишённые этих недостатков, имеют свои, не менее неприятные. Главный из них — принципиальная невалидируемость, существенная зависимость результата от профессионального опыта и личностных особенностей диагноста.

Перспективным, но до сей поры маловостребованным в практике, является класс диагностических инструментов, использующих психосемантические закономерности и реконструирующих индивидуальную смысловую структуру личностного мира испытуемого. Эти инструменты диагностики сочетают лучшие качества психометрических тестов (объективность, интерперсональность) с тонкостью и информативностью клинических методов. К этому классу принадлежит тест «ИПС».

Среди предшественников методики «Измерение переживаемой самооценки» (ИПС) можно назвать «Тест Лиу» (J. Liggett, 1959) и методику «Косвенное измерение системы самооценок» (КИСС) Е. О. Федотовой. Принципиальное отличие ИПС от предшественников заключается в полном отказе от использования механизмов проекции и замене на психосемантические приемы, что исключает теоретическую неопределенность интерпретации полученного результата.

В основу предлагаемого метода измерения самооценки положен следующий принцип: Заключение о переживаемой самооценке испытуемого по определённому конструкту выводится из того, насколько в его (испытуемого) описании себя он похож на людей, по его же мнению, обладающих и не обладающих этим качеством (или обладающих им в разной степени). Технологической основой является анализ матрицы оценочных суждений, заимствованный из метода репертуарных

решеток Дж. Келли. Формат тезисов не дает возможности подробного описания устройства диагностического инструмента, процедуры измерения и интерпретации результатов.

Результаты постэкспериментального интервью показали, что испытуемые в процессе заполнения методики не выявляли (не прочитывали) измеряемую переменную. Это дает право считать ИПС хорошо защищенной от фальсификации и пригодной для применения в ситуации экспертизы.

Будучи впервые описан в 1993 г., ИПС долгое время имел статус исследовательской методики, но после проверки психометрических свойств может претендовать и на статус пользовательской.

УДК 616.89-008.441.3

*М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, Т. М. Радченко, Л. Л. Пінський*  
*ДЗ «Луганський державний медичний університет»,*  
*Харківська академія післядипломної освіти*

#### **ПІДСУМКИ ПРОВЕДЕННЯ ДВОЕТАПНОГО ПСИХОКОРИГУЮЧОГО КУРСУ У ПІДЛІТКІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЇХ СПРОМОЖНОСТІ ЩОДО ПРИЙНЯТТЯ КОНСТРУКТИВНИХ РІШЕНЬ В СТРЕСОВІ СИТУАЦІЇ**

Метою дослідження була оцінка впливу запропонованої психокоригуючої методики на спроможність до прийняття конструктивних рішень в стресових ситуаціях у підлітків у віці 13—14 років різної статі.

Після річного спостереження в основній групі залишилося 119 підлітків (62 чоловіки та 57 дівчат) та в групі порівняння 135 (69 чоловіків та 66 дівчат) та їм було проведено контрольне психологічне обстеження із визначенням впливу запропонованого та стандартного психокоригуючого супроводу. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм «STATISTICA 8.0.» Statsoft Inc. (USA).

До складу розробленого нами алгоритму верифікації спроможності підлітків до прийняття конструктивного рішення в стресові ситуації (СПКР), були включені варіанти поведінкових реакцій підлітків в стресових ситуаціях, актуальних для їх віку, зокрема: визнання значущості особистості підлітка в колективі, сімейне благополуччя, любов, матеріальний статок, відчуття власної та безпеки близьких людей, власного та здоров'я рідних, тощо.

У кожній з цих ситуацій були змодельовані варіанти відповідей, які характеризують схильність підлітка до неконструктивного реагування на стресову ситуацію (уникнення від діяльності, агресія, злість, відчай, та ін.) або конструктивного варіанту (раціоналізація, компроміс, пошук рішення та ін.). В результаті запропонованого тестування у кожного обстеженого підлітка обчислювалось 10 складових СПКР та його сумарний показник.

Під час аналізу рівня СПКР в основній ( $n = 181$ ) та групі порівняння ( $n = 246$ ) до початку психокоригуючих методів нами встановлено, що вірогідних відмінностей між ними не було ( $40,2 \pm 0,5$  балів;  $40,5 \pm 0,4$  балів відповідно;  $P < 0,661$  за Mann-Whitney). Також, нами були порівняні рівні СПКР в двох групах, окремо у хлопчиків та дівчаток. Під час порівняння показників цих двох підгруп в основній та групі порівняння вірогідних відмінностей також не було встановлено ( $P < 0,814$ ;  $P < 0,647$  за Mann-Whitney відповідно).

Після проведення стандартних психопрофілактичних заходів у підлітків групи порівняння ( $n = 246$ ) та моніторингу їх психологічного стану протягом року ( $n = 135$ ), встановлено, що при повторному визначенні СПКР має місце вірогідне зниження його рівня з  $40,5 \pm 0,4$  балів до  $35,8 \pm 0,5$  балів ( $P < 0,001$  за Wilcoxon).

При використанні стандартних методів психокорекції у осіб підліткового віку протягом року встановлено динамічне зниження рівня СПКР в загальній групі з  $40,5 \pm 0,4$  балів до  $35,8 \pm 0,5$  балів ( $P < 0,001$  за Mann-Whitney). Така ж динаміка має місце в підгрупі хлопців ( $40,3 \pm 0,6$  балів;  $36,0 \pm 0,7$  балів відповідно;  $P < 0,001$  за Mann-Whitney) та дівчат ( $40,7 \pm 0,5$  балів;  $35,6 \pm 0,6$  балів відповідно;  $P < 0,001$  за Mann-Whitney).

Під час проведення запропонованої системи групових та індивідуальних психокоригуючих тренінгів осіб підліткового віку протягом року був встановлений попереджувачий ефект вікового зниження рівня СПКР в основній групі ( $40,2 \pm 0,5$  балів;  $40,3 \pm 0,4$  балів відповідно;  $P < 0,550$  за Mann-Whitney), в підгрупі хлопців ( $40,1 \pm 0,8$  балів;  $39,8 \pm 0,5$  балів відповідно;  $P < 0,426$  за Mann-Whitney) та дівчат ( $40,3 \pm 0,7$  балів;  $40,9 \pm 0,6$  балів відповідно;  $P < 0,837$  за Mann-Whitney).