

## СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© ЧИЖОВА В.М., БОГАТЫРЕВ А.А., 2015  
УДК 614.253.8-056.266-058

*Чижова В.М., Богатырев А.А.*

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ

ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава РФ,  
400131, Волгоград, Россия

Для корреспонденции: Чижова Валерия Михайловна, autarchy@mail.ru

Феномен приобретенной беспомощности является социальным фактом, негативно влияющим на интеракции врача и пациента. Приобретенная беспомощность препятствует выздоровлению пациента, снижает терапевтический эффект лечения. Целью исследования стали описание социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, выявление взаимосвязи риска возникновения приобретенной беспомощности в зависимости от пола, возраста, семейного положения, образования, наличия заболеваний, анализ поведения пациентов с приобретенной беспомощностью в условиях стационара, определение ведущего типа отношения к болезни у пациентов с приобретенной беспомощностью, типологизация проявлений беспомощности в поведении пациентов с приобретенной беспомощностью. Использован метод анкетирования пациентов, проведенный в государственных лечебно-профилактических учреждениях г. Волгограда. Обработка анкет осуществлялась методом сравнительного анализа. На основании анализа выявленных поведенческих особенностей, социальных ожиданий и отношений к лечебному процессу и медицинскому персоналу сформирован социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью: женщина пожилого возраста, без высшего образования, с низкими оценками своего благосостояния и качества жизни. Пациенты с приобретенной беспомощностью в условиях стационара проявляют пассивное дезадаптивное поведение, препятствующее достижению позитивного терапевтического эффекта.

**Ключевые слова:** *приобретенная беспомощность; социальный портрет; поведенческие особенности; интеракция.*

**Для цитирования:** Социология медицины. 2015; 14 (1): 49—53.

*Chijova V.M., Bogatirev A.A.*

## THE SOCIAL PORTRAIT OF PATIENT WITH ACQUIRED HELPLESSNESS

The Volgograd state medical university of Minzdrav of Russia, 400131 Volgograd, Russia

The phenomenon of acquired helplessness is a social fact negatively impacting physician-patient interaction. The acquired helplessness prevents convalescence of patient and decreases therapeutic effect of treatment. The study was carried out to establish social portrait of patient with acquired helplessness. In the course of study relationship of risk of development of acquired helplessness depending on gender, age, family status, education, occurrence of diseases were revealed; the behavior of patients with acquired helplessness in conditions of hospital was analyzed; the leading type of attitude of patients with acquired helplessness to their disease was determined; the manifestations of helplessness in behavior of patients with acquired helplessness were typologized. The technique of questionnaire survey of patients was implemented in state medical institutions of Volgograd. To process questionnaires the technique comparative analysis was applied. The analysis of established behavioral characteristics, social expectations and attitudes to process of treatment and medical personnel the social portrait of patient with acquired helplessness was outlined as follows: woman of elder age, no higher education, low valuation of one's welfare and quality of life. In conditions of hospital, patients with acquired helplessness manifest passive deconditioning behavior preventing achievement of positive therapeutic effect.

**Key words:** *acquired helplessness; social portrait; interaction; behavioral characteristics*

**For citation:** Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 49—53.

В качестве направления приоритетных исследований социологии медицины академиком РАН А.В. Решетниковым выделено изучение взаимодействия врача и пациента в современных социально-экономических условиях [1]. Взаимодействие между врачом и пациентом — имманентная составляющая лечебного процесса, оно важно не только как условие, обеспечивающее последствия лечения, но само по себе обладает терапевтическим эффектом. О терапевтической роли вза-

имоотношений врача и пациента писали еще русские врачи XIX века М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов и др. Позитивный эффект лечения выше и достигается легче, если модель взаимодействия, свойственная врачу, релевантна личностным особенностям пациента. Сложными с точки зрения управления интеракциями и достижения терапевтической цели являются пациенты, находящиеся в особом состоянии — состоянии приобретенной беспомощности.

В социологии медицины рассмотрены социальная роль пациента, социальные и правовые аспекты взаимодействия врача и пациента (И.Б. Назарова, 2004; С.А. Ефименко, 2007), проанализированы гендерные и возрастные особенности пациентов в зависимости от определенных заболеваний (В.Г. Табатадзе, 2007; В.О. Гурова, 2011) [2]. Однако до сих пор не рассмотрена отдельная категория пациентов с приобретенной беспомощностью и не исследовались интеракции с такими пациентами. Изучение социального портрета пациентов с приобретенной беспомощностью может расширить понимание процесса взаимодействия в медицинской практике.

Зарубежными исследователями (М. Селигман, 1965; Б. Овермаер; Д. Хирото, 1971) беспомощность рассматривается в основном в рамках когнитивно-бихевиорального направления психологии как состояние субъекта (выученная беспомощность) [3], а в отечественной науке как системное качество личности — личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010; В.В. Шиповская, 2009; Е.В. Веденеева 2009) [4]. Однако независимо от времени, устойчивости и способов образования данный феномен является продуктом социализации, т.е. приобретается человеком в процессе социального взаимодействия, происходящего в рамках определенных социокультурных связей. Поэтому мы разделили понятия «выученная беспомощность» и «приобретенная беспомощность». Первое понятие отражает психологический феномен, второе — социальный. Именно приобретенная беспомощность выступает в виде социального факта.

В современной литературе особенности поведения людей с выученной беспомощностью в ситуациях различных интеракций изучены недостаточно, а приобретенная беспомощность как социальный факт, влияющий на процесс взаимодействия врача и пациента, не исследовалась до настоящего времени.

Целью исследования явилось формирование социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью.

### Материалы и методы

Для исследования социального портрета пациентов, у которых сформировалась выученная, далее — приобретенная беспомощность (в настоящей статье мы используем термин «приобретенная беспомощность», так как, по-нашему мнению, он точнее отражает суть данного социального феномена), а также определения факторов, влияющих на характер интеракций с врачами, был использован социологический метод опроса в форме анкетирования и применен стандартизированный опросник для диагностики типов отношения к болезни «Методика ТООБОЛ». Исследование было проведено в 2010—2014 гг. в г. Волгограде. В группу респондентов вошли пациенты, обратившиеся за помощью в государственные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Всего в исследовании приняли участие 720 человек (264 мужчин и 456 женщин), среди которых была выявлена группа пациентов с приобретенной беспомощностью (198, 27,5%).

Анкета для пациентов состояла из трех блоков вопросов и одной методики. Первый блок включал первые 10 вопросов, направленных на выявление приобретенной беспомощности у пациентов в условиях стационара. Второй блок состоял из 20 вопросов, направленных на выявление поведения, отношения, ожиданий пациента применительно к лечебному процес-

су и медицинскому персоналу. Задачей второго блока анкет пациентов было выявление комплекса факторов, влияющих на интеракции пациентов. Третий блок включал вопросы, связанные с социальным статусом: пол, возраст, образование, доход, семейное положение, наличие детей. Для выявления типов отношения к болезни была использована методика ТООБОЛ, разработанная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева. При обработке анкет использовался метод сравнительного анализа.

### Результаты исследования

Сформирован социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью. Выявлено, что приобретенная беспомощность существует во взаимосвязи с определенными типами отношения к болезни и поведенческими особенностями, оказывая негативное влияние на интеракции пациентов.

В результате проведенного исследования из общего количества опрошенных была выделена группа пациентов с приобретенной беспомощностью ( $n=198$ , из них 48 (24,24%) мужчин и 150 (75,76%) женщин).

Анализ по гендерному типу показал, что среди мужчин в данной группе беспомощных пациентов преобладают пациенты старше 60 лет (47,92%), мужчины в возрасте от 30 до 45 лет составили 27,08% от общего количества человек в группе. Пациентов от 45 до 60 лет, а также до 30 лет было по 12,5%. Женщины старше 60 лет составили 51,33% от общего числа. Вместе с тем у них более выражена беспомощность в возрасте от 45 до 60 лет (32,67%), По 8% пришлось на возраст до 30 и от 30 до 45 лет.

Мы видим, что пожилой возраст оказывается существенным фактором, связанным с приобретенной беспомощностью, независимо от пола. Однако в других возрастных группах феномен приобретенной беспомощности представлен среди мужчин и женщин по-разному: в молодом возрасте более склонны к приобретенной беспомощности мужчины (12,5%), чем женщины (8%). Особенно важно отметить, что у женщин кризис 40-летних проявляется в увеличении числа пациентов с приобретенной беспомощностью (32,67%), среди мужчин таковых было 12,5%. Среди женщин с возрастом количество пациентов с приобретенной беспомощностью увеличивается.

Семейное положение пациентов следующее: состоят в браке 48,99%, холосты/не замужем 20,71%, разведены 20,2%, вдовцы 10,1%.

Исследование показало, что в группе беспомощных пациентов имели высшее образование 11,62% (только женщины), у 55,05% было среднее специальное или незаконченное высшее, у 27,78% — среднее образование, а с неоконченным средним (менее 10 классов) оказалось 5,56%. Можно утверждать, что уровень образования является обстоятельством, связанным с наличием приобретенной беспомощности: высшее образование — фактор, снижающий риск возникновения приобретенной беспомощности.

По уровню материальной обеспеченности респонденты распределились следующим образом: 51,01% в группе беспомощных пациентов считают уровень своего благосостояния низким или ниже среднего, 48,99% имеют средний уровень, пациенты с высоким уровнем благосостояния в этой группе отсутствуют. Мы не измеряли реальный уровень благосостояния опрошен-

ных, так как было важно субъективное мнение респондентов, поскольку приобретенная беспомощность изменяет ожидания и представления субъектов в сторону занижения реальных возможностей и ресурсов. Наше исследование показало, что большинство пациентов оценивают свой уровень благосостояния как низкий.

Во временном аспекте, характеризующем оценку изменения уровня жизни, мы получили ответы, свидетельствующие о преобладании низких оценок относительно исследуемого параметра. Так, 39,9% пациентов с приобретенной беспомощностью отметили, что их жизнь сохранилась на прежнем уровне, 35,86% человек стали жить хуже, 12,12% стали жить намного хуже (только женщины), 8,59% — значительно лучше (только женщины) и 3,54% затруднились ответить. Таким образом 47,98% респондентов в группе беспомощных пациентов считают, что они за последний год стали жить хуже, что еще раз подтверждает взаимосвязь приобретенной беспомощности с негативным характером оценочных суждений относительно собственного материального благосостояния.

В оценке уровня качества своей жизни респонденты распределились похожим образом: 36,37% отметили низкий или ниже среднего уровень, средний имели 57,58%, высоким уровень качества жизни считали 3,03% пациентов. Следовательно, удовлетворенность жизнью в группе беспомощных пациентов невысока, преобладают оценки среднего уровня и значительное число низких оценок. На наш взгляд, это во многом связано с эмоциональными характеристиками, свойственными людям с приобретенной беспомощностью. Полагаем, что в этом случае люди попадают в порочный круг. С одной стороны, они оценивают уровень и качество своей жизни как низкие, что является фактором возникновения эмоционального дефицита, т.е. негативных переживаний, проявляющихся в виде сниженного эмоционального фона (тоска, апатия и др.), тревожности, пессимизма и даже депрессии. Подобный эмоциональный дефицит поддерживает дефицит мотивационный, а тот провоцирует возникновение когнитивного дефицита. Наличие трех дефицитов, составляющих сущность приобретенной беспомощности, реципрочно приводит к низким самооценкам в отношении себя, своей жизни и своего окружения. Свойство генерализации, присущее приобретенной беспомощности, сказывается на характере интеракций врача и пациента, формируя ожидания, оценку действительности и определенный стиль поведения пациента.

Анализ семейной ситуации и наличие детей в группе беспомощных пациентов не выявил каких-либо особенностей и показал, что 30,3% пациентов не имеют детей, 63,64% имеют одного или двух и 6,06% — более двух детей в семье.

Для составления социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью важно рассмотреть социальные экспектации и поведение таких пациентов в стационаре при проведении лечения. Анализ ситуации нахождения в стационаре таких пациентов показал, что большинство респондентов в группе проявляют пассивную позицию в осуществлении лечения. Так, 64,14% опрошенных в группе беспомощных пациентов на вопрос: «Если Вы заболели, то...» ответили, что хотят, чтобы их быстрее вылечили, 32,83% пациентов ожидают некоторое время, что недомогание пройдет, и 3,03% стараются предпринимать лечебные действия незамедлительно.

Среди пациентов данной группы в основном присутствуют негативные переживания. Так, на вопрос о наличии каких-либо переживаний в процессе лечения 44,95% пациентов указали, что постоянно тревожатся за успех лечения, 30,81% боятся осложнений и последствий лечения, 6,57% часто расстраиваются без видимой причины, 5,56% становится многое безразлично, остальные 9,09% не выбрали ни одного варианта из предложенных ответов.

В состоянии болезни 33,84% опрошенных из группы беспомощных пациентов ответили, что ощущают себя беспомощными, 44,95% постоянно тревожатся по поводу своего здоровья, 12,63% проявляют безразличие ко многим вещам и только 8,59% активно приступают к лечению.

Таким образом, видно, что в ситуации заболевания среди пациентов с приобретенной беспомощностью выделяются разные типы проявления беспомощности:

- ◆ рефлексивный (ощущаемый, осознаваемый);
- ◆ квазиактивный (неконструктивная, патогенная генерализованная тревожность);
- ◆ очевидный (генерализованное безразличие, пессимизм);
- ◆ латентный (реально присутствующая, но по данному поведенческому признаку не проявляющаяся сразу).

Особо следует остановиться на последнем типе проявления беспомощности, которая не очевидна в поведении пациента в ситуации заболевания. Учитывая, что подавляющее большинство пациентов с приобретенной беспомощностью страдает хроническими заболеваниями, очень важно, чтобы лечение проходило последовательно и пролонгированно, так как именно эта последовательность отсутствует у пациентов с латентной беспомощностью.

Интересно рассмотреть фактор отношения к жизни пациентов с приобретенной беспомощностью. Так, 41,92% беспомощных пациентов считают, что человеческая судьба predetermined, 27,27% считают основными препятствиями в изменении своей жизни различные внешние обстоятельства или людей (экстернальный локус контроля) и 30,81% отметили недостаток усердия и воли, чтобы изменить жизнь в лучшую сторону. Таким образом, 72,73% беспомощных пациентов считают препятствиями на пути к изменениям своей жизни внешние, не зависящие от них и неподвластные им обстоятельства.

По поводу последних событий в жизни 36,36% пациентов отметили, что устали от постоянной смены событий, 32,83% стало сложно ориентироваться в новых ситуациях, 21,21% считают, что происходящие события стали для них часто неожиданными, 9,6% сказали, что ничего внезапного в их жизни не происходит.

Чувствуют себя в последнее время подавленными и беспомощными 24,75% пациентов, 30,3% беспокоят напряжение и раздражительность, 17,68% ощущают чувство безнадежности и собственной малозначимости, у 11,62% присутствует ощущение, что они не могут собраться и взять себя в руки, 12,63% отмечают безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям, 3,02% отметили другое (в том числе хорошее настроение).

Находясь на лечении 44,95% опрошенных группы беспомощных пациентов готовы выполнять то, что им говорят врачи, полностью полагаясь на профессионалов (нужно отметить удобство таких пациентов для медицинских специалистов), 36,36% пациентов с при-

обретенной беспомощностью ожидают, когда врач объяснит им, как начать лечение, и лишь 15,66% подсказывают врачу, на что стоит обратить внимание, желая тем самым получения обратной связи от специалиста.

Также 55,05% пациентов отметили, что на приеме у врача они ожидают, что врач полностью возьмет на себя ответственность за лечение, 30,3% ожидают, что с ними обсудят методы терапии, попутно выбирая наиболее приемлемые для них, 14,65% человек ждут лишь информирования о том, что они могут сделать в ситуации болезни.

Когда врач изначально находится в патерналистской модели взаимодействия (относится к пациенту, как к ребенку, не осознающему или недооценивающему состояние своего здоровья), для 30,81% пациентов это не имеет значения, 27,27% отмечают, что ощущают себя беспомощными в такой ситуации взаимодействия, 20,2% раздражаются, так как считают, что врач таким образом подавляет их инициативу, 17,68% пациентов ощущают себя вполне комфортно, 4,04% пациентов воздержались от ответа. Среди ожиданий от врача на первичном приеме 64,14% пациентов выделили профессионализм и внимание, 29,8% ожидают, помимо профессионализма, эмоциональную поддержку, 6,06% пациентов выделили только профессионализм врача.

По мнению таких пациентов, успех в выздоровлении зависит:

- ◆ только от компетентности врача (38,89%);
- ◆ от настроения пациента (21,72%);
- ◆ от сложившихся обстоятельств (15,15%);
- ◆ от профессионализма врача и настроения пациента (21,21%).

Во время лечения 83,33% пациентов меняют свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врача, в том числе отказываются от вредных привычек, 16,67% пациентов стараются сбалансировать привычный образ жизни с рекомендациями врача.

Желают быстрее выздороветь и выписаться из стационара 64,14% пациентов группы, поведение в стационаре остальных 33,34% зависит от того, как их лечат, 2,52% пациентов используют время, проведенное в стационаре, для отдыха.

Среди особенностей взаимоотношений с врачами 9,6% отметили, что случаются конфликты, 9% сложно найти общий язык и понимание, 15,15% человек чаще остаются неудовлетворены лечением, 27,78% человек боятся врачебной ошибки, 5,56% сталкиваются с недостатком человеколюбия, 33,33% успешно сотрудничают в процессе лечения. Таким образом, 66,67% респондентов группы пациентов с приобретенной беспомощностью испытывают какие-либо негативные переживания и сложности во взаимодействии со врачами.

На вопрос, как к ним относятся окружающие люди в зависимости от болезненного состояния, 64,65% ответили, что не замечают никаких изменений в отношении к ним, 18,18% ответили, что настороженно и предвзято, 12,12% пациентам безразлично мнение окружающих, 5,05% воздержались от ответа. Среди рекомендаций, которые выполняют пациенты, 55,56% выполняют только рекомендации по лечению, 11,62% выполняют все рекомендации, 8,08% выполняют только рекомендации по профилактике, 9,09% — рекомендации по оздоровлению, 6,06% — рекомендации по лечению и профилактике, 5,55% — рекомендации по лечению и

оздоровлению, 4,04% — выполняют рекомендации по профилактике и оздоровлению. Удовлетворенность лечением высказывают всего 16,16% пациентов, 74,75% довольны неполностью, 9,09% недовольны качеством оказываемых услуг.

В качестве факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, респонденты третьей группы отмечают:

- ◆ проявление воли и упорства в лечении (29,8%);
- ◆ большее желание лечиться (15,15%);
- ◆ более понятные и доступные методы лечения (23,5%);
- ◆ эмоциональный подъем (9,55%);
- ◆ поддержку окружающих людей (9%);
- ◆ отсутствие равнодушия к лечению (8,45%);
- ◆ другое (4,55%).

Кроме медицинской помощи, получаемой в государственных ЛПУ, пациенты обращаются и к другим ее видам: 45,45% прибегают к помощи народной медицины, 20,35% пользуются платной медициной, 18,05% обращаются за советами к друзьям и знакомым, 5,59% используют нетрадиционную медицину, 1,01% обращаются к услугам целителей и знахарей, 9,55% воздержались от ответа.

Понятие здоровья у 23,74% беспомощных пациентов выглядит как возможность вести активный образ жизни, 34,34% считают, что здоровье — это возможность чувствовать себя хорошо физически и эмоционально, 31,31% полагают, что в наше время полностью здоровых людей не бывает, 10,61% ответили, что здоровье — понятие весьма относительное. Таким образом, в группе пациентов с приобретенной беспомощностью понятие здоровья сводится преимущественно только к самоощущению или является недостижимой ценностью.

Самочувствие у 63,13% пациентов с приобретенной беспомощностью часто бывает плохим, у 36,87% — редко. В последнее время самочувствие улучшилось у 72,22%, 24,24% пациентов чувствуют себя плохо и лишь 3,54% чувствуют себя хорошо.

Оценивают свое здоровье как хорошее 15,15% респондентов данной группы, как плохое 15,15%, как среднее 69,7%. У 9,09% в процессе лечения часто возникают новые заболевания, у 78,79% выздоровление зависит от обстоятельств, 12,12% достаточно быстро выздоравливают без осложнений.

Если рассмотреть частоту возникновения заболеваний у пациентов с приобретенной беспомощностью, то у 55,05% заболевания возникают более 2 раз за полгода, 23,23% заболевают не более 1 раза в год, 11,62% болеют каждый месяц и 10,10% болеют 1 раз в год или реже.

Частота посещений ЛПУ у респондентов с приобретенной беспомощностью следующая: 45,96% обращаются к врачу 1 раз в квартал, 25,25% — 2 или 3 раза в год, 28,79% — 1 раз в год или реже. Интересен тот факт, что из общего числа беспомощных пациентов у 87,88% присутствуют хронические заболевания.

Типы отношений к заболеванию у беспомощных пациентов распределились следующим образом: 27,78% пациентов обнаружили чувствительный тип отношения к заболеванию, 18,18% — тревожный, 10,1% — эргопатический, 14,14% — анозогнозический, 12,63% — неврастенический, 2,52% — ипохондрический, 2,52% — меланхолический, 3,55% — апатический, 6,06% — паранойяльный, 2,52% — дисфорический.

## Выводы

Исследование позволило выявить показатели, на основании которых можно составить социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью.

1. Обнаружена взаимосвязь риска возникновения приобретенной беспомощности с возрастом, образованием, уровнем дохода, удовлетворенностью качеством жизни и наличием хронических заболеваний.

2. Пациенты проявляют пассивное (квазиактивное) поведение в процессе лечения.

3. В ситуации заболевания проявляются четыре типа проявления беспомощности: рефлексивный, квазиактивный, очевидный, латентный.

4. Преобладает сенситивный тип отношения к заболеванию.

Социальный портрет пациентов с приобретенной беспомощностью: пациенты преимущественно женского пола, пожилого возраста, без высшего образования, с низкими оценками своего благосостояния и качества жизни. Такие пациенты видят в качестве препятствий на пути к изменению своей жизни внешние, не зависящие от них обстоятельства, а любые происходящие события для них являются стрессообразующими факторами. Среди таких пациентов в основном присутствуют негативные переживания: чувства безнадежности и беспомощности, эмоциональное напряжение и раздражительность, ощущение, что не могут собраться и взять себя в руки, безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям. Отмечается снижение активной позиции в осуществлении лечения и неумение вести конструктивный диалог для получения обратной связи от специалиста.

Все это накладывает отпечаток на характер взаимодействия в ситуации стационара. Такие пациенты могут быть «удобны» для врачей, так как они не доказывают свою точку зрения, а только готовы (внешне) выполнять то, что говорят врачи, пассивно ожидают, когда врач объяснит им, как лечиться. В то же время та-

кие пациенты переносят ответственность за лечение и выздоровление на врачей, ожидая, помимо профессионализма и внимания, еще и эмоциональную поддержку.

Описание социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, его поведенческих особенностей, исследование влияния беспомощности на характер ситуации взаимодействия в стационаре поможет расширить понимание процесса социальных интеракций в медицинской практике и разработать для врачей практические рекомендации по взаимодействию с такими пациентами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Ефименко С.А. *Социология пациента*: Дисс. ... д-ра социол. наук. Волгоград; 2007.
3. Селигман Мартин Э.П. *Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни*. М.: София; 2006.
4. Циринг Д.А. *Психология личностной беспомощности*: Дисс. ... д-ра психол. наук. Томск; 2010.
5. Майерс Д. *Социальная психология*. М.: Питер; 2007.
6. Мэй Р. *Смысл тревоги*. М.: Класс; 2001.

Поступила 16.02.2015

## REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: A Guide*. [Sociologiya meditsiny. Rukovodstvo]. Moscow: GEOTAR-Media; 2002. (in Russian)
2. Efimenko S.A. *Sociology Patient*: Diss. Volgograd; 2007. (in Russian)
3. Seligman Martin E.P. *New Positive Psychology: Scientific Opinion on the Happiness and the Meaning of Life*. [Novaya pozitivnaya psihologiya. Nauchnyi vzglyad na schastie i smysl zhizni]. Moscow: Sofiya; 2006. (in Russian)
4. Tsiring D.A. *Psychology of Personal Helplessness*: Diss. Tomsk; 2010. (in Russian)
5. Mayers D. *Social Psychology*. [Socialnaya psihologiya]. Moscow: Piter; 2007. (in Russian)
6. Mey R. *The Sense of Anxiety*. [Smysl trevogi]. Moscow: Klass; 2001. (in Russian)

Received 16.02.2015