

телей эноса саха // Психология экстремальных профессий: материалы Всероссий. науч.-практ. конф. (г. Архангельск, 18-19 декабря 2014 г.) / Сост. и отв. ред. Я.А. Корнеева; Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова. – Архангельск: САФУ, 2015. – С. 141-144.

3. Солдатова Г.У. Психология межэтнической напряженности. – М.: Смысл, 1998.

4. Яницкий М.С. Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности: учебное пособие / М.С. Яницкий, А.В. Серый. – Новокузнецк: МАОУ ДПО ИПК, 2010. – 102 с.

5. Schwartz S.H. (1990). Individualism-collectivism: Critique and proposed refinements. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 139-157.

УДК 159.9 (075) ББК 88.48я7

МЕЖЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

© **Готовцева И.П., Винокурова Я.В.**

Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск

В статье рассматриваются межэтнические различия психологических особенностей онкологических больных на примере якутского этноса. Выявлены различия в выраженности компонентов тревожности и механизмов психологической защиты. Определены ведущие механизмы защиты и особенности личностной и ситуативной тревожности при онкологических заболеваниях.

Ключевые слова: механизмы психологической защиты, личностная тревожность, ситуативная тревожность, этнопсихологические особенности, психоонкология.

В настоящее время, психология онкологии является одной из наиболее активно обсуждаемых тем, как в медицинском сообществе, так и в психологическом. Основоположница этого направления, Джимми Холланд, определяет психоонкологию, как науку о психологических, психических, социальных и этнических факторах, имеющих отношение к развитию, предотвращению и устранению онкологической патологии, обосновывая необходимость изучения психологических отклонений и психиатрических расстройств

у пациентов с онкологическими заболеваниями. Психологические аспекты онкологии рассматриваются с двух сторон: психологические реакции пациентов и их окружения на онкозаболевание на всех его стадиях («онкопсихология») и психологические, поведенческие и социальные факторы, способные влиять на процесс болезни («психосоциальная онкология») [2].

Существует гипотеза о том, что психосоциальные факторы в сочетании с другими факторами риска могут сыграть решающую роль в течении заболевания, так как формируют повседневный образ жизни человека. При этом, в отечественной психологии приобретение онкологического заболевания человеком с психологической точки зрения рассматривается как экстремальная или как кризисная ситуация, что предполагает возможность применять методы исследования кризисных или экстремальных ситуаций к проблеме исследования психологических аспектов онкологического заболевания. В данном случае человеку необходимо не только принять и осмыслить свой диагноз, что требует огромных душевных затрат, но и научиться решать целый ряд новых для него личностных и экзистенциальных проблем. Но при этом, в любом случае, независимо от локализации поражения, заболевание с витальной угрозой с высокой вероятностью становится психотравмирующим событием для человека. Поэтому основной проблемой изучения психоонкологии является изучение реагирования пациента на само онкологическое заболевание, проблемы взаимодействия личности и болезни.

Известно, что представители различных народов по-разному реагируют на те, или иные обстоятельства жизни, в силу своих различий в поведении, типу темперамента, складу характера. Этнопсихологи Х. Штейнталь и М. Лазарус пытались доказать, что язык, религия, право, искусство, наука, быт, нравы, получают конечное объяснение в психологии народа как носителя коллективного разума, воли, чувств, характера, темперамента и т.п. Из такого умозаключения вытекает то, что все явления социальной жизни человека представляют собой некий народный дух, то есть основной задачей психологией народов становится познание психологической сущности духа народа, познание законов, по которым протекает духовная деятельность [5].

В нашем исследовании мы попытались определить, насколько велика разница в преобладании тех или иных психологических особенностей у различных этнических групп в переживании своего диагноза.

В условиях мультикультурной среды, где пациентами выступают представители разных этнических групп, учет этнических психологических особенностей также важен в процессе психологического сопровождения пациента, его лечения и реабилитации. Этническая принадлежность, национальный харак-

тер, культура, менталитет и т.д. откладывают свой отпечаток не только на личностные особенности, но и как следствие, на особенности эмоционального реагирования на различные заболевания, внутреннюю картину болезни, на используемые механизмы психологической защиты и смысловые ориентации. Зная, чем отличаются представители различных этносов, психолог уже заранее сможет предугадать свои следующие шаги в работе с ними.

Цель исследования состоит в изучении межэтнических различий психологических особенностей личности онкологических больных. Мы предположили, что у онкологических пациентов разных этнических групп имеются различия по структуре и выраженности личностных и эмоциональных характеристик. В качестве испытуемых было выбрано две группы: первая группа (экспериментальная) – пациенты с онкологическими заболеваниями, этническая принадлежность которых якуты, в количестве 34 человека; вторая группа (контрольная) – пациенты с онкологическими заболеваниями, являющиеся представителями различных этносов, в количестве 26 человек. Всего в исследовании приняло участие 60 человек.

Для определения ведущих механизмов психологической защиты мы использовали опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) был разработан Р. Плутчиком в соавторстве с Г. Келлерманом и Х.Р. Контом. Уровень тревожности, как ситуативной, так и с личностной, мы определяли с помощью «Интегративного теста тревожности» (ИТТ) А.П. Бизюка, Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева.

По результатам проведенного исследования было выявлено, что выраженность механизмов психологической защиты у представителей якутского этноса немного ниже, чем у представителей контрольной группы. Обратимся к таблице 1.

Таблица 1

Выраженность механизмов психологической защиты

№	Наименование шкалы (механизмы психологической защиты)	Национальность		Нормативные показатели среди здорового населения
		Якуты (Группа I)	Другие (Группа II)	
1	Отрицание	71,9	77,8	55
2	Вытеснение	78,5	84,2	63
3	Регрессия	63,6	74	68
4	Компенсация	61,7	74,1	66
5	Проекция	33,8	43	50
6	Замещение	55,8	64,2	63
7	Интеллектуализация	42,9	56,6	57
8	Реактивный образ	75	84,8	63

Из этой таблицы видно, что в первой (экспериментальной) группе в картине психологических защит преобладают несколько защитных механизмов, но при этом, на первый план выходят защитные механизмы «вытеснение», «реактивное образование» и «отрицание». Эти же защиты носят доминирующий характер и в контрольной группе испытуемых. Выраженность механизма «Вытеснение» говорит о том, что представитель любой национальности чаще всего избегает проявления внутреннего конфликта путем исключения из сознания истинного, но неприемлемого факта серьезного заболевания. Исключение такой психотравмирующей информации из сознания равносильно её забыванию. Причиной подобного «забывания» является намерение избежать дискомфорта, которое вызывается наличием угрожающего жизни заболевания.

Высокие показатели шкал «реактивное образование» и «отрицание» свидетельствуют о том, что пациенты, сталкиваясь с серьезным заболеванием, стараются чаще прибегать к принятию своего болезненного состояния путем бессознательного отвержения собственных эмоционально неприемлемых мыслей и переживаний, а также предотвращать их путем преувеличенного развития противоположных ценностей.

При этом в обеих группах такой механизм психологической защиты как «проекция» находится ниже нормативных показателей. Эти показатели, скорее всего, связаны с тем, что онкологический диагноз является таким сильным травмирующим фактором, который невозможно приписывать другим даже на бессознательном уровне.

Также, представители якутского этноса продемонстрировали меньшую выраженность таких защит как «регрессия», «компенсация» и «замещение». Скорее всего, такие данные были получены из-за особого этнопсихологического склада личности, характерного для якутов.

В целом надо отметить, что в группе пациентов якутского этноса, общий уровень напряженности всех защит ниже, чем в группе других национальностей. Это указывает на то, что для представителей якутского этноса наличие онкологического диагноза в анамнезе является менее значимым фрустрирующим фактором, а слабая выраженность остальных механизмов психологической защиты свидетельствует о более низком эмоциональном напряжении данных больных и ослаблении бессознательных форм реагирования на факт заболевания. Возможно, это связано с тем, что представители экспериментальной группы по своим этническим психологическим особенностям более сдержаны в проявлении эмоций, имеют склонность скрывать свои переживания, в целом обладают более скромным репертуаром эмоционального реагирования и экспрессии.

Если обратиться к процентному соотношению данных, то мы получим следующие результаты: в группе I у 29 % испытуемых среди механизмов психологической защиты преобладает «вытеснение» и у 32 % – «реактивное образование». В данном случае можно сказать о том, что у представителей этой группы негативные эмоции и переживания, например, переживания болезни, заменяются на ровно противоположные или же вытесняются полностью.

Далее обратимся к результатам по методике «Интегративный тест тревожности».

Таблица 2

Показатели группы I по шкалам «Интегративного теста тревожности»

Уровень	СТ-Л	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	СТ-С	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Высокий	24 %	32 %	38 %	26 %	18 %	18 %	38 %	29 %	59 %	47 %	35 %	21 %
Средний	70 %	50 %	53 %	59 %	53 %	53 %	59 %	56 %	41 %	47 %	50 %	44 %
Низкий	6 %	10 %	9 %	15 %	7 %	29 %	3 %	15 %	0 %	6 %	15 %	35 %

Тревожность, как устойчивая личностная черта у представителей якутского народа проявляется на среднем уровне, об этом мы уже говорили. Якуты могут ярко переживать те или иные события, но при этом могут не показывать своих эмоций или наоборот. Средний результат всегда достаточно неоднозначен. При этом время от времени бывает сниженное настроение, которое связано с неудовлетворенностью чем-то, которое и может привести к тревоге. Астенический компонент тревоги, который больше всего выражен среди высоких результатов, говорит нам о том, что усталость, вялость, пассивность проявляется достаточно редко, однако проявляется. При этом, чаще всего, тревога связана с постоянной неуверенностью в себе и боязнью перед какими-либо трудностями, которые могут быть. Однако, перспективная оценка и тревога за свое будущее таким людям не свойственны, скорее они живут настоящим. Что же касается социальных реакций защиты, то якуты об этом беспокоятся не часто, их редко волнуют социальные контакты, скорее их будет заботить обстановка в семейной жизни.

Ситуативная тревожность, вызванная, в данном случае ситуацией болезни, проявляется также на среднем уровне. Все шкалы, кроме астенического и фобического компонентов ситуативной тревожности, находятся на среднем уровне. Это говорит о том, что представители народа саха в период болезни подвержены усталости, пассивности, часто быстро утомляются. Им сложно заниматься какой-либо физической деятельностью. Кроме того, у них появляется неуверенность в себе, которая ведет к появлению страхов перед болезнью.

Обобщив вышеперечисленное, можно сделать вывод о том, что общий показатель личностной тревожности не сильно отличается от ситуационной. Но при этом, меняются показатели дополнительных шкал, следовательно, болезнь, которая отрезает человека от его обыденной жизни, меняет часть его внутреннего мира: не только настроение, но и, к примеру, круг общения, деятельность и т.д.

Таблица 3

Показатели группы II по шкалам «Интегративного теста тревожности»

Уровень	СТ-Л	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ	СТ-С	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Высокий	35 %	38 %	57 %	38 %	38 %	31 %	38 %	39 %	54 %	54 %	31 %	19 %
Средний	61 %	54 %	35 %	47 %	50 %	42 %	54 %	57 %	38 %	38 %	57 %	50 %
Низкий	4 %	8 %	8 %	15 %	12 %	27 %	8 %	4 %	8 %	8 %	12 %	31 %

Представители других национальностей также подвержены тревожности, но при этом, у них получились примерно такие же результаты, как и у первой группы. Все показатели на среднем уровне, кроме астенического компонента, который имеет высокие показатели. Это говорит о том, что усталость, вялость, пассивность проявляется у представителей второй группы достаточно часто. При этом тревога связана с постоянной неуверенностью в себе и боязнью перед какими-либо трудностями, которые могут быть.

Что же касается ситуационной тревожности, то все шкалы так же на среднем уровне, кроме астенического и фобического компонентов тревоги. Это говорит о том, что представители других национальностей, так же, как и представители этноса саха, в период болезни подвержены усталости, пассивности, часто быстро утомляются. Им сложно заниматься какой-либо физической деятельностью. Кроме того, у них появляется неуверенность в себе, которая ведет к появлению страхов перед болезнью.

Испытуемые обеих групп не сильно отличаются друг от друга в показателях как личностной, так и ситуативной тревожности. Представители обеих групп одинаково сильно переживают ситуацию болезни. Их ситуационная тревожность гораздо выше личностной.

Однако процент пациентов с высоким уровнем личностной тревожности выше во второй группе (38 % против 24 %), что свидетельствует о том, что у якутского этноса данная личностная черта менее выражена, чем у контрольной группы. Показатели остальных шкал личностной тревожности также немного ниже в экспериментальной группе, что также говорит о меньшей выраженности у якутов различных компонентов тревожности как устойчивой личностной характеристики.

Однако показатели ситуативной тревожности и ее дополнительных шкал не так сильно различаются в обеих группах. Это говорит о том, что в ситуации онкологической болезни представители обеих групп одинаково негативно воспринимают данный факт, что отражается на их эмоциональном состоянии. Особенно отчетливо это проявляется в усилении фобического и астенического компонента тревожности. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты как якутского этноса, так и других этнических групп, более боязливы по отношению к своему заболеванию. Для них характерны более выраженные усталость, расстройства сна, вялость, быстрая утомляемость.

Таким образом, пациенты, находящиеся на стационарном лечении в связи с онкологическим заболеванием, характеризуются высоким уровнем выраженности защитных механизмов «вытеснение», «реактивное образование» и «отрицание». Пациенты, являющиеся представителями якутского этноса, характеризуются меньшей напряженностью всех защит, что свидетельствует об особом характере реагирования на онкологический диагноз, связанном с этническими особенностями якутов. Также для пациентов якутской этнической группы характерна меньшая выраженность показателей личностной тревожности, однако выраженность ситуативной тревожности высока в обеих группах испытуемых, что свидетельствует о высокой фрустрирующей силе онкологического заболевания.

Как мы уже писали выше, каждому пациенту нужен индивидуальный подход, не зависимо от того мужчина это, или женщина, представитель народа саха или русский. Заболеть одним из видов рака может любой человек. Однако, не любой может преодолеть психологический стресс, связанный с болезнью без посторонней помощи. Этот диагноз в любом случае в корне меняет весь образ жизни пациента, и врачи-онкологи всего мира важнейшим аспектом комплексной терапии онкологических заболеваний считают коррекцию психоэмоционального состояния пациента.

Список литературы:

1. Бабаков В.Г. Стрессовое состояние этнического сознания// Этнопсихологические проблемы вчера и сегодня: хрестоматия. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 403-426.
2. Блинов Н.Н. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии. – 1990. – С. 966–969.
3. Вундт В. Проблемы психологии народов. – М.: Академический проект, 2010. – 136 с.

4. Павленко В.Н., Таглин С.А. Общая и прикладная этнопсихология. – М.: Т-во научных изданий КМК, 2005. – 483 с.
5. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. – М.: ИП РАН, Академический Проект, 2000. – 320 с.
6. Тхостов А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 12. – С. 1936-1944.
7. Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ // Психоанализ в развитии. (З. Фрейд, Ш. Ференци, М. Кляйн, Е. Гаддини, П. Фонда). – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – С. 25-26.
8. Холланд Дж., Ривкина Н. М. Психоонкология. История развития. // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 1. – С. 14-23.

УДК 616-01/09 ББК 57.3

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

© Сергиевич А.А.¹, Хороших П.П.²

¹Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток

²Технический институт (филиал)

Северо-Восточного федерального университета, г. Нерюнгри

Последние исследования состояния здоровья детей коренного населения северных регионов Российской Федерации показывают, что происходит ухудшение здоровья данной возрастной группы. Авторами проведен анализ основных исследований детей северных регионов России. Отмечены основные причины развития детской патологии в данной территориальной области. Особое внимание в статье уделяется влиянию этнических особенностей развития детского организма на восприимчивость к различного рода заболеваниям. Проведя общий анализ исследований, авторы работы отмечают особую роль перинатальных и младенческих болезней в регионах Севера России, неинфекционного характера в младшем возрасте, рост числа иммунных заболеваний, а также развитие психических отклонений различного генеза.