



А. С. Маркова

УДК 159.923.2:658.3:005.95/.96:616.89:615.851

ПРОФЕСІЙНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У СТРУКТУРІ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЧЛЕНІВ РОДИНИ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ СПІЛЬНИМ БІЗНЕСОМ

А. С. Маркова

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України,
м. Краматорськ, Україна

Анотація.

Світова історія сімейного бізнесу налічує багато століть та знає чимало прикладів як довготривалого розвитку й процвітання, так і справжніх катастроф. Якими причинами обумовлюється вектор розвитку родинної справи? Розуміння цього зараз важливо не тільки для української економіки, але й для психології. В українському бізнесі, до якого залучені переважно члени однієї родини, настав період ротації: ті, хто його започатковував, поступово відходять від справ, і було б логічним, якби їх наслідували діти. Але, виявляється, для молодих таке рішення не очевидне, а для багатьох – небажане настільки, що викликає опір. Ігнорування цієї тенденції призводить до руйнівних змін у здоров'ї молодшого покоління та негативно позначається на здоров'ї старшого. Під час дослідження вивчалися особливості розвитку і клінічної феноменології професійної дезадаптації як прояву порушення психологічного здоров'я у членів родини, які займаються спільним бізнесом. Результати дослідження свідчать про необхідність розробки системи психокорекції їхнього психологічного стану.

Ключові слова: психологічне здоров'я, сімейний бізнес, мотивація, професійна дезадаптація.

Вступ

Сім'я – пріоритетна цінність будь-якого суспільства. Ставлення держави до проблеми підтримки і розвитку родинних цінностей, тенденції, що характеризують стан інституту сім'ї, є показниками загального стану і перспектив розвитку держави [1–5].

Особливе місце у структурі цінностей та спільного надбання сім'ї посідає родинний бізнес. Його існування додає до процесу життєдіяльності сім'ї як системи нових, раніше не властивих їй особливостей функціонування. Спільна справа започатковується, як правило, кількома родичами (зазвичай йдеться про одну конкретну сім'ю, але, трапляється, залучаються декілька співзасновників, які мають певні родинні зв'язки. У подальшому, на етапі розвитку бізнесу, кількість родичів може значно збільшуватися. І це, безумовно, викликає певні труднощі та проблеми, зокрема, у керування бізнесом; з'являються особливості й у побудові психології сімейних взаємовідносин та запобіганні конфліктним ситуаціям. Але в цілому сімейна структура демонструє низку беззаперечних переваг в організаційній та економічній сферах розвитку власної фірми.

Адаптивність і стійкість родинного бізнесу, його організаційна єдність очевидні, бо на бізнес-структуру накладається структура зв'язків сім'ї, і це дає потужний ефект діловій активності. Тим не менш, родинне підприємство, засноване на емоційних зв'язках, які завжди є потенційним джерелом конфліктів,

стає заручником адекватності взаємодії та згуртованості родини. І якщо в ній виникає кризовий стан, це призводить й до кризи (і навіть краху) сімейних форм підприємництва. Серед найвагоміших причин, що можуть сприяти цьому, – проблема зміни поколінь та передачі бізнесу від батьків дітям [6].

За даними аналітиків, найпривабливішими для інвесторів є компанії, керовані їх творцями, а менш за все цікавлять ті, які очолюють представники другого покоління власників. Вчені єдині в тому, що діти засновників підприємств зростають у сприятливіших умовах, їм не доводиться долати тих викликів, з якими стикалися батьки під час створення бізнесу, тому представники наступного покоління схильні обирати стандартні шляхи, часто не готові прикладати надзусилля і жертвувати особистим комфортом заради розвитку компанії [7].

Крім того, в багатьох випадках діти взагалі відмовляються приєднуватися до родинного бізнесу та продовжувати батьківську справу. Спроби рідних визначити життєвий шлях дитини в дорослому бутті почасти стикаються з її невдоволенням, опором та навіть протестними реакціями, що можуть проявлятися як окремими ознаками дезадаптації, так і вираженими проявами делінквентної, залежної або аутоагресивної поведінки.

Означений конфлікт поміж поколіннями виходить, як правило, з різновекторної спрямованості батьків та дітей і потенційований внутрішньо- та міжособистісним конфлік-

том, а також відсутністю навичок адекватної комунікації та копінг-поведінки у членів родини. Це неодмінно призводить до дестабілізації сімейної системи та формування порочного кола патологічних взаємовпливів які завдають руйнівного впливу життєвим циклом як родинного бізнесу, так і сімейної системи в цілому.

До останнього часу цілеспрямованого вивчення внутрішньосімейних відносин в родинях, що займаються спільним бізнесом, не проводилося. Але ж проблема психологічного здоров'я в таких сім'ях набуває все більшої актуальності, а важливість вивчення цієї теми зростатиме відповідно до старіння першого покоління засновників українських підприємств.

Мета дослідження

Метою роботи було вивчення особливостей розвитку і клінічної феноменології професійної дезадаптації (ПД) як прояву порушення психологічного здоров'я у членів родини, які займаються спільним бізнесом.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2014–2016 рр. на базі медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ) з дотриманням принципів біоетики і деонтології було комплексно обстежено членів 85 сімей, що займалися родинним бізнесом. Дизайн дослідження передбачав участь двох поколінь: батьків – засновників бізнесу, та їх повнолітніх дітей, які згодом були залучені до справи.

Обстеження включало використання соціально-демографічного, клініко-психологічного та психодіагностичного методів, результати яких було оброблено методами математичної статистики.

На першому етапі роботи було здійснено аналіз наявності та вираженості рівня ПД та потреби у психологічній допомозі всього контингенту обстежених. Визначення особливостей ПД проводилося за опитувальником «Оцінка ПД», розробленим О. Н. Родіною й адаптованим для оцінки стану представників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003) [8]. Опитувальник складається з 64 тверджень, які досліджуваний мав оцінити відповідно власного стану: ствердження відповідають йому цілком, частково або не відповідають. Також діагностували можливі рівні ПД: низький, помірний, виражений, високий. Потребу обстежених у психологічній допомозі оцінювали за однойменним опитувальником І. Г. Неупокоєвої (2003) [9]. Опитувальник містить 18 тверджень, які респонденти мали

цінити, і залежно від цього розподілялися на групи з низькою, помірною та високою потребою у психологічній допомозі.

На другому етапі визначали мотивацію до участі в родинній справі у представників молодшого покоління, для чого використовувалася спеціально розроблена анкета.

На третьому етапі аналізували особливості клінічної феноменології ПД, а також визначали потребу в психологічній допомозі членам родини залежно від мотивації другого покоління власників щодо участі у сімейному бізнесі.

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel) за допомогою критеріїв перевірки статистичних гіпотез.

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл обстежених за рівнем ПД та потребою у психологічній допомозі дозволив згрупувати обстежених таким чином (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл рівнів ПД та потреби у психологічній допомозі в обстежених

Показник (бали)	Батьки (n=85)		Діти (n=85)	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%
Рівень ПД				
Високий (>95)	1	1,9	13	15,3
Виражений (65–95)	12	14,1	27	31,8
Помірний (32–64)	40	47,1	22	25,9
Низький (≤32)	31	36,5	23	27,1
Рівень потреби у психологічній допомозі				
Високий (15–18)	–		44	51,8
Середній (8–14)	5	5,9	9	10,6
Низький (0–7)	80	94,1	32	37,6

Як видно з табл. 1, у 36,5% обстежених батьків ПД відсутня; майже у половини (47,1%) відзначено наявність помірної рівня ПД; у 16,0% – виражений або високий рівень ПД. Між тим, серед дітей ситуація дещо відрізняється: тільки 27,1% обстежених не відмічали в себе наявності ПД; серед інших обстежених помірний і виражений рівні ПД були притаманні 25,9% і 31,8% відповідно, а 15,3% потерпали від високого рівня ПД.

Високий рівень потреби в психологічній допомозі визнали 44 респонденти молодого покоління (51,8%); середній рівень – 5 батьків (5,9%) та 9 дітей (10,6%); 80 батьків (94,1%) та 32 представника молодшого покоління (37,6%) не бачили необхідності в психологічній допомозі.

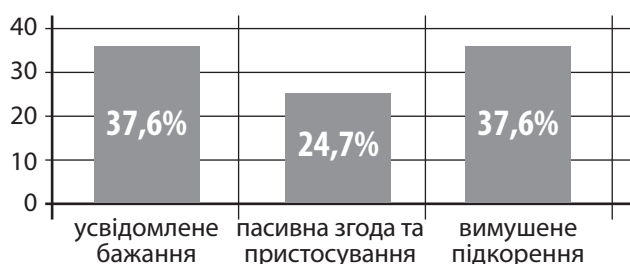


Рис. Розподіл мотивації участі в родинній справі у другого покоління власників

Під час визначення провідної мотивації участі у спільному бізнесі, з загальної кількості мотивів, що визначали участь дітей у батьківській справі, виділено три основних ($p < 0,01$), які характеризують окреслені тенденції:

- щире бажання молодшого покоління (32 особи, 37,6%);
- пасивна згода та пристосування (21 особа, 24,7%);
- вимушене підкорення батьківській волі із внутрішнім прихованим спротивом (32 особи, 37,6%) (рис.).

Подальше узагальнення й аналіз отриманих даних дозволили встановити тісний прямий кореляційний зв'язок між мотивацією до участі в родинному бізнесі, наявністю ПД та потребою в психологічній допомозі ($r \geq 0,7$; $p < 0,01$). Отримані результати наведено в табл. 2.

Так, респонденти молодшого покоління, що брали участь у батьківській справі за

власним бажанням, демонстрували у більшості випадків відсутність ПД (71,9%) або її окремі ознаки помірного рівня вираженості (28,1%), а показник відсутності потреби психологічної допомоги складав 100%. Їхні батьки також характеризувалися переважно низькою (87,5%) або ознаками помірно вираженої (9,4%) ПД та 100-відсотковою відсутністю показань для психологічної допомоги.

У той же час в опитуваних другого покоління бізнесу серед тих, хто брав у ньому участь за пасивною згодою та пристосувальною мотивацією, більше ніж у половини (в 52,4%) встановлено помірний рівень, і майже в половини (47,6%) – виражений рівень ПД; у 3,3% випадків встановлено середню, а у 66,7% – високу потребу в психологічній допомозі. Їх батьки характеризувалися переважно помірним рівнем ПД (90,5%) або низьким (9,5%), та відсутністю прагнення до отримання психологічної допомоги (у 85,7% випадків); лише 14,3% опитаних визнали середню потребу.

Серед тих, хто був залучений до родинного бізнесу за примусом батьків у 6,2% діагностовано помірний, у 53,1% – виражений, а у 40,6% пацієнтів – високий рівень ПД. Відповідно до цього 93,8% визнали високу, а 6,2% – середню потребу у психологічній допомозі. У 56,3% їхніх батьків виявлено помірний, а в 37,5% – виражений рівень ПД. Незважаючи на наявність дезадаптивного стану різного рівня

Таблиця 2

Розподіл вираженості ПД і потреби у психологічній допомозі у членів родин, які займаються спільним бізнесом, залежно від мотивації до участі в сімейній справі наступного покоління власників

Мотивація дітей	Усвідомлене бажання (n=32)				Пасивне пристосування (n=24)				Вимушене підкорення (n=32)			
	батьки		діти		батьки		діти		батьки		діти	
	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m	А.к.	%±m
Рівень ПД												
Високий (>95)	–	–	–	–	–	–	–	–	1	3,1±1,7	13	40,6±4,9
Виражений (65–95)	–	–	–	–	–	–	10	47,6±5,0	12	37,5±4,8	17	53,1±5,0
Помірний (32–64)	3	9,4±2,9	9	28,1±4,5	19	90,5±2,9	11	52,4±5,0	18	56,3±5,0	2	6,2±2,4
Низький (≤32)	28	87,5±3,3	23	71,9±4,5	2	9,5±2,9	–	–	1	3,1±1,7	–	–
Рівень потреби у психологічній допомозі												
Високий (15–18)	–	–	–	–	–	–	14	66,7±4,7	–	–	30	93,8±2,4
Середній (8–14)	–	–	–	–	3	14,3±3,5	7	33,3±4,7	2	6,2±2,4	2	6,2±2,4
Низький (0–7)	32	100,0	32	100,0	18	85,7±3,5	–	–	30	93,8±2,4	–	–

Примітки:

- розбіжності показників батьків між групами достовірні $p < 0,01$;
- розбіжності показників дітей між групами достовірні $p < 0,05$.

Таблиця 3

Клінічна феноменологія ПД наступного покоління власників сімейного бізнесу (діти)
залежно від мотивації до участі в ньому

Симптоми/ознаки ПД	Г1 (n=32)		Г2 (n=21)		Г3 (n=32)	
	А. к.	%±m	А. к.	%±m	А. к.	%±m
Погіршення самовідчуття:						
– емоційні зсуви	32	100,0	19	90,5±2,9	7	21,9±4,1
– особливості окремих психічних процесів	31	96,9±1,7	13	61,9±4,9	6	18,8±3,9
– зниження загальної активності	28	87,5±3,3	10	47,6±5,0	3	9,4±2,9
– відчуття втоми	31	96,9±1,7	17	81,0±3,9	5	15,6±3,6
Соматовегетативні порушення	23	71,9±4,5	16	76,2±4,3	5	15,6±3,6
Порушення циклу «сон–бадьорість»	30	93,8±2,4	17	81,0±3,9	5	15,6±3,6
Викривлення соціальної взаємодії	27	84,4±3,6	11	52,4±5,0	4	12,5±3,3
Зниження мотивації до діяльності	32	100,0	21	100,0	–	–

Примітка: достовірність розбіжностей між групами $p < 0,05$.

вираженості, переважна більшість респондентів не визнавала потреби у психологічній допомозі (93,8%), пояснюючи це недовірою до психологічного консультування та небажанням марної трати дорогоцінного часу.

Враховуючи отримані результати, нами здійснено вивчення клінічної феноменології ПД в обстежених обох поколінь залежно від мотивації до участі в сімейній справі другого покоління власників (табл. 3, 4). При цьому респонденти з родин, де діти брали участь у роботі за умови вимушеного підкорення, були розглянуті нами як група 1 (Г1); члени сімей, в яких участь дітей у сімейному бізнесі була обумовлена їхньою пасивною згодою та пристосуванням, склали групу 2 (Г2); обстежені з родин, в яких діти за власним бажанням працювали разом з батьками, увійшли до групи 3 (Г3).

Викривлення емоційної сфери різного ступеня вираженості зустрічалися практично в усіх обстежених Г1 (100,0%). Майже всі (96,9%) відзначали також зниження уваги та процесів запам'ятовування професійної інформації, зменшення загальної активності (87,5%) і зростання відчуття втоми (96,9%). Також у них реєструвалися диссомнічні (93,8%) й вегетативні (71,9%) порушення, проблеми у сфері соціальної комунікації (84,4%) та, звісно, зниження мотивації до діяльності (100,0%).

У Г2 встановлена схожа тенденція щодо наявності переважно всіх клінічних проявів ПД, проте вони були меншого ступеня вираженості та зустрічалися з меншою частотою (окрім емоційних порушень, астеничних і диссомнічних проявів та зниження мотивації до діяльності, що притаманні практично всім пацієнтам).

Таблиця 4

Клінічна феноменологія ПД у першого покоління власників сімейного бізнесу (батьки)
залежно від мотивації до участі в ньому дітей

Симптоми/ознаки ПД	Г1 (n=32)		Г2 (n=21)		Г3 (n=32)	
	А. к.	%±m	А. к.	%±m	А. к.	%±m
Погіршення самовідчуття						
– емоційні зсуви	31	96,9±1,7	19	90,5±2,9	4	12,5±3,3
– особливості окремих психічних процесів	19	59,4±4,9	13	61,9±4,9	6	18,8±3,9
– зниження загальної активності	22	68,8±4,6	8	38,1±4,9	6	18,8±3,9
– відчуття втоми	18	56,3±5,0	14	66,7±4,7	11	34,4±4,7
Соматовегетативні порушення	26	81,3±3,9	17	81,0±3,9	10	31,3±4,6
Порушення циклу «сон–бадьорість»	27	84,4±3,6	15	71,4±4,5	9	28,1±4,5
Викривлення соціальної взаємодії	16	50,0±5,0	12	57,1±4,9	2	6,3±2,4
Зниження мотивації до діяльності	7	21,9±4,1	5	23,8±4,3	–	–

Примітка: достовірність розбіжностей між групами $p < 0,05$.

На відміну від інших, обстежені Г3 продемонстрували відсутність сформованих симптомів ПД. У них були наявні лише окремі ознаки ПД, що мали, до того ж, незначний ступінь вираженості ($p < 0,05$).

Батьки з родин Г1 і Г2, як і їхні діти, виявили ознаки ПД у вигляді емоційних та сомато-вегетативних порушень. Інші прояви ПД зустрічалися у них з меншою частотою та інтенсивністю, ніж у обстежених з груп другого покоління власників.

Аналізуючи дані, наведені в **табл. 3, 4**, можна стверджувати, що загалом для дітей Г1 та Г2 характерні емоційна спустошеність, виснаженість ($p < 0,05$), втома ($p < 0,05$), а для їхніх батьків – неможливість йти на компроміс ($p < 0,05$) та надавати емоційну підтримку ($p < 0,05$). В обстежених другого покоління Г2 переважали зміни у самопочутті ($p < 0,05$) – підвищена дратівливість ($p < 0,05$), слабкість ($p < 0,05$), виснаження ($p < 0,05$), зниження соціальної активності ($p < 0,05$), а також у відчуттях ($p < 0,05$) – почутті гумору ($p < 0,05$), відчуттях невдахи ($p < 0,05$), провини ($p < 0,05$), нікчемності ($p < 0,05$), самозвинувачення ($p < 0,05$), збентеження і байдужості ($p < 0,05$). У респондентів Г1 виявлені ознаки руйнування власного світу ($p < 0,05$), спустошення ($p < 0,05$), образи, гіркоти життя ($p < 0,05$), безсилля ($p < 0,05$), гніву ($p < 0,05$), агресивності ($p < 0,05$).

Узагальнення результатів дослідження професійної дезадаптації в ОГ1 та ОГ2 дозво-

лило встановити, що у більшості обстежених ОГ1 та ОГ2 глибина детермінантів деструктивних станів є результатом розбіжності між якостями особистості та професійною діяльністю, що зумовлює конфліктність, роздратування. Пацієнти часто вивільняли негативну енергію через агресію й ненависть. Проте, замість очікуваного полегшення, з'являлася втома, почуття неповноцінності, провини, енергетичного спустошення.

Крім того, нами відокремлені фази ПД, що мали місце у обстежених другого покоління. В Г2 зустрічалися фаза «виснаження» (безсоння, відчуття безсилля) або фаза «зниження рівня власної участі» (стосовно колег, оточення, професійної діяльності, зростання вимог). В обстежених Г1 – фази «негативних емоційних реакцій» (депресія, агресія), «деструктивної поведінки» (інтелектуальна, мотиваційна сфери, психосоматичні реакції, розчарування та негативна життєва установка).

Висновок

Таким чином, у результаті дослідження встановлено, що мотивація участі в родинному бізнесі дітей засновників є важливим критерієм, який визначає наявність і вираженість ПД у членів родин, залучених до родинного бізнесу. Отримані результати продемонстрували необхідність подальшого вивчення питання психологічного здоров'я тих членів сім'ї, які займаються спільним бізнесом, та розробки системи заходів корекції порушень їхнього емоційного стану.

Література

1. Максименко С. Д. Личность начинается с любви / С. Д. Максименко // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 3–13.
2. Максименко С. Д. Теоретико-методологічний аналіз категорії «нужда» у психології особистості / С. Д. Максименко // Медицинская психология – 2008. – № 2. – С. 3–10.
3. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
4. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3–8.
5. Маркова М. В. Семейный диагноз как интегральный показатель выраженности семейной дезадаптации / М. В. Маркова, В. А. Курило // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 2 (59). – С. 41–43.

6. Маркова А. С. Особенности функционирования семейной системы в родинах, які займаються спільним бізнесом: аналіз проблеми / А. С. Маркова // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2015. – Вип 5. – С. 163–169.
7. Coming home or breaking free – международное исследование EY совместно с Центром семейного бизнеса при университете Санкт-Галлена [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ru.audencia.com/archives/3109>.
8. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности : учеб. пособие / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. – С. 147–151.
9. Неупокоева Н. Психологическая служба в сельском районе / Н. Неупокоева // Сельская школа. – 2003. – № 5. – С. 104–105.

References

1. Maksimenko S. D. Lichnost' nachinaetsya s lyubvi [Personality begins with love]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2006, no. 2, pp. 3-13. (In Russ.)
2. Maksymenko S. D. Teoretyko-metodologichnyj analiz kategorii «nuzhda» u psyhologii' osobystosti [Theoretical analysis metodologichny kategorii «need» in psihologii' NKVD]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2008, no. 2, pp. 3-10. (In Ukr.)
3. Maksymenko S. D. Teoretyko-metodologichnyj analiz kategorii' «nuzhda» u psyhologii' osobystosti [Love and sex as a healing factor]. Med-

6. Markova A. S. Osoblivosti funkcionuvannya simejnoi systemy v rodinakh, yakі займаються спільним бізнесом: аналіз проблеми / A. S. Markova // Naukoviy visnik Kherson'skogo derzhavnogo univertsitetu. – 2015. – Vyp 5. – S. 163–169.
7. Coming home or breaking free – mezhdunarodnoye issledovaniya EY sovmestno s Tsentrom semyjnogo biznesa pri univertsyete Sankt-Gallena [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa : <http://ru.audencia.com/archives/3109>.
8. Praktikum po psikhologii menedzhmenta i professyonalnoy deyatelnosti : ucheb. posobie / pod red. G. S. Nikiforova, M. A. Dmitriyevoy, V. M. Snetkova. – SPb. : Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2003. – S. 147–151.
9. Neupokoeva N. Psikhologicheskaya sluzhba v selskom rayone / N. Neupokoeva // Selskaya shkola. – 2003. – № 5. – S. 104–105.

itsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2006, no. 2, pp. 14-19. (In Russ.)

4. Krishtal' V. V. Sistemnaja semejnjaja psihoterapija narushenij zdorov'ja sem'i [Systemnaya semejnaya psichotherapy family health violations]. Meditsinskaya psikhologiya [Medicopsychology], 2007, vol. 1, no. 2, pp. 3-8. (In Russ.)

5. Markova M. V., Kurilo V. A. Semejnij diagnoz kak integral'nyj pokazatel' vyrashennosti semejnoj dezadaptacii [Family diagnosed as an integral indicator of the severity of family maladjustment]. Tavricheskij zhurnal psichiatrii [Taurian Journal of Psychiatry], 2012, vol. 16, no. 2(59), pp. 41-43. (In Russ.)

6. Markova A. S. Osoblivosti funkcionuvannja simejnoi sistemi v rodinah, jaki zajmajut'sja spil'nim biznesom: analiz problemi [Features of the functioning of the family system in families that are engaged in joint business: problem analysis]. Naukovij visnik Hersons'ko-go derzhavnogo universitetu [Scientific Bulletin of Kher-son State University], 2015, no. 5, pp. 163-169. (In Ukr.)

7. Coming home or breaking free – mezhdun-rodnoe issledovanija EY sovместno s Centrom semejnogo biznesa pri universitete Sankt-Gallena [Coming home or breaking free - international EY study together with the Centre of family business at the University of St. Gallen]. Avaliablte at: <http://ru.audencia.com/archives/3109> (15.01.2016). (In Russ.)

8. Praktikum po psihologii menedzhmenta i professional'noj dejatel'nosti: Ucheb. posobie [Pod red. G. S. Nikiforova, M. A. Dmitrievoj, V. M. Snetkova] [Workshop on the psychology of management and professional activities: Proc. Manual [Ed. G. Nikiforov, M. A. Dmitrieva, V. M. Snetkova]]. St. Petersburg, Publishing St. Petersburg University, 2003, pp. 147-151. (In Russ.)

9. Neupokoeva N. Psihologicheskaja sluzhba v sel'skom rajone [Psychological service in a rural area]. Sel'skaja shkola [The village school], 2003, no. 5, pp. 104-105. (In Russ.111)

ПРОФЕСИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ЗАНИМАЮТСЯ СОВМЕСТНЫМ БИЗНЕСОМ

A. S. Markova

ЧВУЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут МОН України», г. Краматорськ, Україна

Аннотация. Мировая история семейного бизнеса насчитывает много веков и знает немало примеров как долговременного развития и процветания, так и настоящих катастроф. Какими причинами обусловлен вектор развития семейного дела? Понимание этого сейчас важно не только для украинской экономики, но и для психологии. В украинском бизнесе, в который вовлечены преимущественно члены одной семьи, наступил период ротации: те, кто его начинал, постепенно отходят от дел, и было бы логично, если бы им подражали дети. Но, оказывается, для молодых такое решение не очевидно, а для многих – нежелательно настолько, что вызывает сопротивление. Игнорирование этой тенденции приводит к разрушительным изменениям в здоровье молодого поколения и негативно сказывается на здоровье старшего. В ходе исследования изучались особенности развития и клинической феноменологии профессиональной дезадаптации как проявления нарушения психологического здоровья у членов семьи, которые занимаются совместным бизнесом. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки системы психокоррекции их психологического состояния.

Ключевые слова: психологическое здоровье, семейный бизнес, мотивация, профессиональная дезадаптация.

PROFESSIONAL DISADAPTATION IN THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL HEALTH DISORDERS OF THE FAMILY MEMBERS WHO ARE INVOLVED IN JOINT BUSINESS

A. S. Markova

Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine

Summary. The world history of the family business contains many centuries and knows many examples of the sustainable development and the prosperity, and real catastrophes. What reasons cause the vector of the development of the family business? Understanding this is important not only for the Ukrainian economy, but also for the psychology. In Ukrainian business, in which mainly members of the same family are involved, the period of rotation has come: those who founded it, gradually move away from business, and it would be logical if they were inherited by the children. But it turns out, for the young this solution is not obvious, and for many of them – so undesirable that it causes resistance. Ignoring this trend leads to destructive changes in the health of the younger generation and has negative effects on health of the older. During the research features of the development and clinical phenomenology of professional disadaptation were studied as a manifestation of disorder of psychological health of family members who are engaged in joint business. Results of the study indicate the need for development of the system of psychocorrection of their psychological state.

Key words: psychological health, family business, motivation, professional exclusion.

Маркова Анна Сергіївна – здобувач, ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України, м. Краматорськ, Україна; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Маркова Анна Сергеевна – соискатель, ЧВУЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут» МОН України, г. Краматорськ, Україна; e-mail: arthur.markov@gmail.com.

Anna Markova – postgraduate student, Private Higher Education Institute "Kramatorsk Institute of Economics and Humanities of Ministry of Education and Science of Ukraine", Kramatorsk, Ukraine; e-mail: arthur.markov@gmail.com.



В. В. Пономарёва

УДК 616.89-008:159.9.07:612.014.44

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТАННИНГ

В. В. Пономарёва

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
г. Харьков, Украина

Аннотация.

В статье рассмотрен патологический таннинг (намеренное облучение кожи ультрафиолетом для изменения ее цвета, приобретения «загара») как расстройство из группы расстройств привычек и влечений (F63- в МКБ-10). Дано определение патологического таннинга, критерии его диагностики, и критерии исключения. Приведен результат применения разработанного автором AUDIT-подобного скрининг-теста (т. н. AUDIT-подобный таннинг-тест) для различения патологического и непатологического (обычного) таннинга в рамках реализации метода комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов (И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук с соавт., 2009). Установлена частота встречаемости лиц с патологическим таннингом в региональной выборке молодых людей. Определена гендерная пропорция среди лиц с патологическим таннингом и без такового. Обоснована необходимость дальнейшего изучения таннинга как социального феномена, обладающего высоким аддиктогенным потенциалом.

Ключевые слова: расстройства привычек и влечений, поведенческая аддикция, таннинг, «бронзирование кожи», патологический таннинг, аддикция к загоранию (приобретению загара), танорексия.

Введение

Изучение состояний, представляющих собой расстройства контроля над побуждениями, является актуальной научно-прикладной задачей [1]. В 1992 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела в МКБ-10 категорию расстройств привычек и влечений (F63), которые характеризуются как «повторяющиеся действия, не имеющие рациональной мотивации, как правило, имеющие вредные последствия для самого человека, а также других людей, и связаны с импульсами, которые воспринимаются индивидом как неконтролируемые» [2]. В DSM-IV-TR Американская психиатрическая ассоциация дополнила определение расстройств привычек и влечений «нарастающим чувством напряжения перед произвольным действием или при попытке сопротивления этому действию, и последующим чувством удовольствия, удовлетворения или освобождения от напряжения» [3].

На сегодняшний день категория F63 объединяет такие расстройства, как «патологическая склонность к азартным играм» (F63.0), «патологическое влечение к поджогам (пиромания)» (F63.1), «патологическое воровство» (клептомания) (F63.2) и «трихотилломания» (F63.3). В перспективе в новую редакцию МКБ (МКБ-11) планируется

включить и «компульсивное расстройство сексуального поведения» [1]. Кроме того, в действующей редакции МКБ-10 существуют рубрики F63.8 («Другие расстройства привычек и влечений») и F63.9 («Расстройства привычек и влечений, неуточненное»).

Рубрику F63.8 составитель МКБ-10 рекомендует использовать для «других видов постоянно повторяющегося дезадаптивного поведения, которое не является вторичным по отношению к распознаваемому психопатологическому синдрому», когда «создается впечатление, что субъекту вновь и вновь не удается противостоять периодически возникающему влечению к совершению определенных действий». «Имеют место продромальный период напряженности и чувство облегчения при выполнении соответствующего акта» [4]. Другими словами, наличие рубрики F63.8 прямо указывает на существование иных форм расстройства контроля над побуждениями, которые по тем или иным причинам не включены в титульный список категории F63 в действующей редакции МКБ-10.

Настоящее исследование посвящено одной из форм расстройства контроля над побуждениями, которое описано в специальной литературе как «зависимость от посещения солярия» [5], «зависимость от загара» [6], «танорексия» [7; 8].