

Пономарева Людмила Геннадьевна

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАТЕГОРИЙ СУБЪЕКТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2010/10/40.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2010. № 10 (41). С. 124-127. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2010/10/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

еще необходимо заплатить, чтобы пациентке было оказано должное внимание. Как только Ольга со всеми расплатилась, ее мать сразу перенесли в палату и оказали необходимую помощь. Кроме того, медсестра, получившая деньги, сказала, что будет дополнительно присматривать за матерью Ольги.

Как Вы оцениваете поведение Ольги?

8. Елена, студентка 2-ого курса, сдавала сложный предмет преподавателю, который славился тем, что часто отправлял студентов на пересдачу до тех пор, пока студент не предлагал ему взятку. Елена была отправлена на пересдачу дважды, за что ее в следующем месяце должны были лишить стипендии. Отец Елены предложил ей деньги на взятку преподавателю. Но Елена наотрез отказалась. В течение нескольких недель, сидя ночами, она основательно освоила весь материал и проштудировала дополнительную литературу по предмету. На пересдаче она ответила так, что преподаватель не смог найти изъяна в ее ответе и был вынужден поставить зачет.

Как Вы оцениваете поведение Елены?

УДК 616.126.3 – 77: [621.793:661.666.097.8].001.365

Людмила Геннадьевна Пономарева

Белорусский государственный университет

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАТЕГОРИЙ СУБЪЕКТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ[©]

Понятие «внутренней картины болезни» введено известным отечественным терапевтом Р. А. Лурия в 1935 году, под которым он понимал признаки заболевания, которые можно получить всеми доступными врачу объективными методами исследования [1]. В. В. Николаева (1987) предложила рассматривать субъективную концепцию как сложное структурированное образование, в котором четыре уровня психического отражения болезни: 1) чувственный, уровень ощущений; 2) эмоциональный; 3) интеллектуальный; 4) мотивационный [2]. Формирование субъективной концепции болезни происходит под действием множества факторов: не только выраженности органических и функциональных нарушений, но и особенностей личности.

Наличие неадекватно сформированной субъективной концепции болезни может отрицательно влиять на течение и исход заболевания, а также способствовать уплощению личности больного, развитию внутриличностных и межличностных конфликтов, а также тяжелой невротизации и психопатизации.

Таким образом, изучение субъективной концепции болезни является необходимым при врачебной и психологической практике. Детальные сведения о субъективной концепции болезни, о ее структуре, динамике и причин изменения, а также факторов формирования, позволяют четко определить и улучшить результаты врачебной интервенции.

В качестве метода исследования был использован метод клинического интервью (полуформализованное). Для анализа данных был выбран метод качественного контент-анализа. Клиническое интервью было проведено среди выборки испытуемых (информанты), состоящей из 10 человек женского пола: 6 испытуемых – пациентки Республиканской клинической психиатрической больницы «Новинки»; 4 испытуемых – пациентки ЧУП санаторий «Криница», окончившие лечение в стационаре не более 2-3 месяцев до момента исследования. Отбор информантов проходил с учетом диагноза, а также личного согласия информантов.

В результате проведенного контент-анализа были выделены категории, характеризующие особенность субъективной концепции болезни женщин, страдающих нервной булимией.

1. «Адаптация к болезни». В данную категорию мы отнесли высказывания, относящиеся к системе адаптационных мероприятий, которая была сформирована самим больным в процессе лечения и реабилитации. Так, ИН[№] 10 говорит: «Лучший способ мой просить моего мужа или маму следить за мной». Стоит отметить, что наибольшее число высказывания данной категории были в интервью информантов, окончивших лечение и проходящих реабилитацию. Их «система адаптации» чаще связана с применением физической нагрузки, затем применение продуктов, снижающих аппетит и аутотренингов на релаксации. Информанты, проходящие лечение в стационаре на момент исследования о системе адаптации к болезни говорили мало.

2. «Врачебная интервенция». В ходе проведенного анализа было выявлено, что отношение к лечению зависит от длительности заболевания, количества госпитализаций, пребывания в стационаре/реабилитационном центре, сопутствующих заболеваний. Так, информанты, впервые находящиеся на лечении в стационаре на момент исследования оценивали врачебную интервенцию негативно, в том числе ввиду недостаточного внимания со стороны врачей и сложность прохождения лечения: «Я думаю, что здесь я стану больной... Пока меня не стали лечить, я чувствовала себя хорошо... У врачей нет времени... Вы бы смогли поговорить с врачом, чтобы мне объяснили для чего эти таблетки, что будет после приема?» (ИН[№] 1). Информанты, проходящие реабилитацию, оценивали прошедшее лечение положительно, ссылаясь на незнание врачебного дела: «Я же не врач, поэтому я считаю, они все сделали правильно» (ИН[№] 9); а также на результат лечения: «Я довольна результатом – я здорова» (ИН[№] 10).

3. «Информированность». Информанты отмечают необходимость информирования о заболевании и возможных последствиях. Также было отмечено, что наибольший интерес к заболеванию информантов был проявлен уже в процессе лечения, а не после постановки диагноза: «Вот когда узнала сам диагноз – ничего особого не было. Только слова... А вот когда лечилась, стало страшно, мягко говоря, когда историй наслушалась» (И№ 2). Это подтверждает мнение К. Роснера о необходимости сообщать больному о состоянии болезни, а также об организации уровней субъективной концепции болезни и ее динамическом характере (В. В. Николаева, В. А. Ташлыков, Ю. Г. Зубарев и др.).

4. «Образ здоровья». При анализе клинических интервью информантов, окончивших лечение, была выделена категория «образ здоровья», что подтверждается исследованиями Л. С. Мучник, В. М. Смирнова и Т. Н. Резниковой, которые показали, что одновременно с субъективной концепцией болезни создается модель «внутренней картины здоровья»: «Я буду полностью здоровой, когда не буду думать, ну, что у меня эта болезнь... Наверное, еще, когда буду уверенная в себе» (И№ 9). Отсутствие данной категории в интервью информантов, находящихся на лечении, тем, что в условиях протекания болезни и отсутствия состояния ремиссии, достаточно сложным является формирование субъективной концепции болезни, т.е. достаточно полное представление о заболевании, что затрудняет формирование «внутренней картины здоровья». Данные результаты соотносятся с результатами исследований Ю. Г. Фроловой, Л. С. Мучник, В. М. Смирнова и Т. Н. Резниковой и др.

5. «Описание симптомов и приступов». Данная категория является наиболее обширной как по количеству смысловых единиц, так и по экспрессивности. При этом чаще о своих симптомах говорили информанты, проходящие лечение в стационаре. В ходе анализа смысловых единиц данной категории были выделены следующие подкатегории:

1) *Описание собственно симптомов и течение приступов*: «Я расстегивала штаны и лежала, чтоб как-то полегчало... А потом просто засунула пальцы в рот. Мне стало легче, и я вернулась за стол» (И№ 1); «Чувствую – переела, иду в туалет... Так каждый раз, когда мне не нравится, что у меня в желудке» (И№ 5).

2) *Описание отношения к симптомам и приступам*: «Для меня это обычная процедура, чтобы кушать все, что хочу и влезть в 48 размер» (И№ 3); «Потом тоже не особо я думала, что это плохо, просто, когда начинаются проблемы со здоровьем, которые приносят боль, тогда начинаешь понимать, что это все плохо» (И№ 9).

Информанты, проходящие курс лечения, относились к симптомам, как к приемлемому механизму контроля массы тела, когда информанты, окончившие лечение, относились к агрессивным методам контроля массы тела критично. Это подтверждает результаты исследования М. Burns и N. Gavey о роли социальной детерминации очистительного поведения и восприятии агрессивных методов контроля пищевого поведения как приемлемых у женщин с диагнозом «нервная булимия».

3) *Эмоциональное состояние во время и после возникновения симптомов и приступов*: «Думала, что я виновата наверное тем, что скрываю это» (И№ 8); «Было неловко после этого, в гостях особенно... Вообще, чувствуешь себя грязно» (И№ 9); «Хотелось умереть» (И№ 10).

В описании эмоционального состояния, информанты указывали на доминирующее чувство вины в оценке своего поведения, а также чувства подавленности связи с самой процедурой очистки («полупереваренная пища» и проч.).

4) *Описание первого эпизода очистительного поведения*: «Я помню, как у тети на дне рождения я очень объелась, что мне было плохо... А потом я пошла в туалет и...вы понимаете...» (И№ 1); «Это произошло лет в 15, когда худела» (И№ 8). Указывая на начало заболевания, информанты говорили о связи появления симптомов и приступов с желанием похудеть и/или поддерживать диету или массу тела с целью соответствовать представленному идеалу, либо получить социальное принятие: «Как все девочки, ограничивала себя в еде, ну, всеми это приветствуется, когда девушка стройная, когда ты говоришь, что на диете, многие поддерживают, советуют разное» (И№ 8). 5) *Бесконтрольность заболевания*: высказывания данной подкатегории отражают, как отсутствие контроля в течение приступов, так и субъективные переживания по поводу не возможности контролировать собственное поведение: И№ 8: «Тяжело, когда были приступы, и я не могла контролировать себя»; «Я не могла удержать себя в руках и это неприятно» (И№ 10). Здесь можно говорить о том, что чувство контроля над протеканием заболевания является значимым для больного.

Подробное описание симптомов и приступов у информантов, проходящих лечение, говорит о преобладании чувств и эмоций в восприятии заболевания, что соотносится с позицией о динамической структуре субъективной концепции болезни, в которой на начальном этапе психического отражения болезни доминирует эмоциональный уровень (В. В. Николаева, В. А. Ташлыков и др.).

6) *Ситуации возникновения симптомов и приступов*. Типы стрессогенных ситуаций, описанных в ходе клинического интервью:

а) ссоры с родственниками и коллегами: «Я для себя отметила и мой врач тоже, что часто, когда проблемы на работе, мне хотелось сорваться, то есть сорваться в еду... трения разные с коллегами бывают, много чего не приятного с ними » (И№ 10);

б) неудачи в делах: «После этого я стала очень много есть, иногда много: больше всего после того, как я не поступила в университет» (И№ 2);

в) самооценка и самовосприятие (измерение объемов тела, массы тела, покупка одежды): «Я говорила, что срочно нужно худеть после весов. Вот завтра сяду на диету, только сегодня «оторвусь» (И№ 3); «Начиналось это часто, когда что-то хотела купить, а не влазила. Сразу думала, что нужно поосторожнее с собой» (И№ 9). Данные результаты также соотносятся с исследованиями социальных факторов возникновения нарушений пищевого поведения О. А. Скугаревского, Ю. Г. Фроловой и др., а также социальных детерминант развития и течения нервной булимии у женщин М. Burns и N. Gavey и проч.

6. «Отрицание психического заболевания и статуса больного». Наличие высказываний, отрицающих наличие заболевания, может быть объяснено тем, что восприятие болезни как угрозы для жизни, часто обусловлено наличием физического дискомфорта, физической депривации, болевых ощущений и опасности для жизни: «Это несерьезно, я думаю. Я не умираю же, ходить могу» (ИН 5); «Сложно было поверить, что это все серьезно, только когда начались проблемы со здоровьем, осознала все» (ИН 9).

Также были отмечены высказывания, в которых отрицание психической болезни объяснялось отсутствием социально опасного поведения: «Я не больная... Я же на людей не кидаюсь» (ИН 1), «Думаю, стоило придумать для нас другое место – а то получается, что мы опасные, ну, если здесь лежим» (ИН 5). Это обусловлено как низкой информированностью информантов по поводу возникновения и течения нервной булимии, наличием житейских установок по отношению к психической болезни, а также отрицанием принятия роли психического больного.

Здесь же стоит отметить, что информантом наряду с отрицанием болезни крайне сложно принять на себя роли больного. В основном, данная позиция связана с предубеждениями информантов, а также общественными стереотипами в отношении психических больных. Так, ИН 9 говорит: «...Просто сложно взять на себя эту роль, признаться себе, что ли... Было, помню, жутко осознать, что вот все эти люди, которые гуляют по коридору, похожи на тебя, то есть в жизни их не видно, и ты считаешь, что это из области фантастики, то есть, ты не они все равно... Я бы сказала, что первое, что хочется, это доказать врачам, что, ну, ты не такая, что ты просто человек с недугом, но вполне нормальный». «Я до сих пор не могу понять, что общего между мной и теми, кто там лечится» (ИН 10).

7. «Причины возникновения заболевания». В данную категорию вошли высказывания информантов о причинах возникновения заболевания, при этом причины были сформулированы на основе житейских установок (по В. Д. Менделевичу): 1) *болезнь как собственная ошибка*: «Но я сама виновата - свое творит человек» (ИН 2); 2) *болезнь как испытание*: «Я думаю, что это испытание... то, что я здесь» (ИН 1); «Я должна это все преодолеть, как дистанцию или экзамен» (ИН 4); 3) *болезнь как кара*: «Бог наказал, наверное, за маму» (ИН 8); «Все, что с человеком не так, это как ответ на его плохое, то есть плохое возвращается в виде болезни» (ИН 9).

8. «Социальное одобрение поведения». Смысловые единицы данной категории указывают, что причиной возникновения заболевания, а также закрепление агрессивных методов контроля массы тела, является социальное одобрение подобного поведения, т.е. стремление корректировать массу тела, стремление соответствовать социально желаемому образу женщины: «Как все девочки, ограничивала себя в еде, ну, всеми это приветствуется, когда девушка стройная, когда ты говоришь, что на диете, многие поддерживают, советуют разное» (ИН 2); «Когда все говорят: «молодец», «модель» хочется продолжать, а еще понимаешь, что это работает!» (ИН 8).

Данные результаты также согласуются с результатами теоретических и практических исследований О. А. Скугаревского, Ю. Г. Фроловой, М. Burns и N. Gavey и др.

9. «Отношения к будущему». Данная категория являлась наиболее содержательной в клиническом интервью информантов, находящихся на реабилитации (пункт 1). Информанты, находящиеся на лечении на момент проведения исследования, говорили об отношении к будущему мало, а также малосодержательно, ограничивая планы дальнейшей жизни выпиской из больницы. Также было отмечено, что данные информанты отмечают неопределенность будущего. Это выражается как в содержательном аспекте высказываний, так и частое использование таких наречий, как «наверное, возможно, надеюсь», а так же словосочетаний «хотелось бы», «может быть» (пункт 2):

1) «Я многим могу помочь. Сейчас много форумов, где я могу помогать женщинам» (ИН 2); «Заведу ребенка или двух, когда можно будет» (ИН 8); «Дальше я хочу найти работу получше, конечно, не тяжелую» (ИН 9). Здесь следует отметить, что многие информанты указывали, что дальнейшую деятельность они планируют с учетом возможных стрессов, конфликтов, физической активности, в сторону снижения их уровня, а также ограничений заболевания. Это может быть вызвано как следствием следования рекомендаций врачей, так и снижением уровня самооценки и притязаний, о чем пишет Ю. Г. Фролова в исследовании реакции на психическую.

2) «Надеюсь, смогу учиться... Главное – выздороветь и дома быть» (ИН 1); «Пока нужно думать о выписке, а дальше посмотрим» (ИН 3); «Жить, как живу. Я боюсь перемен, а вдруг что-то опять?» (ИН 4); Высказывания об отсутствии предположений о развитии будущего - ИН 5, ИН 6, ИН 7.

Отсутствие определенных планов на будущее связано с тяжестью лечебного процесса, высокой стоимостью ввиду медикаментозного лечения, а также психическим состоянием, вызванным необходимостью принятия на себя роли психического больного, страхом социального непринятия, ограничениями, предубеждениями и стигматизацией.

11. «Страх социального непринятия». Наиболее значимым для информантов являлось переживание страха социального непринятия. Его можно разделить: 1) страх оценки, стигматизация: «...Не хочу, чтобы на меня смотрели, как на сумасшедшую» (ИН 1); «...Точно будут говорить каждый раз, что она там была и она ненормальная» (ИН 7); «Как на меня посмотрят окружающие? Что мне говорить, когда они спросят, например, где ты была?» (ИН 2); 2) страх лишений ввиду психической болезни: «Я боюсь, что мне не дадут права» (ИН 5).

10. «Семья, родные, друзья, окружающие». При описании взаимоотношений в семье, с друзьями, родственниками и окружающими людьми, информанты говорили о намерении скрывать (либо то, что скрывают) свое пребывание в больнице и причину пребывания от всех, кроме как от одного – нескольких наиболее близких людей: «То, что я здесь, знает только мама и М» (И№ 1); «Мама не рассказала, слава Богу, никому, а отец не знает» (И№ 2). Большинство высказываний данной категории соотносятся с категорией «Страх социального неприятия», т.е. данная категория объясняет причины такого поведения информантов по отношению к окружающим людям, например, И№ 4 говорит: «Зачем говорить знакомым? Дать лишний повод позубоскалить?».

Таким образом, субъективная концепция болезни представляет собой отношение больного к заболеванию и характеризуется целостностью восприятия и целостностью отношения к заболеванию, а также структурной сложностью и динамичностью. Наличие неадекватно сформированной субъективной концепции болезни может негативно влиять на течение и исход заболевания. К факторам формирования субъективной концепции болезни относят: тип болезни, преморбидные особенности личности, особенности социального окружения, в том числе, врачебное окружение, а так же мировоззренческие установки по отношению к данному заболеванию, как в системе представлений индивида, так и общества в целом.

Для женщин, страдающих нервной булимией, наиболее значимым явился опыт болезни в виде переживания симптомов и приступов и переживаний стигматизации при планировании будущего и построения взаимоотношений с семьей и окружающими людьми. Крайне сложным для данных больных является принятие роли психического больного, что проявляется при отрицании наличия либо серьезности заболевания. На раннем этапе развития заболевания доминируют чувства и эмоции, вызванные заболеванием. На более поздних этапах – интеллектуальные и мотивационные компоненты субъективной концепции болезни. Компоненты субъективной концепции болезни взаимосвязаны и взаимозависимы. В субъективной концепции болезни на различных этапах заболевания доминируют разные уровни, однако полного исключения какого-либо уровня не происходит. Таким образом, гипотезы данного исследования подтвердились. Кроме того, помимо заявленных категорий, были выделены: «отношение к будущему», «социальное одобрение поведения», «информированность», «отрицание заболевания и статуса больного», «образ здоровья».

Результаты проведенного исследования позволяют точно определить врачебную интервенцию психических больных, а также верно обозначить психокоррекционную и реабилитационную программу.

Научная новизна обеспечивается уникальным описанием психологических механизмов формирования и течения нервной булимии у женщин.

Список литературы

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 168 с.
3. Фролова Ю. Г. Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования // Философия и социальные науки. 2007. № 2. С. 75–80.
4. Burns M., Gavey N. Healthy weight at what cost? Bulimia and a discourse of weight control / M. Burns, N. Gavey // Journal of health psychology. 2008. Vol. 9. № 4. P. 549–565.

УДК 510

Борис Михайлович Сойкин

Балтийский государственный технический университет «Военмех» им. Д. Ф. Устинова

ОБ УЛУЧШЕНИИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ВУЗОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ®

В современных условиях развития науки, техники и технологии на передний план выдвигается проблема модернизации и повышения качества подготовки специалистов высшей квалификации. Особое место при этом занимает модернизация преподавания фундаментальных наук и, в первую очередь, математики. Повышение требований к содержанию и изучению математики в элитных средних школах и вузах предопределяют более высокий содержательный уровень и прикладной характер учебных математических дисциплин, без которых невозможно решение актуальных задач передовой аэрокосмической техники и технологии. При создании новых технико-технологических систем государству как никогда нужны высококвалифицированные научные и технические кадры.

Практико-ориентированная технология подготовки специалистов в высших учебных заведениях немыслима без создания новых решений и инноваций в образовании, науке и технике.

В практических расчетах на прочность и надежность современных машин, механизмов и конструкций до сих пор как у нас, так и за рубежом используется обычно прежний опыт и эксперимент [3].