



рефлексировать и прогнозировать результаты деятельности и отношений.

Под субъектной позицией в образовательном процессе нами понимается наличие у студентов права, способность и возможность быть субъектом своей учебной деятельности – заявлять личностный смысл своего образования и, совместно с преподавателем, при его помощи и во взаимодействии с ним, строить это образование в соответствии с собственной индивидуальностью.

Таким образом, можно заключить, что основными условиями формирования субъектности студентов яв-

ляется практико-ориентированный и личностно-индивидуальный характер обучения с применением активных форм и методов обучения, с помощью которых активизируется личностный смысл для каждого из обучаемых, формируются возможности для самораскрытия студентов и осознание не только осуществляемой учебной деятельности, но и ее значимости для выстраивания жизненных стратегий, а также личностных качеств, жизненной позиции, смысловых ориентаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татенко В.А. Психология в субъектном измерении: монография. - К.: Издавательский центр «Просвита», 1996. – 404 с.
2. Брушлинский, А.В. О критериях субъекта и его деятельности / А.В. Брушлинский // Психология субъекта профессиональной деятельности. Москва - Ярославль: ДИА-пресс, 2001. - С. 5-23;
3. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1996. – 384 с.
4. Яркина О.С. Субъектность как психолого-акмеологическое условие личностно-профессионального развития врача: дисс. канд.псих.наук. – Тамбов, 2009. – 199 с.
5. Зимняя И.А. Педагогическая психология: учебник для вузов. - М.: Издательская корпорация «Логос», 1999. - С. 125.
6. Новейший словарь иностранных слов и выражений [Текст] . – М.: Современный литератор, 2005. – 976 с.

ПОСТУПИЛА 11.03.2014

УДК 616-058

Е.В. Морозова

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОБЩЕЙ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда РФ
Россия, 127486, г. Москва, ул. Ивана Сусанина, 3. E-mail: elva@hotmail.ru*

Одной из важнейших проблем больных, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания является личностное самоопределение в отношении социального статуса инвалида. Множественные случаи необоснованных обжалований больными экспертных решений по поводу снятия инвалидности, не соответствия установления группы ожиданиям больного либо первичному отказу в получении группы свидетельствуют об актуальности данного вопроса, особенно с учетом работоспособного возраста претендующих на инвалидность людей, реабилитация которых (и их интеграция в широкий контекст социально-профессиональных отношений) является стратегическим направлением социальной политики государства. В данной статье обсуждаются результаты личностного реагирования в виде репертуара совладающих копинг-стратегий и субъективного переживания социальной фрустрированности больных, фиксированных на возврате, установлении, усилении группы, и больных, имеющих аналогичные заболевания, но не считающих себя инвалидами.

Ключевые слова: инвалидность, внутренняя картина инвалидности, социальный статус «инвалид», совладающие стратегии, адаптация, реабилитация, коррекция.



E.V. Morozova

COPING AS DISPLAY COMMON REACTIONS FOR ADAPTATION OF DISABILITY

*FGBU «Federal Bureau of Medical and Social Expertise»
Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation
36 Ivan Susanin st., Moscow, 127486, Russia. E-mail: elva@hotbox.ru*

Summary: One of the major problems of patients who are in conditions of debilitating disease is personal self-determination in relation to the social status of disabled. Multi plein stances of unwarranted appeals patient expert solutions for the with drawal of disability, discrep ancies establishing group expectations of the patient, or primary failure to obtain group, demonstrate the relevance of this question, especially given the working-age people claiming disability, rehabilitation which (and their integration into the wider context of social and professional relationship) is the strategic direction of social policy. This article discusses there result personal response repertoire of coping strategies and the subjective experience of social frustration of patients who are fixed on a refund, establishing, strengthening the group, and patients who have similar disease, but do not consider themselves disabled.

Keywords: disability, inner disability picture, social status «disabled», coping strategies, adaptation, rehabilitation, correction.

Самоопределение человека в преддверии выбора между обращением в государственное учреждение медико-социальной экспертизы в отношении установления инвалидности или отказа от данного статуса (т.е. непринятия себя в роли инвалида) – одна из сложнейших проблем, психологически затрагивающих все стороны личности, ее жизненной истории в сложившейся на «сегодняшний день» микросоциальной (а иногда и макросоциальной) ситуации развития.

Одной из задач исследования внутренней картины инвалидности как личностного реагирования больных, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания [1, 2] было изучение психологических особенностей испытуемых, претендующих на инвалидность (при этом не только претендующих, но иногда и настаивающих на ее утяжелении), и группы людей (которых можно квалифицировать как «позитивы»), отвергающих свою инвалидизацию и не примеряющих данный социальный статус «инвалид» применительно к себе.

При этом необходимо подчеркнуть, что вторая группа испытуемых – «позитивная» – объективно имеет достаточные тяжелые формы тех или иных заболеваний, однако выбирает систематическое лечение (вследствие чего не пропадает из поля зрения специалистов: врачей и психологов), «до последнего» избегая и психологической идентификации со статусом «инвалид» и ее фактического (юридического, социального, статусного) оформления, т.е. обращения в государственное учреждение медико-социальной экспертизы по поводу установления инвалидности.

В нашем исследовании приняло участие 440 человек, из которых 360 человек либо по решению медико-социальной экспертизы утратили группу инвалидности, либо имели инвалидность, но при этом (вопреки отрицательному решению экспертной комиссии учреждения медико-социальной экспертизы) неоднократно претендова-

ли на ее усиление, либо претендовали на инвалидность впервые (также после прохождения освидетельствования в государственном учреждении медико-социальной экспертизы и официального отказа (непризнания) инвалидности) сначала в районном бюро, затем в Главном бюро медико-социальной экспертизы (на уровне региона) и далее на федеральном уровне в Федеральном бюро медико-социальной экспертизы.

Особенно важно то, что ни одно экспертное решение на федеральном уровне в (ФГБУ ФБ МСЭ) изменено не было, что в соответствии с установленными критериями оценки инвалидности в РФ характеризует притязания больных в отношении данного статуса как необоснованные.

При этом 80 испытуемых – «позитивы» – проходили предписанное врачом лечение, не претендуя на группу, имея, тем не менее, для этого объективные предпосылки (такие же – и по степени выраженности – инвалидизирующие заболевания).

Исследование проводилось на базе ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России в 2008-2012 гг. где были обследованы больные, находящиеся в ситуации экспертного освидетельствования, направляемые на психодиагностику из экспертных бюро ФРБУ ФБ МЗС, и больные, которые находились на реабилитационно-восстановительном лечении в клинических отделениях учреждения.

В данной публикации обсуждаются результаты, полученные при применении следующих диагностических методов: методика Х. Хейма на выявление доминирующей стратегии копинг-поведения [3], Оценка уровня социальной фрустрированности (по Л.И. Вассерману) [4], Опросник социальной значимости заболевания (А.И. Сердюк) [5].

Важным аспектом изучения проблемы стал анализ сопоставительных показателей групп испытуемых «не-



обоснованно претендующих на инвалидность» и второй группы – «позитивов», не считающих себя таковыми. В таблицах, представленных ниже, все копинг-стратегии сгруппированы по типам – «преимущественно когнитив-

ного» характера» (Табл. 1), «преимущественного поведенческого характера» (Табл. 2), «преимущественно эмоционального характера» (Табл. 3).

Таблица 1.

Сопоставление среднего числа выборов типов совладающих (когнитивных) стратегий (по Х. Хейму) в группах испытуемых, с различными соматическими заболеваниями – претендующих на признание их инвалидами и не признающих себя таковыми

Совладающие стратегии когнитивного характера	Необоснованно претендующие на инвалидность (n=360)	«Позитивы» Не считающие себя инвалидами (n=80)	Достоверность
Смирение	1,72	2,52	**
Игнорирование действительности	1,78	3,02	***
Сохранение самообладания	1,67	2,93	***
Проблемный анализ	1,66	2,76	***
Сравнение	1,53	2,95	***
Религиозность	1,83	1,83	
Придача смысла	1,56	2,76	***
Установка собственной ценности	1,50	2,29	**
Диссимиляция, недооценка проблемы	1,37	2,86	***
Растерянность	1,58	1,14	
<i>Суммарный показатель</i>	<i>16,20</i>	<i>25,07</i>	<i>***</i>

Достоверность различий по критерию Манна-Уитни: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Мы видим, что в группе когнитивных копинг-реакций реакций, «позитивы» имеют абсолютное превосходство по 8 стратегиям из 10 (в части «религиозности» между группами не зафиксировано различий, в части «растерян-

ности» - «позитивы» уступают претендующим на группу инвалидности, правда, различия не достигают статистически значимых величин).

Таблица 2.

Сопоставление среднего числа выборов типов совладающих (поведенческих) стратегий (по Х. Хейму) в группах испытуемых, страдающих хроническими заболеваниями – претендующих на признание инвалидами и не признающих себя таковыми

	Претендующие на инвалидность (n=360)	«Позитивы» Не считающие себя инвалидами (n=80)	Достоверность
Отвлечение	1,90	2,74	***
Альтруизм	1,94	3,12	***
Избегание	1,77	3,12	***
Компенсация	1,68	2,10	
Конструктивная деятельность	1,20	2,43	***
Избегание, уход	1,78	1,12	
Обращение	1,70	2,86	***
Сотрудничество	1,36	2,64	***
<i>Суммарный показатель</i>	<i>13,33</i>	<i>20,12</i>	<i>***</i>

Достоверность различий по критерию Манна-Уитни: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;



Аналогичную предыдущей картину мы видим в группе поведенческих стратегий, абсолютное доминирование «позитивов» (за исключением отвергаемой ими стратегии

«избегание, уход»; стратегия «компенсация» - не достигает статистически значимой разницы).

Таблица 3.

Сопоставление среднего числа выборов типов совладающих (эмоциональных) стратегий (по Х. Хейму) в группах испытуемых, страдающих хроническим заболеванием – претендующих на признание инвалидами и не признающих себя таковыми

	Претендующие на инвалидность (n=360)	«Позитивы» Не считающие себя инвалидами (n=80)	Достоверность
Протест	1,47	1,02	
Отчаяние	1,32	1,02	
Выраженная агрессивность	1,16	0,40	**
Подавление чувств	2,07	0,81	***
Оптимизм	1,66	2,71	***
Безнадежность	1,27	0,83	
Самообвинение	1,15	0,60	*
Пассивное сотрудничество	1,43	1,88	
Суммарный показатель	11,53	9,29	*

Достоверность различий по критерию Манна-Уитни: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

В области эмоциональных копинг-стратегий наблюдаются разнохарактерные изменения: из четырех разновидностей стратегий, обнаруживших высокие корреляционные связи, у позитивов преобладает лишь одна – «оптимизм». Три другие («выраженная агрессивность», «подавление чувств» и «самообвинение») превалируют в группе «претендующих на инвалидность».

По нашему мнению, существенным дополнением к полученным результатам являются данные корреляционного анализа между суммарными показателями основных классов копинг-стратегий и показателями социальной фрустрированности, полученных с помощью двух различных методик (Табл. 4).

Таблица 4.

Распределение частоты и интенсивности корреляционных связей методики на оценку копинг-стратегий и методик, оценивающих социальную фрустрированность в группе «позитивов»

Показатели тестовых заданий	Корреляции с показателем суммы когнитивных стратегий	Корреляции с показателем суммы поведенческих стратегий	Корреляции с показателем суммы эмоциональных стратегий
1	2	3	4
Уровень социальной фрустрированности			
Удовлетворенность своим образованием		-0,31*	
...Взаимоотношениями с коллегами		-0,44**	
...Взаимоотношениями с руководством		-0,47***	
...Взаимоот. с субъектами своей деятельности	-0,33*	-0,39**	
...Содержанием своей работы в целом	-0,30*	-0,47***	
...Условиями проф. деятельности или учебы	-0,45**	-0,51***	
...Своим положением в обществе			
...Материальным положением		-0,55***	
...Жилищно-бытовыми условиями		-0,35*	
...Супружескими отношениями			



1	2	3	4
...Отношениями с детьми		-0,32*	
...Отношениями с родителями		-0,35*	
...Обстановкой в обществе	-0,35*	-0,39**	
...Отнош. с друзьями и ближним окружением			
...Сферой услуг и бытового обслуживания	-0,62***	-0,31*	
...Сферой мед. и социального обслуживания	-0,55***		
...Проведением досуга	-0,49***	-0,48***	
...Возможностью проводить отпуск	-0,51***	-0,53***	
...Возможностью выбора места работы	-0,40*	-0,46**	
...Своим образом жизни в целом	-0,49***	-0,43**	
...Близкими отношениями	-0,35*	-0,43**	0,29*
...Работой	-0,31*	-0,52***	
...Статусом	-0,43**	-0,49***	
...Бытом	-0,58***	-0,46**	
...Здоровьем	-0,63***	-0,53***	
Сумма: Выраженность соц. фрустрирован.	-0,57***	-0,67***	
Опросник социальной значимости заболевания			
Ограничение силы			0,29*
Ухудшение отношений в семье			0,37**
Ограничение удовольствий			0,32*
Ухудшение отношений на работе			0,34*
Ограничение свободного времени			
Ограничение карьерного роста	-0,30*		
Снижение физической привлекательности	0,32*		0,39**
Формирование страхов, ущербности			0,42**
Ограничение общения			0,45**
Материальный ущерб	0,40**	0,48***	0,37**
Сумма по опроснику Сердюка			0,53***

Обобщая полученные показатели, можно сделать выводы и констатировать общие закономерности.

Во-первых, варианты копинг-поведения, а следовательно и совладающая эффективность группы «позитивов» более разнообразна и более продуктивна, чем у больных группы, «претендующих на инвалидность», несмотря на наличие тех же заболеваний. Здесь же можно отметить минимальный вклад «эмоциональных» стратегий в процессе реализации совладающей активности.

Во-вторых, одним из условий формирования именно такого профиля реакций является рассмотрение своей жизненной ситуации группой «позитивов» в широком социальном контексте (см. Табл. 4 - многочисленные отрицательные корреляции когнитивных и поведенческих копинг-стратегий с параметрами оценки уровня социальной фрустрированности по опроснику Л.И. Вассермана). Применение опросников, центрированных на болезни (в частности, см. результаты корреляционного анализа с данными опросника А.И. Сердюка, Табл. 4), наоборот, демонстрирует высокую степень связи между эмоциональными копинг-стратегиями и показателями фрустрированности.

Таким образом, в нашем исследовании мы зафиксировали два принципиально различных типа реакции на

угрозу инвалидизации вследствие хронического заболевания или тяжелых последствий массивных форм и методов лечения.

В первом случае, у позитивно настроенных больных, не стремящихся к уходу в инвалидизацию, происходит принятие ситуации таковой, какая она есть и активная мобилизация ресурсов совладания, что происходит на фоне высокого уровня принятия себя во всем многообразии личностных характеристик и богатства ценностных ориентаций [6].

Во втором случае, у больных, расценивающих как единственную возможность адаптации получение (либо усиление) статуса «инвалид», формируется реакция по типу «попытки бегства» от ситуации страдания, массивное использование механизмов психологической защиты, разрушение самосознания и обеднение личностной, социальной идентичности и ценностно-смысловой сферы, с проявлением потребности в прямой социальной поддержке в виде установления группы инвалидности [6].

Выявленные тенденции совладающих реакций больных, находящихся на различных этапах инвалидизирующего заболевания (первично претендующих на инвалидность, претендующих на усиление группы, либо в случае отмены инвалидности на ее возврат) и в различной жиз-



ненной ситуации (в ситуации лечения, либо в экспертной ситуации, сопряженной со сменой статуса) при определении направленности коррекционной (реабилитационной) работы необходимо учитывать эффекты применения тех или иных диагностических методик.

Для оценки тяжести актуальной ситуации переживания болезни хорошо зарекомендовал себя опросник А.И. Сердюка, для оценки реабилитационного потенциала в широком смысле – методика изучения уровня социальной фрустрации Л.И. Вассермана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2008, № 1, с. 42-46.
2. Морозова Е.В. Структура идентичности инвалидов как фактор реабилитации личности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2012, № 3., С. 16-19.
3. Набибуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Учебное пособие. – Казань: Издательство ИП Тухтаров, 2003, 98 с.
4. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение (методические рекомендации) / Составители Л.И. Вассерман и колл. – СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004.
5. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине (клиническое руководство / Под общей редакцией Б.В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002.

ПОСТУПИЛА 28.05.2014

УДК 614.2: 615.015.32: 616 - 053.2 (470.23-25)

Д.Е. Мохов¹, Е.Ю. Щеникова², С.П. Песонина²

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова,

¹кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины с курсом остеопатии;

²кафедра физиотерапии и медицинской реабилитации,

Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41; E-mail: galslena@bk.ru

В статье представлены результаты научного исследования по изучению состояния гомеопатической помощи детскому населению Санкт-Петербурга. Проведен научный анализ структуры и организации гомеопатической помощи детям ведущих лечебных гомеопатических учреждений Санкт-Петербурга, а также обращаемости за гомеопатической помощью детского населения Санкт-Петербурга. Использовались сведения Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники, полученные путем выкопировки из 1989 статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов за 2007-2009 гг.

Ключевые слова: гомеопатия, дети, обращаемость, гомеопатическая помощь.