

1. Аристотель. Политика. – М.; Л., 1893.
2. Боулдинг, Э. Роль женщины: от прошлого к настоящему. – М., 2001.
3. Вейнингер, О. Пол и характер. Принципиальное исследование. – М., 1992.
4. Здравомыслова, О. Статус и карьера женщины в современных условиях. – М., 2000.
5. Зуйкова, Е.М., Ерусланова, Р.И. Феминология: Учебное пособие. – М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2001.
6. Клецина, И.С. Практикум по гендерной психологии. — СПб.: Питер, 2003.
7. Платон. Соч. Т.3. Ч.1. – М., 1971.
8. Проблемы статусно-ролевой позиции современной женщины - гендерные стереотипы: материалы авторского социологического исследования. – Астрахань, 2011.
9. Пронин, А.А. Положение женщин в современной России: общая характеристика. – М., 2000.

**ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ  
КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ  
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Аверкина Т.О.

*МАОУ ВПО «Краснодарский  
муниципальный медицинский институт  
высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

В отечественной психологии существует заложенная А.Р. Лурия традиция исследования внутренней картины болезни.

Изучение проблемы внутренней картины болезни при различных заболеваниях обусловлено необходимостью учета роли личности в развитии, течении и исходе заболевания, характера изменений личности в условиях

болезни, что имеет большое значение для правильного и своевременного решения вопросов диагностики и лечения, а также для адекватного построения реабилитационных мероприятий, одним из направлений которых является психотерапевтическая коррекция искаженного субъективного отражения больным проявлений своего заболевания.

Данная работа направлена на изучение внутренней картины болезни (ВКБ) у медицинских работников среднего звена. При этом ВКБ рассматривается не только как психосоматический феномен, но и как феномен самосознания, в связи с чем исследуется также взаимосвязь ВКБ и образа представлений о своей болезни у медицинских работников среднего звена в сфере здравоохранения.

Актуальность исследования определяется, во-первых, логикой развития психосоматического направления в рамках отечественной клинической психологии, и, во-вторых, запросом со стороны медицины, здравоохранения посмотреть собственное отношение к болезни сотрудников больницы, а именно: медицинских работников среднего звена. Актуальность исследуемой проблемы для здравоохранения обусловлена не только необходимостью изучения вопроса о роли психологических факторов в патогенезе симптома, но и необходимостью научного обоснования принципов и методов психологической коррекции. Концепция «внутренней картины болезни» исходит из того факта, что любая болезнь (реальная или только мнимая) не является нейтральным событием в жизни человека; она как новый компонент реальности встраивается в деятельность субъекта, в систему его отношений.

Цель работы: рассмотреть особенности внутренней картины болезни

у медицинских работников среднего звена.

Гипотезы исследования:

1. Решающее влияние на формирование и особенности ВКБ оказывает не столько объективная тяжесть заболевания, сколько особенности формирования самосознания, образа «я». Особенности субъективного отражения заболевания зависят от уровня развития самосознания больного, но и формирование самосознания, в свою очередь, происходит под влиянием ВКБ.

2. ВКБ может негативно влиять на психическое развитие человека.

Объект данного исследования: внутренняя картина болезни как социально-психологический феномен у медицинских сестер.

Предметом исследования являются особенности внутренней картины болезни у медицинских сестер.

Методологической основой данного исследования являются:

а) положения, выдвинутые в отечественной психологии и патопсихологии Зейгарник Б.В;

б) основные положения концепции культурно-исторического развития психики (Л.С. Выготский), и некоторые положения теории деятельности (А.Н. Леонтьев), их применение для исследования психосоматических явлений, телесности человека;

в) особенности внутренней картины болезни (Р.А. Лурия).

Методы исследования:

- теоретические: анализ, синтез материалов по выбранной проблеме, обобщение;

- эмпирические: методы психологической диагностики, направленные на исследование особенностей ВКБ (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и Гиссенский опросник соматических жалоб).

Беседуя с пациентом, собирая информацию о болезни, обсуждая тактику лечения, не следует забывать, что врач и пациент рассматривают недуг с различных позиций. Это часто становится препятствием в достижении взаимопонимания, приводит к неудовлетворенности результатами лечения, а иногда и к ухудшению состояния здоровья. Позиция больного отличается тем, что только он испытывает те ощущения (боли, неудобство, зуд), которые вызываются болезнью. Кроме того, он не может относиться к болезни равнодушно, поскольку чувствует угрозу и ущемление его базовых потребностей. Каждый пациент также имеет свой уникальный жизненный опыт, индивидуальный багаж знаний, выработанных в юности убеждений и заблуждений, набор привычных стратегий преодоления стресса. Все это заставляет его сформировать свою собственную позицию по отношению к расстройствам здоровья, которую мы называем внутренней картиной болезни.

Под внутренней картиной болезни понимается комплекс ощущений, переживаний и представлений человека, связанных с его заболеванием, формирующийся у заболевшего человека образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания (или приспособление к нему). Процесс становления ВКБ рассматривается как процесс познания индивидом себя как больного человека, обусловленный необходимостью адаптации к ситуации, связанной с болезнью.

Аутопластическая картина болезни:

Сенситивный уровень предполагает наличие болезненных ощущений (слабость, тошнота, головокружение, боль и пр.).

Эмоциональный уровень отражает общее чувственное впечатление от ситуации, вызванной болезнью.

Интеллектуальный уровень предполагает логическую оценку ситуации болезни с позиции имеющихся знаний опыта интеллектуальных способностей.

Поведенческий уровень выражается в действиях, которые предпринимает или планирует предпринять больной в связи с наличием расстройства.

Эмпирическое исследование проводилось у будущих медицинских сестер, обучающихся на 3 курсе ВПО отделения «Сестринского дела» на базе МАОУ ВПО «Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования». В исследовании принимало участие 30 респондентов. По методике «Отношение к болезни» (ТОБОЛ), были получены следующие данные:

40% (12 чел.) относятся к гармоничному типу;

27% (по 4 чел.) - эргопатическому и анозогнозическому типам;

27% (по 2 чел.) - ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому и сенситивному типам;

6% (по 1 чел.) - тревожному и дисфорическому типам.

Проведенное исследование предполагает следующие выводы о том, что у 60% респондентов имеются соматические жалобы на здоровье; при этом у 26% респондентов отношение к болезни стабильное, а у 14% респондентов отношение к болезни более апатичное и депрессивное. Это говорит о том, что этим респондентам необходим отдых, например: заняться своим любимым делом, побольше времени проводить на свежем воздухе, также не помешает занятие физическими упражнениями и, конечно же, как можно чаще проводить время с

близкими людьми, иначе такое отношение к болезни ни к чему хорошему не приведет.

### **СВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТА С ШИЗОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЕЙ**

Алексеева Е.Б., Третьякова В.Ю.

*МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

Для глубокого понимания сущности каждого человека необходимо глубже изучить его темперамент и акцентуации. Сегодня достаточно хорошо изучены структура, свойства и элементы личности. Диагностика свойств личности, а в частности темперамента и акцентуаций, дают достаточно точные данные для коррекционной работы. Выявление акцентуации характера и своевременная профилактика, поможет личности в жизни.

В научной литературе глубоко исследованы вопросы типологии черт характера. Понятие акцентуация характера ввел К. Леонгард в 1976 г., оно означает чрезмерную выраженность отдельно взятых черт характера, а также их разнообразных сочетаний. Согласно концепции К. Леонгарда в структуре личности некоторые акцентуированные черты в большей степени определяются особенностями темперамента. Темперамент влияет на темп и глубину эмоциональных реакций. Поскольку четкой границы между темпераментом и характером не существует, вне зависимости от природы акцентуированной черты К. Леонгард употребляет термин «акцентуированная личность», но раскрывает содержание этой черты, уделяя больше внимания, либо темпераменту, либо характеру [1].

Так же существует еще одна широко известная теория акцентуаций личности А.Е. Личко. Он исследовал проблемы акцентуаций у детей и под-