**Введение**

Ситуация хронического соматического заболевания (ХСЗ) рядом авторов рассматривается как провоцирующая кризис развития личности в целом (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.). Среди проявлений данного кризиса является изменение структуры времени жизненного пути личности, в частности временной перспективы.

Время жизненного пути личности – аспект временной организации личности, отражающий специфику распределения значимых жизненных событий в контексте жизни субъекта. Мы используем определение К.Левина, который под временной перспективой понимает всеобщность взглядов индивида на его психологическое будущее и психологическое прошлое, существующее в данное время. Ж.Нюттен выделяет три аспекта временной перспективы. Первый аспект – это собственно временная перспектива, характеризующаяся протяженностью и насыщенностью. Второй – временная установка, т.е. более или менее позитивная настроенность по отношению к прошлому, настоящему или будущему. Третий аспект – временная ориентация – преимущественная, доминирующая направленность поведения субъекта на объекты прошлого, настоящего или будущего.

**Изучение особенностей хронического соматического заболевания**

Мы рассматриваем ситуацию ХСЗ как потенциально критическую, т.е. как ситуацию невозможности (Ф.Е.Василюк) реализации жизненных задач – удовлетворения потребностей, достижения целей, реализации отношений и пр., в которой с высокой степенью вероятности возможно нарушение личностной идентичности (Э.Эриксон, Дж.Марсиа и др.) и развитие кризиса идентичности. Переживание жизненных событий (прошлого, настоящего и будущего) осуществляется через систему личностных смыслов, на основе которых человек соотносит свои возможности и цели, распределяет события жизни по значимости на данный момент времени. Жизненное событие - это поворотный этап жизненного пути, когда принимаются важные решения на длительное время. Наличие ХСЗ значительно меняет жизнедеятельность больного, а значит, заставляет человека по-новому взглянуть на свою жизнь, ее смысл. Все это отражается на переживании психологического времени жизни.

Мы предполагаем, что болезнь как потенциально критическая жизненная ситуация изменяет структуру времени жизненного пути личности; в ситуации ХСЗ происходит интенсивное осмысление жизни, оценка пройденного этапа, определение роли самого субъекта в реализации жизненного пути; временная перспектива сужается, как правило, человек ориентирован в большей степени на настоящий момент и прошлое и в меньшей степени на будущее.

Целью данного исследования стало изучение особенностей временной перспективы у больных ХСЗ в сравнении с особенностями временной перспективы у людей, находящихся в обычных условиях жизни (здоровых испытуемых).

В исследовании приняло 127 пациентов гастроэнтерологического и кардиологического отделений городской больницы №3 города Курска, средний возраст 42 года, разброс от 20 до 53 лет. 60 испытуемых – люди, не находящиеся в каких либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющих жалобы на состояние здоровья, жители г.Курска. Отбор производился условно случайно. Средний возраст 39,9 лет, разброс от 22 до 59 лет. Статистически значимые различия по возрасту (критерий U Манна-Уитни) между группами обнаружены не были (р = 0,279). Исследование проводилось в 2006-2007 гг.

Для изучения собственно временной перспективы мы использовали процедуру «Линия жизни», временных установок – «Шкалу временных установок» (Нюттена и Ленса), временных ориентаций – «Опросник Ф.Зимбардо по временной перспективе» (в адаптации А.Сырцовой), для изучения смысловой сферы – методика «Смысложизненные ориентации» (Д.А.Леонтьев), а так же тест «Локус контроля» Е.Г.Ксенофонтовой. В исследовании использовался статистический пакет STATISTICA 6.0.: анализ средних тенденций с учетом распределения и изменчивости признака, непараметрический критерий для двух несвязанных выборок U Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции R Спирмена.

В результате отмечаются значимые различия между выборками здоровых (З) и больных (Б) испытуемых по ряду параметров: 1) более высокие показатели точки настоящего у здоровых(ЗМ=2,9, БМ=-0,77, p=0,0), т.е. здоровые люди в среднем гораздо более позитивно оценивают свой этап жизненного пути; 2) более высокие показатели «позитивное прошлое» у здоровых (ЗМ=3,82, БМ=3,41, p=0,0), т.е. наличие ситуации ХСЗ в настоящем способствует более негативному переживанию прошлого; 3) более высокие показатели «фаталистическое настоящее» у больных людей (ЗМ=3,09, БМ=3,39, p=0,01), что свидетельствует о фаталистическом, беспомощном и безнадежном отношении больных к будущему и жизни; 4) данный факт подтверждается значимыми различиями в показателях «установка на настоящее» (по методике Нюттена и Ленса): в группе Б установка на настоящее в среднем носит нейтральный характер, в то время как в группе З она позитивна(ЗМ=4,69, БМ=3,89, p=0,0). В результате корреляционного анализа внутри групп выявлено: в группе З обнаружены значимые связи насыщенности временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Процессом жизни, Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь» ( R=0,34, p=0,007; R=0,34, p=0,007; R=0,28, p=0,02; R=0,31, p=0,01 соотв.), протяженности временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Процессом жизни, Результатом жизни, Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь»( R=0,36, p=0,003; R=0,38, p=0,003; R=0,33, p=0,008; R=0,34, p=0,06; R=0,31, p= 0,01 соотв.); в группе Б значимо коррелируют насыщенность временной перспективы с общей Осмысленностью жизни, Локусом контроля «Я»( R=0,22, p=0,01; R=0,19, p=0,02), протяженность временной перспективы с Локусом контроля «Я» и Локусом контроля «Жизнь»( R=0,18, p=0,03; R=0,18, p=0,03), а так же оценка настоящего момента и локуса контроля (здоровье) (R=-0,23, p=0,007), т.е. чем лучше человек переживает свой настоящий момент тем он менее контролирует, несет ответственность за свое здоровье. В группе З связь между показателями временной перспективы и смысловой сферы более полная и отражает состояние смысловой сферы как прямо, так и косвенно; в группе Б имеют место связи с косвенными показателями смысловой сферы и их гораздо меньше.

У человека, попадающего в ситуацию болезни, рассматриваемую нами как потенциально критическую настоящий период жизненного пути переживается как, сложный, требующий преодоления, настоящее рассматривается как беспомощное и безнадежное, а прошлое воспринимается как негативное. Отмечается сужение временной перспективы, т.е. при сохранении восприятия длительности будущего у человека в ситуации ХСЗ отмечается событийная опустошенность, он фиксируется на своем болезненном состоянии, ранее планируемые события заменяет желание выйти из ситуации болезни. Это также выражается в более ответственном отношении к своему здоровью – повышается интернальность в сфере здоровья.

**Гендерное исследование особенностей эмоциональной сферы личности больных артериальной гипертонией**

Проведенные ранее исследования указывают, что существенную роль в развитии артериальной гипертонии (АГ) играют особенности эмоциональной сферы (тревожность, агрессивность, алекситимия и другие). Однако на данный момент мало изучены их взаимосвязи у больных АГ. На сегодняшний момент также проведено недостаточно исследований, посвященных изучению гендерных особенностей проявления эмоциональной сферы у больных АГ. Поэтому целью данного исследования является выявление гендерных особенностей, эмоциональной сферы личности (агрессивность, враждебность, тревожность, алекситимия) больных АГ.

В исследовании приняли участие 196 человек – пациенты с АГ 2 степени (156 человек, 105 женщин и 41 мужчина) и условно здоровые люди, не имеющие хронических заболеваний (40 человек, 20 женщин и 20 мужчин). Возраст испытуемых – 31-57 лет.

Методы и методики: методика определения уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л.Ханиным), методика диагностики состояния агрессии (опросник А. Басса, А. Дарки), Торонтская шкала алекситимии. Для обработки полученных результатов использовался критерий Манна-Уитни (u) и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты. В ходе работы были выявлены особенности эмоциональной сферы личности больных АГ, характерные как для мужчин, так и для женщин: высокий или умеренный уровень личностной и ситуативной тревожности (средние значения по ситуативной тревожности у больных АГ для женщин составили 47,5±11,6, для мужчин 44,1±10,8, у здоровых испытуемых - для женщин 40,2±10,9, для мужчин 39,1±11,4; по уровню личностной тревожности у больных АГ для женщин равны 52,6±6,7, для мужчин 59,2±14,6, у здоровых испытуемых - для женщин 46,7±8,4, для мужчин 42,6±7,7); высокий уровень аутоагрессии (средние значения аутоагрессии у больных АГ для женщин составили 74,4±20,0, для мужчин 70,5±16,7, у здоровых испытуемых - для женщин 65,5±17,8, для мужчин 60,2±17,8); высокий уровень алекситимии, при чем у женщин, больных АГ, этот показатель значительно превышает аналогичный показатель здоровых людей, у мужчин же высокий уровень алекситимии наблюдается как в группе здоровых людей, так и у больных АГ (средние значения по алекситимии у больных АГ для женщин равны 69,2±12,3, для мужчин 58,8±11,8, у здоровых испытуемых - для женщин 61,2±12,4, для мужчин 63,9±13,0). При этом исследование показало, что только для женщин, больных АГ, характерна тенденция к преобладанию враждебных тенденций личности над агрессивными, то есть тенденция к подавлению поведенческого компонента агрессии, у мужчин, имеющих это заболевание, данный показатель не превышают аналогичный показатель здоровых людей (средние значения по преобладанию враждебности над агрессивностью у больных АГ для женщин равны 10,6±20,3, для мужчин -12,4±19,9, у здоровых испытуемых для женщин -9,8±23,1, для мужчин -18,2±26,8).

Полученные результаты частично подтвердили современные представления о гендерных особенностях эмоциональности. Было обнаружено, что среди здоровых людей у мужчин выше негативизм и уровень алекситимии, а у женщин выше уровень личностной тревожности. Эти данные подтверждают факт большей тревожности (эмоциональной лабильности, нестабильности) лиц женского пола по сравнению с лицами мужского пола, обнаруженный во многих исследованиях. Результат исследования уровня алекситимии у здоровых мужчин и женщин согласуется с современными представлениями о нормативной мужской алекситимии (термин предложен в 2001 году Р.Левантом). Мужчин в исследуемой выборке по сравнению с женщинами испытывают больше трудностей в вербализации эмоций, они могут испытывать трудности при описании собственных эмоциональных переживаний, при попытке понять чувства другого человека, при определении различий между чувствами и телесными ощущениями; для них более свойственна фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, ограниченное использование символов. Однако мы не выявили никаких различий в проявлении агрессивности и враждебности у здоровых мужчин и женщин.

Исследование же людей, страдающих АГ, показало, что в этой группе наблюдаются более выраженные гендерные различия эмоциональной сферы. Среди больных АГ у мужчин выше, помимо негативизма, еще и те виды агрессии, которые вместе дают индекс агрессивности: физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, а у женщин выше, помимо личностной тревожности, еще и те виды агрессии, которые относятся к индексу враждебности: подозрительность и обида, у них также выше преобладание враждебности над агрессивностью. То есть, мужчинам, страдающим АГ, более свойственно открытое поведенческое выражение агрессии. Женщины же более склонны к проявлению враждебности, то есть негативного, оппозиционного отношения к окружающему миру (в первую очередь к людям) преимущественно когнитивного характера, подразумевающего наличие негативных эмоций. Им свойственно скрытое, внутреннее переживание агрессии, которое не всегда проявляется на поведенческом уровне.

Анализ взаимосвязей между изучаемыми особенностями эмоциональной сферы личности у больных АГ позволил конкретизировать традиционно принятые в психосоматике представления о роли длительных заторможенных эмоций отрицательного характера в патогенезе АГ: для пациентов в целом (как для мужчин, так и для женщин) характерны взаимосвязи высокого уровня ситуативной тревожности, выраженности аутоагрессии и алекситимии. При этом у женщин, больных АГ, положительно взаимосвязаны следующие особенности личности: выраженность аутоагрессии, уровень преобладания враждебности над агрессивностью, высокий уровень алекситимии, ситуативной и личностной тревожности. Таким образом, данные особенности могут способствовать формированию и поддержанию длительного психического напряжения: легкость возникновения беспокойства при различных жизненных обстоятельствах (ситуативная тревожность) обусловлена личностными характеристиками (личностная тревожность); снижение способности к поведенческому отреагированию (преобладание враждебности над агрессивностью) связана у женщин с социально заданными гендерными ролевыми ожиданиями; выраженность аутоагрессии, склонность к самокритике поддерживают отрицательный аффективный фон; трудности распознавания собственных эмоций (алекситимия) дополнительно осложняют возможности отреагирования и регуляции эмоциональных состояний, усиливая фиксированное эмоциональное напряжение, способное провоцировать гипертензивные реакции. Обращает на себя внимание, что мужчинам в целом более доступно поведенческое отреагирование агрессии (уровень преобладания враждебности над агрессивностью значимо выше только у женщин, страдающих АГ), при этом в случае, если этот показатель выявляется у мужчин с АГ, то он положительно коррелирует с высоким уровнем личностной тревожности.

У людей, страдающих АГ, наблюдаются выраженные гендерные особенности эмоциональной сферы, что необходимо учитывать при планировании и осуществлении для них психологической и медицинской помощи.

**Изучение смысловой сферы у больных хроническим соматическим заболеванием кардиологического профиля**

В настоящее время проблема человека находящегося в ситуации соматического заболевания (как острого, так и хронического) рассматривается не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая.

Болезнь необходимо рассматривать как фактор возникновения кризиса идентичности, в который попадает больной человек в виду радикального изменения «социальной ситуации развития» (Л.С.Выготский). Одним из основных проявлении данного кризиса является изменение смысловой сферы

В нашем исследовании мы постарались проследить особенности смысловой сферы у лиц, страдающих кардиологической патологией. Данный профиль заболеваний нами выбран по двум основным причинам. Во-первых, по определению многих исследователей (Бройтигам, Рид, Сидоров, Менделеевич, Александер, Николаева, Соколова, Тхостов и др.), основная часть кардиологических заболеваний носит характер психосоматических, т.е. в формировании, течении и исходе которых важная роль принадлежит психологическому фактору. Во-вторых, несмотря на то, что изучение психологического компонента указанного профиля заболеваний началось давно, сведений относительно изменений смысловой сферы в процессе болезни крайне мало.

Смысловая сфера личности представляет собой особым образом организованную совокупность смысловых структур и связей между ними, обеспечивающую смысловую регуляцию жизнедеятельности субъекта во всех ее аспектах (Д.А.Леонтьев). Смысловая сфера носит индивидуальный характер, обусловленный системой деятельностей. Переживание хронического заболевания провоцирует изменение системы деятельностей, и, как следствие, смысловой сферы в виде изменения временной перспективы, нарушения способности к самоконтролю и управлению жизнью.

**Особенности переживания своего тела больными шизофренией**

Большинство из немногочисленных исследований телесности, как психологического феномена, при шизофрении было посвящено рассмотрению симптомов расстройств восприятия и переживания тела, а также их поведенческих проявлений. Так были описаны грубые искажения образа тела, переживания транссексуальности и тяга больных шизофренией к совершению радикальных перемен во внешности, могущая принимать формы от внезапных и причудливых изменений причесок до обращений в клиники пластической хирургии. В то же время вопрос о непосредственном переживании своего тела и себя, как телесного субъекта, при шизофрении остается открытым.

Таким образом, целью проведенного исследования стало выявление особенностей переживания собственного тела больными шизофренией.

В своем исследовании мы опираемся на основные принципы отечественной психологии телесности. Во-первых, телесность человека понимается нами, как культурно обусловленный феномен, нетождественный пониманию тела, исключительно как организма, и проходящий в своем развитии период социализации и освоения. Во-вторых, телесность рассматривается нами в контексте взаимоотношений субъекта с миром, в контексте его деятельности.

Экспериментальную группу составили 23 больных шизофренией преимущественно параноидной формы, непрерывного и приступообразного типа течения, без существенных нарушений. Контрольную группу составили 27 человек.

Учитывая тот факт, что феномены телесности являются глубоко укорененными и не всегда в полной мере поддающимися самоотчету, для проведения исследования нами были выбраны проективные и психосемантические методики. В рамках исследования использовались следующие методики: методика «Рисунок себя», методика «Словесного автопортрета», тест «Классификация ощущений», методика «Рисунок внутреннего тела». Проводился как количественный, так и качественный анализ полученных данных.

В результате статистической обработки данных удалось выявить статистически значимые различия между группами по ряду параметров (p<0.05).

Обобщение полученных результатов позволило сделать предположение о характерных особенностях переживания тела больными шизофренией:

Для больных шизофренией характерно «не-переживание» собственного тела. Что выражается в исключении тела из области «Я», деиндивидуализации образа тела, утрате телом функции презентации субъекта в мире, оскудении эмоционального отношения к собственной внешности и в отношении к телу, как к объекту. При этом обозначенные феномены сочетаются со снижением коммуникативной функции тела. Что проявляется в слабой освоенности тела, как инструмента невербальной коммуникации, а также культурных средств регуляции телесности (таких, как одежда).

В то же время переживание своего тела в виде внутренних телесных ощущений у больных шизофренией несет негативную окраску. То есть если телесность и осознается больными шизофренией, то осознается, как правило, в виде болезненных или несущих угрозу ощущений.

**Заключение**

На основании косвенных, проективных, данных можно выстроить общую картину переживания тела больными шизофренией. В норме наряду с тем, что тело является частью самого субъекта, он представляет собой достаточно освоенный инструмент в распоряжении субъекта и служит проводником его активности во внешний мир. При этом тело также является источником внутренних ощущений, чаще всего фоновых, но может обнаруживать себя и в форме болезненных. Для больного шизофренией тело не является частью его самого. Объективно являясь частью самого субъекта, субъективно тело переживается, как нечто внешнее. Оно предстает, как нечто чуждое, но постоянно сопровождающее больного. В то же время тело для больного шизофренией не является удобным инструментом и проводником его активности во внешний мир. Оно оказывается инструментом неудобным, не вполне освоенным, а что, важно, еще и своенравным. Возникающие внутренние телесные ощущения чаще воспринимаются больными, как болезненные или несущие в себе угрозу. Специфика тела в ряду других источников стимуляции заключается еще и в том, что от ощущений, исходящих от него самого, «скрыться» практически невозможно. Таким образом, больные шизофренией оказываются, как не оснащенными телом вовне, так и атакуемыми самим телом, но уже изнутри.

**Список литературы**

1. J. a Campo Nijman Evers Merckelbach Decker. Psihiatric comorbidity of gender identity disorders. 2006.
2. Mowlavi Lille Andrews Yashar Schoeller Weschelberger Anderson. Psychiatic patients who desire aesthetic sugery: identifying the problem patient. Annals of plastic surgery. vol. 44, №1. 2008.
3. Арина Г.А. Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа. Междисциплинарные проблемы психологии телесности // Материалы межведомственной научно-практической конференции. Из-во Моск. Гуманит. Ун-та, 2004.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во МГУ, 2004.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 2007.
6. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего – М., 2004.
7. Выготский Л.С. Психология. - М.: Изд-во ЭКСМО-пресс, 2009
8. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. - СПб.: Медицина, 2007
9. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). - М.: Изд-во МГУ, 2008.