



Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования

«Московский государственный медико-стоматологический университет»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

**ФАКУЛЬТЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ОБРАЗОВАНИИ**



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

**24-25 ноября 2011г.**

**ББК 88.4**

**УДК 159.9**

**Ответственный редактор – Н.А. Сирота**

**Заместители ответственного редактора – В.М. Ялтонский,**

**Е.Е. Пахтусова, Т.С. Бузина.**



От всей души приветствую участников конференции *«Клиническая психология в здравоохранении и образовании»*, посвященной 10-летию факультета клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета!

Появление факультета клинической психологии 10 лет назад в стенах медицинского вуза отражает насущную необходимость современной медицины в изменении качества взаимоотношений врачей и пациентов и более глубоком понимании психологии здорового и больного человека. В современных условиях лечебно-диагностический процесс становится все более технологичным, а медицинские процедуры и протоколы лечения все более сложными. Но мы не должны забывать о том, что пациент - активный участник лечебного процесса. Поэтому значительно возрастает необходимость подготовки клинических психологов и обучение врачей адекватным медицинским коммуникациям, а исследование процессов адаптации пациента к ситуации болезни и ее лечения становится основой клинико-психологических вмешательств, способствующих эффективному преодолению болезни.

Именно клиническая психология может помочь современной медицине понять личность больного, сформировать необходимый комплаенс в процессе лечения и развить ресурсы для сохранения здоровья и предупреждения заболеваний. Сборник тезисов конференции посвящен этим актуальным проблемам и свидетельствует о прогрессивном развитии клинической психологии.

Благодарю авторов тезисов докладов за активную профессиональную позицию и сотрудничество с Московским государственным медико-стоматологическим университетом.

Ректор МГМСУ,  
Заслуженный врач РФ,  
профессор

О.О. Янушевич



## От ответственного редактора сборника

Дорогие друзья и коллеги!

Факультету клинической психологии  
Московского государственного медико-  
стоматологического университета исполнилось 10  
лет!

За эти годы, развиваясь в кругу друзей, коллег и единомышленников - психологов, врачей и педагогов нашего университета, Московского государственного университета имени М.В.Ломоносова, вузов Санкт-Петербурга, Ярославля, Рязани, Казани, и других городов России, коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья, мы понимаем необходимость подведения некоторых итогов. В этом сборнике тезисов юбилейной конференции «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» мы ставим вопрос: «Как наше профессиональное сообщество чувствует пульс времени и ощущает потребность в развитии нашей специальности сегодня?»

Тезисы докладов, представленные в этом сборнике, дают некоторые ответы.

Каким же аспектам клинической психологии посвящены исследования сегодня? Прежде всего, это работы, посвященные проблемам адаптации, совладания со стрессом, кризисом, требованиями социальной среды, различными возрастными, социальными и организменными ситуациями, такими как здоровье и болезнь. Это исследования психосоматических аспектов клинической психологии. Также активным полем научных изысканий являются внутренняя картины болезни при самых различных заболеваниях, проблемы комплаенса и приверженности лечению, изменению поведения в ситуации болезни и риска ее развития. Становится очевидным, что медицина остро нуждается в клинико-психологических технологиях помощи пациентам, а клинические психологи проявляют готовность к их разработке.

Как уже повелось, особый интерес вызывает развитие и углубление исследований, касающихся проблемам зависимости и зависимого поведения. В этом сборнике Вы найдете тезисы докладов, касающиеся как зависимости от алкоголя и наркотиков,

так и Интернет зависимости, зависимости от сетевых и ролевых игр, пищевой зависимости и курения. Спектр зависимых форм поведения растет и развивается. Развиваются исследования, касающиеся их профилактики, диагностики и лечения.

Аспекты психологической диагностики и коррекции психических расстройств также являются актуальным интересом наших исследований.

Особой областью беспокойств и в то же время нового опыта являются работы, посвященные изучению как моделей деятельности клинического психолога в различных учреждениях здравоохранения и образования, так и модели его подготовки, как в классических университетах, так и в медицинских вузах. Эти важнейшие аспекты обсуждения поднимаются авторами с целью повышения эффективности деятельности и уровня образования выпускников наших факультетов. И все же клиническая психология уже вышла далеко за пределы здравоохранения и образования. Возникают проблемы межведомственного взаимодействия, которые также нашли свое отражение в сборнике.

Психотерапия и другие психологические вмешательства, их эффективность, адекватность – этот вопрос находится в ряду актуальных сегодня у наших авторов.

Клинические психологи активно занимаются проблемами, основывающимися не только на клинике. Аспекты профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни находят отражения в тезисах докладов, также как и проблемы семьи, детства и его различных периодов, репродуктивного здоровья.

Вопросы эмоционального выгорания врачей, психологов и других категорий работников также представленные в нашем сборнике.

Таким образом, движение вперед, вглубь и за пределы устоявшихся стереотипов очевидно.

Спасибо всем авторам! Здоровья, удачи и безостановочного позитивного развития!

Наталья Александровна Сирота – декан факультета клинической психологии МГМСУ, доктор медицинских наук, профессор, зав.кафедрой клинической психологии.

## СОДЕРЖАНИЕ

### І.АКТУАЛЬНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. Шмелев Е.И., Шмелева Н.М. ПРОБЛЕМНЫЙ КОМПЛАЕНС В МЕДИЦИНЕ: ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА (ОПЫТ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.	13
Тхостов А.Ш. Нелюбина А.С. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.	20
Соколова Е.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛАЙЕНСА.	24
Сирота Н.А. СОВЛАДАНИЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА МОДЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ).	31
Шаболтас А. В., Скочилов Р.В ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ (КЕЙС МЕНЕДЖМЕНТ) КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	34
Малыгин В.Л. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛИЧНОСТНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ.	36
Ялтонский В.М. МОДЕЛЬ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ.	41
Орестова Е.В. ЛИЧНОСТНЫЙ ФАКТОР В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.	45
Филиппова Г.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН.	48
Менделевич В.Д. АНТИЦИПАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЗОГЕНЕЗА И АДАПТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ К ТРУДНЫМ ЖИЗНЕННЫМ СИТУАЦИЯМ.	55
Исаева Е. Р. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕГО И УГРОЖАЮЩЕГО ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.	62
Копытов А. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.	65
Никольская И. М. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ	68

СЕМЬИ И ДЕТСТВА В ПАРАДИГМЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ.

Новикова И. А. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ 75

Русина Н.А. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА: СООТНОШЕНИЕ ДУШИ, ДУХА И ТЕЛЕСНОСТИ 79

Урываев В.А. «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЛЕЧЕНИЯ» - АНАЛИЗ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОНСТРУКТА 83

Ann Edworthy, Beverly Cole. CYCLES OF SPECIAL NEEDS, SELF ESTEEM AND COUNSELLING 88

## **II. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ, СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ**

Сирота Н.А. ПРОБЛЕМА СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (НА МОДЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ). 95

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ И СПОСОБЫ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ. 97

Ялтонский В.М., Богданова Л.Н. СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 101

Ялтонский В.М., Малый А.Ю., Макурдумян Д.А., Карева Е.Е. К ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ/НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 105

Русина Н. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. 108

Александров В.Д. КОПИНГ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА В СТРУКТУРЕ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ УЧИТЕЛЯ И ВРАЧА. 114

Говорковская Е.С. АНАЛИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. 116

Жирова Л.О. ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДЕНИЯ С БОЛЬЮ. 118

Лазарева Е. Ю. ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ АДАПТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. 122

Толстая Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА; ОСНОВНЫЕ АКЦЕНТЫ И ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ.	125
Шлафер А.М. Бабин С.М., Анисимосва Е.В. КОМПЛАЕНС-ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.	126
Фаустова А.Г., Яковлева Н.В. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ОЖОГОВЫМ ДЕФЕКТАМ ВНЕШНОСТИ.	129

### **III. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Малыгин В.Л., Антоненко А. А. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ	133
Малыгин В.Л., Феклисов К. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ	138
Малыгин В.Л., Щербачёв В.В. ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНЫХ УЧАСТНИКОВ РОЛЕВОГО ДВИЖЕНИЯ.	144
Бузина Т. С. Шаталов П.Н. ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.	150
Денисов А.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ РОЛЕВЫХ ОНЛАЙН-ИГР (MMORPG).	153
Деревнина А.Ю. МОТИВЫ, ВОСПРИЯТИЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ГЕРОИНА И ИХ ОЖИДАЕМОЕ ДЕЙСТВИЕ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ГЕРОИНА	155
Искандирова А.Б., Меркурьева Ю.А. ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, И ЕГО КОРРЕКЦИЯ.	161
Колпаков Я. В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	166
Романовская Т.Ю. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ, СТРАДАЮЩИХ КОМПУЛЬСИВНЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ	173
Спиркина Т.С. ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ СО СКЛОННОСТЬЮ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ	177
Трифонова Е. А. ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК СПОСОБ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	181



#### IV. ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Арина Г.А., Иосифян М. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	187
Арина Г. А., Иосифян М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ И ЮНОШЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ.	189
Бабушкина М.А. ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ И АПРОБАЦИИ ПРЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ «ЗАКОНЧИ СКАЗКУ».	192
Боровкова Е. Ю. СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ АНТИЦИПАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИЛИ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.	196
Вейц А. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ И НЕВРОЗАМИ	198
Воротыло Н.В. ПРОБЛЕМА ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В КОНТЕКСТЕ КРИЗИСА ДЕТСТВА	204
Городнова М. Ю., Александрова Н.В. ПРОБЛЕМЫ СУПЕРВИЗИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.	207
Ковалевский В. А. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.	214
Коваль-Зайцев А.А. ОСОБЕННОСТИ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	220
Ленкевич И.Э. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ СТРАДАЮТ ЭРОЗИВНО ЯВЗЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ.	224
Молчанов А.С. ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ВИЗУАЛЬНОЙ СРЕДЫ ПОДРОСТКАМИ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	227
Печникова Л.С., Ботезат-Белая Е.В. СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	233
Усенко А.Б. Кузьмина К. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К НОВЫМ СОЦИАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ ВЕГЕТАТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ.	240

Шибкова О. С. ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СФЕРЕ СЕМЬИ И БРАКА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	246
Ялтонский В.М. Дияжева Л. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ	249
Vicki Hardy THE EFFECTS OF THE BIRTH OF A CHILD WITH A BRAIN-RELATED CONDITION ON THE PARENTS' RELATIONSHIP	253
Elmira Strange COMMUNICATING WITH BRAIN-INJURED CHILDREN WHO CANNOT USE SPEECH	257
Laura Webb AN ANALYSIS OF THE SPECIFIC PROBLEMS FACED BY CHILDREN RAISED WITH BRAIN-INJURED SIBLINGS	263

#### **V. ПСИХОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.**

Тхостов А.Ш. Рупчев Г. Е. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	268
Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И., Плужников И.В. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ТЕЛЕСНОЙ РЕГУЛЯЦИИ	274
Агарков В.А., Бронфман С.А. Михеева Н.Д., Сулимов С.Ю. ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ НАДЕЖНОСТИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА REX-P1	281
Белоглазова А.М., Дюргерова М.М. ТРЕНИНГ НАВЫКОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	287
Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г. ОБРАЗ ПАЦИЕНТА У ВРАЧЕЙ-РЕАНИМАТОЛОГОВ	291
Будай Н.Н. СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ И В ПСИХОЛОГИИ	298
Вайберт М. И. ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ.	299
Горбунов А. А. Деларю В.В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ ЕЁ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ	301
Демьяненко Р. Б. ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ	305
Ивахненко Л.И., Полякова Е.О., Иванов М.В. ИССЛЕДОВАНИЕ	307

ОСОБЕННОСТЕЙ СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Коноров Н. Д. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАЖИНИТИВНЫХ ТЕХНИК В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	310
Копнина Е. И. ВЛИЯНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ НА ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	313
Крохин И. П. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: КРАТКАЯ РЕТРОСПЕКТИВА, СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.	315
Кряжев М.Г. АПРОБИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ.	317
Николаев Е.Л. КУЛЬТУРНЫЕ МОДЕЛИ НЕВРОЗОВ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	323
Осипов М. Е. ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТИ В КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ	329
Плужников И. В., Паршина С. М. АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ	335
Рогачева Т.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СМЫСЛА БОЛЕЗНИ	340
Селезнёв С. Б. О ВОЗРАСТАЮЩЕЙ РОЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПСИХИАТРИИ (СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)	345
Симонович Н.Е. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (КОММУНИКАТИВНАЯ КУЛЬТУРА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА)	353
Сулимовская Е. И. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ	357
Сысоева О.В. САМООТНОШЕНИЯ МЕДИКОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЧНОСТИ	363
Терёхина Н. В. СВЯЗЬ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ В ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЕ И ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ	368

Тырановец С.В., Самарина М.А., Пацевич Ю.Л. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МУЗЫКАЛЬНЫХ СТИЛЕЙ РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИИ	372
Фанталова Е. Б. МЕТОД РУССКОГО КАТАРСИСА КАК ВАРИАНТ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ.	375
Ходжаев А.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА.	377
Худяков А. В. Баклушин А.Е., Кулигин И.В., Смирнова О.Ю., Жариков Д.А., Молева Н.В. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	380
Швалева Е. В. РОЛЬ КООПЕРАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.	383
Яковлева Н.В. К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.	391
Ялтонская А. В. РОЛЬ ФАКТОРОВ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ГРУППОВОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	398

# **I. АКТУАЛЬНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

## **ПРОБЛЕМНЫЙ КОМПЛАЕНС В МЕДИЦИНЕ ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА (ОПЫТ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ)**

*Зинченко Ю.П., член-корреспондент РАО, профессор, декан факультета  
психологии*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва  
zinchenko@psy\_msu.ru*

*Шмелев Е.И., доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела  
пульмонологии Центральный НИИ Туберкулеза РАМН, Москва  
eishmelev@mail.ru*

*Первичко Е.И., кандидат психологических наук, доцент Московский  
государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет психологии,  
кафедра нейро- и патопсихологии, Москва  
elena\_pervichko@mail.ru*

*Шмелева Н.М., кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник  
Центральный НИИ Туберкулеза РАМН, отдел пульмонологии, Москва*

Участие в решении задач профилактики и реабилитации больных, в создании и реализации комплексных медико-психологических лечебных программ традиционно является одной из наиболее значимых в теоретическом и практическом плане задач клинической психологии.

В настоящее время и в клинической психологии, и в медицине считается общепризнанным, что в совокупности факторов, определяющих эффективность процесса лечения больного, существенную роль играет фактор эффективности отношений между врачом и больным. Признается, что этот процесс является сложноопосредованным процессом, при анализе которого с необходимостью подлежит учету специфика всей социальной ситуации развития больного, его личностные и индивидуально-типологические особенности, а также личностные и

индивидуально-типологические особенности врача; указывается, что установление партнерских отношений между врачом и пациентом помогают врачу эффективно выполнять стоящие перед ним задачи в процессе лечения; терапевтический контакт оценивается как один из важных факторов, часто определяющий успех лечения (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1978, 2004; Ташлыков В.А., 1984; Николаева В.В., 1987; Тхостов А.Ш., 2002).

Проблематика установления отношений эффективного сотрудничества между врачом и больным приобретает все большую актуальность в связи с рассмотрением проблемы комплаенса. Комплаенс, согласно предметному определению термина, - «...добровольное следование пациента предписанного ему режиму лечения; готовность следовать рекомендациям врача» (Becker M.N., Maiman L.A., 1975; Ngoh L.N., 2009). Известно, что несоблюдение пациентами предписанного режима и назначенного лечения признается одной из самых серьезных и распространенных трудностей клинической практики (Priest R.G., Baldwin D., 1994; Aronson J.K., 2007; Shah N.R., Hirsch A.G., Zacker C., et al., 2009; и др).

Особенно остро проблема повышения эффективности взаимодействия с пациентами встает у врачей, работающих с так называемыми «трудными» больными, к числу которых традиционно относят больных с хронической обструктивной болезнью легких (Чучалин А.Г., 2000; Шмелев Е.И., 2003; Monninkhof E, et al., 2003; Gallefoss F., 204; Rand C. S., 2005 и др.).

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое экологически опосредованное воспалительное заболевание респираторной системы...с развитием эмфиземы, проявляющейся частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризующееся прогрессирующим и нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности. Ограничение проходимости дыхательных путей обычно связано с аномальной воспалительной реакцией лёгких на воздействие вредных частиц или газов, прежде всего – табачного дыма. Согласно стандартам Американского торакального общества, появлению первых клинических симптомов у больных ХОБЛ, как правило, предшествует курение, по крайней мере 20 сигарет в день на протяжении 20 лет и более. Максимальные показатели смертности в результате заболевания так же наблюдаются в группе курящих пациентов (Шмелев Е.И., 2003).

Несмотря на то, что стратегии медикаментозного лечения ХОБЛ совершенствуются из года в год, в настоящее время данное заболевание занимает второе место в мире по распространенности среди неинфекционных заболеваний. По прогнозам ВОЗ, если не будут приняты меры, направленные на уменьшение риска, особенно на снижение воздействия табачного дыма, общая смертность от ХОБЛ в ближайшие 10 лет возрастет более чем на 30% и к 2020 г. ХОБЛ будет занимать 5 место среди всех причин смертности. По данным статистики, ХОБЛ развивается у 50% курильщиков (World health report, 2000, 2011, и др.).

Приведенные угрожающие статистические данные убедительно аргументируют социальную значимость и указывают на междисциплинарный статус проблемы диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ.

Несмотря на угрожающую статистику и указания на крайне низкую приверженность больных ХОБЛ выполнению медицинских рекомендаций, в мировой научной литературе сегодня данные о психологических особенностях пациентов, страдающих ХОБЛ, представлены крайне скудно; встречаются немногочисленные психологические исследования в данной области (Katz PP, et al., 2005; Maurer J., 2008; Ахмедова О.С., Щелкова О.Ю. , 2008; Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A., 2010; Leupoldt A., et al., 2011, Ярославская М.А., 2011). Большая часть данных о психологических особенностях этих больных – результат наблюдений врачей. Пациенты, страдающие ХОБЛ, обычно описываются как лица с признаками когнитивного снижения, раздражительные, конфликтные, с высоким риском депрессии (Katz PP, et al., 2005; Maurer J., 2008; Leupoldt A., et al., 2011; Шмелев Е.И., 2003; и др.).

Целью данного исследования явилось изучение качественных характеристик многофакторной системы отношений в диаде «врач-больной ХОБЛ», как фактора формирования приверженности лечению; а также оценка взаимосвязи характеристик отношений в диаде «врач-больной ХОБЛ» с типом отношения к болезни и комплаентностью больных.

Исследование проводилось на базе Клинико-диагностического центра №6 г. Москвы, Городской клинической больницы №11 г. Москвы и отдела пульмонологии Центрального НИИ туберкулеза РАМН.

В исследовании приняли участие 85 пациентов с диагнозом ХОБЛ (II-IV стадия развития заболевания), в возрасте от 44 до 69 лет, с длительностью заболевания от 7 до 15 лет, находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении; а также их лечащие врачи.

Для реализации программы исследования использовались следующие методы и методики: структурированное клинико-психологическое интервью; тест для оценки мотивации к курению (Чучалин А.Г., 2003); методика диагностики межличностных отношений (Собчик Л.Н., 2005); Шкала установки на лечение – DAI-10 (Hogan T.P. et al., 1983); авторская анкета комплаентности, включающая блоки вопросов, адресованных как врачу, так и больному; методика личностного дифференциала (в адаптации НИИ им. В.М.Бехтерева); методика диагностики типов отношения к болезни (Вассерман Л.И. и соавт., 2005); методика «Незаконченные предложения» в авторской модификации; Цветовой тест отношений, Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; Опросник Басса-Дарки; Опросник "Индекс жизненного стиля" Плутчика-Келлермана-Конте; опросник депрессии Бека; Опросник САН (самочувствие, активность, настроение); Тест оценки интеллектуального развития Д. Векслера (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004). Все пациенты проходили патопсихологическое обследование.

Основные результаты:

1) Для большинства обследованных больных (свыше 65%) характерна низкая приверженность лечению, при наличии декларируемой практически всеми положительной установки на лечение. У пациентов, находящихся на стационарном лечении, уровень комплаентности выше, чем у пациентов, лечащихся амбулаторно. Некомплаентность больных в большей степени касается невыполнения рекомендаций врача по отказу от курения.

2) Преобладающими типами отношения к болезни в обследованной выборке пациентов с ХОБЛ являются адекватный (32%) и гипонозогностический (36%). Ипохондрический, тревожный, меланхолический сензитивный и неврастенический типы суммарно составили 24%. У остальных пациентов преобладал смешанный тип отношения к болезни. В исследовании не выявлено различий в частоте встречаемости лиц, отказавшихся от курения в условиях болезни, при сравнении стационарных и амбулаторных пациентов. То есть даже в период обострения



болезни подавляющее большинство больных ХОБЛ не в состоянии отказаться от курения.

3) Анализ связи уровня комплаентности и типа ВКБ при соматоформных расстройствах показал отрицательную корреляцию в случае ипохондрического, тревожного, меланхолического и неврастенического типов отношения к болезни ( $p < 0,05$ ) и положительную - в случае сенситивного и адекватного отношения к болезни ( $p < 0,05$ ). В остальных случаях достоверных корреляционных связей не выявлено.

4) Показано, что пациенты, находящиеся на стационарном лечении, в большей степени ориентированы на эмоциональную поддержку со стороны врача.

Все больные ХОБЛ, принявшие участие в исследовании, по совокупности данных исследования, давали высокую оценку своему лечащему врачу. Врач оценивается пациентами как сильный, независимый, активный. Выявлены значимые различия в оценках врача больными с разными типами лечения: пациенты во время госпитализации воспринимают лечащего врача как более активного, уверенного в собственном мнении, доминантного и независимого, но при этом менее позитивного ( $p < 0,01$ ).

5) Исследование индивидуально-типологических и личностных особенностей больных ХОБЛ выявило следующее:

- У 80% больных обнаруживается высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности; у 17% пациентов – показатели тревожности в пределах средних значений; и только у 3% испытуемых выявлен низкий уровень тревожности. У пациентов, проходящих стационарное лечение, уровень тревожности достоверно выше, чем у амбулаторных больных ( $p < 0,01$ ). Не выявлено значимых различий по показателям тревожности между больными, отказавшимися от курения, и больными, продолжающими курить.

- Показатели по шкалам САН являются сниженными практически у всех пациентов, однако среди амбулаторных больных показатели по шкалам «Активность» и «Настроение» ближе к норме. 90% пациентов, находящихся на стационарном лечении, отмечали у себя плохое самочувствие и предъявляли жалобы на трудности концентрации внимания. Показатели настроения у пациентов

амбулаторной группы достоверно выше, чем у стационарных больных ( $p < 0,05$ ). У больных ХОБЛ на момент нахождения в стационаре оценка своего настроения зависела от их самочувствия на момент обследования. В исследовании не выявлено значимых различий в значениях по шкалам САН между группами бросивших и не бросивших курить.

- По данным опросника Депрессии Бека, у 13% больных ХОБЛ диагностируется депрессивное состояние легкой и у 10% - средней степени выраженности. Выявлена положительная корреляционная связь уровня депрессии со значениями шкалы «Настроение» в методике САН ( $p < 0,05$ ).

- Более чем у 65% испытуемых выявлены высокие значения показателей агрессии (по данным опросника Басса-Дарки, в сопоставлении с данными других методик). При этом у пациентов, продолжающих курить, уровень агрессивности в целом достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у бросивших курить. Курильщики также отличаются достоверно более высокими показателями по шкале «чувство вины» ( $p < 0,01$ ).

- По данным опросника "Индекс жизненного стиля" Плутчика-Келлермана-Конте, для пациентов, продолжающих курить, характерно преимущественное использование таких защитных механизмов, как отрицание реальности и проекция. В группе отказавшихся от курения наблюдается более богатый репертуар механизмов интрапсихической защиты; наиболее часто встречающимися в данной подгруппе являются такие механизмы, как реактивное образование, компенсация и рационализация.

- Исследование характерологических особенностей и коммуникативных характеристик больных ХОБЛ выявило преобладание черт характера покорно-застенчивого типа. Свыше 80% больных ХОБЛ в нашем исследовании оценивают себя как мягких, дружелюбных, доверчивых, склонных к установлению отношений сотрудничества, но неспособных к самостоятельному принятию решений, что связывается ими с ситуацией заболевания. Согласно данным, полученным по всей совокупности методик, можно сделать вывод о наличии у подавляющего большинства обследованных нами больных ХОБЛ выраженных проблем с социальной адаптацией, связанных с недоверчивостью, сопротивлением внешним воздействиям, избеганием ответственности, а также блокировкой потребности в теплых межличностных отношениях. При этом у пациентов на стационарном

лечении указанные особенности выражены достоверно более отчетливо и сочетаются с эгоцентризмом, критичностью к партнеру по общению и агрессивностью.

6) Исследование когнитивных процессов больных ХОБЛ выявило доступность больным обобщений высокого уровня, при наличии ярко выраженной разноплановости суждений; показатели IQ в пределах средне-высоких границ возрастной нормы (средний IQ по группе –  $109 \pm 3,25$  баллов). Выявлены нарушения динамики протекания психических процессов по типу лабильности, с признаками истощаемости, а также трудности сосредоточения внимания и нарушения непосредственной памяти.

7) Исследование индивидуально-типологических и личностных особенностей врачей показало, что в целом врачи оценивают себя как активных, независимых, уверенных в себе людей, с хорошей стрессоустойчивостью, выраженной потребностью в самореализации, практичным подходом в межличностных отношениях, и при этом дружелюбных, мягких, всегда готовых помочь. Пациенты оцениваются ими как слабые, несамостоятельные, пассивные, недоверчивые, нуждающиеся в понимании и поддержке. При этом эмоциональное неосознаваемое отношение к пациентам чаще нейтральное; в ряде случаев они воспринимаются врачами как пассивно-враждебные личности, в общении с которыми предпочтительнее соблюдать дистанцию. Указанные тенденции в большей степени характерны для врачей, работающих в стационаре.

Полученные результаты показывают психологическую сложность больных ХОБЛ, аргументируют необходимость учета данных психологического обследования при разработке научно обоснованных лечебных и профилактических программ для больных, членов их семей и лечащих врачей. Полученные данные могут быть использованы при работе и с другими «трудными» пациентами, при составлении программ психокоррекционных мероприятий, направленных на формирование установки на лечение и повышение комплаентности больных.

## **ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Тхостов А.Ш., доктор психологических наук, профессор;*

*Нелюбина А.С., кандидат психологических наук*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кафедра нейро- и патопсихологии, Москва*

tkhostov@gmail.com, nelubina-anna@mail.ru

Понятие «приверженность лечению» появилось в отечественной научной литературе около 20 лет назад, но использоваться широко стало недавно, в последние 5-6 лет. Приверженность лечению или комплаенс (от англ. compliance) означает меру следования пациентом всем врачебным назначениям и рекомендациям, лояльность по отношению к лечению.

Традиционно в нашей стране проблематика приверженности лечению находится в сфере интересов врачей, чаще соматической практики. Соответственно меры по повышению приверженности предлагаются дидактические, где «учителем и наставником» пациента является врач, требования которого необходимо беспрекословно выполнять, но который и берет на себя полную ответственность за жизнь и здоровье «ребенка-пациента». Неслучайно в нашем обществе наиболее популярна среди врачей и пациентов патерналистская модель взаимодействия врача и больного [6].

Сугубо медицинский взгляд на проблему не позволяет воздействовать на пациента кроме как обучающими методами («школы больных», «группы встреч» и т.д.), которые дают хороший эффект до тех пор, пока пациент находится под наблюдением, в тесном контакте с медицинским учреждением. Так, например, по данным С.А. Шальной и А.Д. Деева пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями выполняют рекомендации врача в течение 6 месяцев в 71% случаев, через год – в 22,8% случаев, через 3 года эта цифра снижается до 6% [8].

Положительным моментом в «школах больных» является то, что пациенту дается «инструмент» контроля над ситуацией болезни (дневники самонаблюдения, аппараты для самостоятельного измерения уровня артериального давления, уровня сахара в крови и т.д.), что должно повысить его автономность и ответственность, а, следовательно, и приверженность лечению. Однако же, повышению автономности и

ответственности пациента мешает решающая роль врача в принятии решения в ситуации болезни.

Таким образом, проблема приверженности к терапии пока еще остается нерешенной. Около половины назначенных лекарственных препаратов при хронических заболеваниях реально не принимаются пациентами [2].

Пациенты с ССЗ нередко прекращают прием рекомендованных врачом лекарственных препаратов уже в первые месяцы назначения терапии. Это может быть обусловлено отсутствием у пациентов субъективной убежденности в необходимости проводимого лечения, боязнью пациентов негативного влияния длительного приема препаратов на состояние их здоровья, в ряде случаев – вина врача, который не объяснил пациенту необходимость длительной непрерывной терапии.

Ситуация осложняется в случае хронификации заболевания, особенностью терапии которого является пожизненный прием рекомендованных врачом препаратов. Длительное лечение хронического больного превращается в индивидуальное взаимодействие врача и пациента. Проблема приверженности пациентов особенно остро стоит в клинике хронических заболеваний. В этом случае, пациенту предписывается регулярное, длительное медикаментозное лечение (часто в течение всей жизни). Перерывы в приеме препаратов, либо изменение их дозировок приводят к ухудшению состояния больного.

Врач, разъясняя пациенту, неизбежность постоянного приема лекарств, акцентирует внимание на негативных последствиях (осложнения, инвалидность, смерть) неправильного лечения или отказа от него. Таким образом, тема смерти, конечности существования, сильно эмоционально заряженная, должна оставаться в поле внимания пациента ежедневно. Страх осложнений и смерти некоторое время заставляет больного следовать лечебных рекомендациям, но в дальнейшем, в силу актуализации в сознании психологических защит, больные начинают «забывать» о приеме лекарства, тем самым «отодвигая» на периферию сознания мысли о возможной смерти от своей болезни. Кроме того, при стабилизации соматического состояния, пациенты склонны сокращать дозировку и частоту приема лекарственных препаратов или временно прекращают их принимать исходя из обыденных представлений о вреде длительного приема лекарств, о «засорении» организма, о пользе «натурального» и др. Поэтому рациональная психотерапия, разъяснения

врача, напоминания родственников не приводят к повышению приверженности больных.

В медицинских исследованиях были выделены факторы, способствующие и препятствующие полноценному комплаенсу (compliance) [6; 7], но не до конца разрешенным остается вопрос о способах интервенции в случае нонкомплаенса [4].

Хотя единой стратегии повышения приверженности лечению не существуют, предпринимаются различные способы. Так, положительно зарекомендовало себя использование коротких стандартизованных телефонных напоминаний о необходимости приема препарата – оно дает небольшое, но достоверное усиление приверженности к терапии [1; 3]. В приведенном исследовании напоминание о приеме препарата не сопровождалось дополнительной информацией о заболевании, действии препаратов, механизме лечения, что снижало его терапевтическую эффективность.

На основе данного прототипа на базе научно-диспансерного отдела ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития России, в рамках научно-исследовательского проекта апробируется методика повышения приверженности лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающимися в гиполипидемической терапии.

Для повышения приверженности к терапии весь период проведения лечебных мероприятий пациенту с помощью системы автообзвона регулярно выполняются звонки. Телефонные звонки осуществляются 1 раз в 3 недели, время звонков предварительно согласовываются с пациентом. Во время звонка на фоне классической, мажорной композиции умеренного темпа, больному доступным неспециалистам языком разъясняется действие лекарств и требования к режиму их приема, а также другие лечебные рекомендации по изменению образа жизни (физические нагрузки, особенности питания).

Разъяснения строятся с учетом психологических особенностей пациентов и тяжести заболевания, психологических особенностей восприятия информации, к которой необходимо вызвать доверие: утвердительные, четкие и лаконичные формулировки, без отрицаний, поддерживающие в пациенте уверенность в совладании с ситуацией болезни и возможности жить качественной жизнью при соблюдении врачебных рекомендаций, а также с учетом характерных для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями представлений о болезни [5]. В разъяснениях учитываются особенности обыденного понимания болезни и лечения - действие

лекарств и лечебные рекомендации подаются в форме наиболее распространенных среди пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами идей и моделей обыденного описания болезни. Важным моментом в разъяснениях является использование метафор, которые пациент применяет для объяснения своего состояния и механизма действия лекарств, что влияет на его поведение в болезни. Так, например, в разъяснениях используется метафора «ограничителя» артериального давления вместо распространенной в практике метафоры «снижения» (артериального давления), что позволяет избежать распространенной среди пациентов ошибки отказа от регулярного, непрерывного приема гипотензивных препаратов.

Текст структурирован следующим образом: а) приветствие и представление, напоминание о необходимости терапии с поддержкой уверенности пациента в продлении качественной жизни при ее регулярном использовании; б) объяснение действия лекарства с учетом особенностей обыденного сознания, предупреждение пациента о наиболее распространенных ошибках при лечении; в) рекомендации по изменению образа жизни и объяснение их необходимости; г) напоминание о возможности связаться с лечащим врачом, эмоциональная поддержка и прощание.

Обратная связь от пациентов получается в виду дневников самонаблюдения и листов обратной связи при визите к лечащему врачу.

Проект рассчитан на 3 года (с 2011 по 2014 гг.) и предполагает разделение пациентов, участвующих в проекте, по степени конструктивности мышления, локуса контроля болезни и стилей принятия решения в ситуации болезни.

Перемещение проблемы низкой приверженности лечению в область клинической психологии и использование методологического аппарата психологии для изучения данного феномена, позволит лучше понять, прогнозировать и предупреждать и корректировать его проявления.

#### Библиография

1. Hagstrom B., Mattsson B., Rost I.M., Gunnarsson R.K. What happened to the prescriptions? A single, short, standardized telephone call may increase compliance. *Fam Pract*, 21(1):46–50, Feb 2004.
2. Haynes R.B., McKibbon K.A., Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996; 348:383-6.

3. Kirscht J.P., Kirscht J.L., Rosenstock I.M.. A test of interventions to increase adherence to hypertensive medical regimens. *Health EducQ*, 8(3):261–272, Fall 1981. *Clinical Trial*
4. Леонова М.В., Мясоедова Н.В. Практические аспекты лечения артериальной гипертензии: эффективности и комплаентность // *Российский кардиологический журнал*. – 2003. - №2. – С. 55-56.
5. Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений о болезни в формировании внутренней картины болезни: дисс... канд. психол. наук, М.: МГУ имени М.В. Ломоносова. – 2009.
6. Фирсова И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике: дисс. ... д-ра мед. наук, Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет. – 2009.
7. Черненкова Е.А. Роль комплаентности в повышении эффективности антигипертензивной терапии: дисс... канд. мед. наук. Смоленск. - 2006.
8. Шальнова С.А., Деев А.Д. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2006; 5:58-63.

### **ПЕРСПЕКТИВЫ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛАЙЕНСА**

***Соколова Е.Т., доктор психологических наук, заслуженный профессор***

***Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, кафедра нейро-и патопсихологии, Москва***

[etsokolova@pochta.ru](mailto:etsokolova@pochta.ru)

Теоретические модели комплаентности крайне неоднородны, различаются и используемые определения изучаемого явления, наиболее признанные из которых: «согласие пациента следовать рекомендациям врача», «информированное согласие», «приверженность терапии». Представляется, что за разноречивостью дефиниций лежат принципиальные различия исходных теоретико-методологических установок исследователей в отношении признания больного либо пассивным реципиентом и объектом врачебных манипуляций, либо активным субъектом и равноправным участником процесса терапевтического взаимодействия. Необходимость расширения научного контекста исследования комплаентности отвечает дальнейшему развитию гуманистических традиций отечественной медицины,



утверждению в клинической психологии многофакторных био-психо-социальных моделей патологии и лечения, требует осмысливания и теоретической интеграции разрозненных исследований отдельных факторов комплаентности на основе современных интегративных парадигматик. Одним из путей реализации системного подхода к исследованию феномена комплаентности/нонкомплаентности может стать разворот к проблематике научных исследований эффективности психотерапии личностных расстройств, ее терапевтических и контр-терапевтических предикторов.

Уже имеющиеся в литературе эмпирические данные свидетельствуют, что комплаентность зависит от ряда социально-психологических характеристик пациента: социально-экономического и образовательного статуса, исходных убеждений относительно болезни и стереотипов мышления, информированности в отношении заболевания, стрессоустойчивости, «размера» и прочности социальных сетей поддержки и некоторых других факторов. Исследования показывают также наличие связи между уровнем комплаенса, мотивацией на лечение, когнитивными ресурсами и особенностями взаимоотношений врач-пациент, навыками межличностных отношений того и другого. Однако экспериментальные исследования, систематизация результатов и их научная рефлексия в единой исследовательской парадигме крайне малочисленны. Недостаточно принимаются во внимание субъектные аспекты взаимодействия пациента с врачом в лечебном процессе, важность которых многократно возрастает при особенной уязвимости «я», расстройствах личности и коморбидных им психических, психосоматических заболеваний и поведенческих нарушений, столь распространенных в современной условно здоровой популяции. Между тем, комплаентность или приверженность лечению, имеет отчетливо выраженные идентификационный и коммуникативный компоненты и не может рассматриваться вне специфики складывающегося «сотрудничества» с врачом или «терапевтического альянса». Проблема терапевтического сотрудничества при создании и поддержании «рабочего альянса» между врачом и пациентом, являясь традиционной для области психотерапии, обнаруживает себя и в других областях медицины, связанных со здоровьем, где врачу и пациенту необходимо работать совместно для достижения определенных целей, но часто не осмысливается исследователями комплаенса. Психотерапевтический ракурс в изучении комплаенса как осознанного целенаправленного и стабильно поддерживаемого сотрудничества (в широком смысле слова), мог бы позволить использовать накопленные в психотерапии знания

о природе феноменов нарушения рабочего альянса (мы имеем в виду различные формы «переноса», «сопротивления» и «прерывания психотерапии»), характерных для так называемых «трудных», резистентных к любому терапевтическому вмешательству пациентов.

Как известно, надежным предиктором эффективности психотерапии является взаимная способность пациента и терапевта к созданию и поддержанию систематического сотрудничества в рамках обсуждаемых условий и ограничений, налагаемых задачами лечения, известных пациенту и разделяемых им. Прочность формируемого терапевтического союза, как следует из исследований пограничной личностной организации, существенно снижается при дефицитности ясного и устойчивого чувства автономной идентичности, ограниченности когнитивных средств саморегуляции и нереалистичности восприятия. Экспериментальные исследования выявляют наличие индивидуальных и клинических различий, описываемых в терминах аффективно-когнитивного стиля личности, в восприимчивости к психотерапевтическим воздействиям, и шире - «податливости» влиянию значимого другого как фактора эффективности комплексной терапии и социально-психологической реабилитации пациентов с пограничными и психосоматическими расстройствами и нарциссическим перфекционизмом. Сопоставление результатов проведенных нами исследований с проблематикой изучения комплаентности дают некоторые основания для понимания системной организации психологических механизмов комплаентности, взаимодействия когнитивных, мотивационных и коммуникативных ее «звеньев» а также психотерапевтических стратегий ее «потенцирования». Известно, что пациенты с высоким перфекционизмом и дефицитом средств когнитивного самоконтроля («полезависимые») испытывают трудности при необходимости осознания и ответственного принятия реальных ограничений и фрустраций, связанных с болезнью и тяготами лечения. Им также значительно труднее будет поддерживать систематические и стабильные отношения с лечащим врачом из-за внутренней непоследовательности и противоречивости чередующихся межличностных установок зависимости и самоизоляции, а также из-за нехватки внутренних средств совладания с изменяющимися соматическими и психическими состояниями. Пунктуальное выполнение инструкции и следование принятой вместе с врачом (и\или психотерапевтом) схеме лечения у таких пациентов неизбежно будет сменяться «саботажем», внезапным выпадением из организованного

терапевтического процесса и «сеттинга», явлениями прокрастинации и депрессии. Хаотичные коммуникативные стратегии комплаенса (при любом виде терапии) снижают эффективность сотрудничества и в этом смысле выступают в качестве контр-терапевтических факторов излечения. Они причиняют вред телесному и душевному здоровью и благополучию, отражают устойчивый и генерализованный парасуицидальный жизненный стиль, как отмечалось нами ранее в отношении коморбидных пограничной личностной организации психических нарушений и расстройств адаптации.

Диффузная самоидентичность и нарциссическая заинтересованность повышением самооценки и «самоусовершенствованием» вынуждает современного человека непрерывно развивать активность по реструктурированию собственного «я». Личность превращается в «биографический конструктор», бесконечно трансформирующийся и произвольно собирающийся под влиянием многообразных социальных ролей, меняющихся рекомендаций специалистов, ученых и экспертов, популяризаторов, целителей и провидцев. Внушающее воздействие стереотипов масс-медиа, их активное внедрение в упрощенные когнитивные структуры сознания и мировосприятие нарциссического индивида создает и поддерживает нереалистические стремления к «трансгрессии» - иллюзорному переживанию всемогущества, преодолевающего любые границы – пола (его можно оперативно изменить), времени и возраста (стволовые клетки омолодят!), телесных явных и мнимых недостатков (возможности эстетической хирургии и трансплантологии безграничны!). Подобные эмоциональные состояния, граничащие с паранойяльной манией и размытостью границ «я», чреватые, кроме всего прочего, прямым суицидом; но даже и в более «мягких» своих проявлениях несут в себе отпечаток глубокого недовольства собой и разрушительный коммуникативный потенциал. Так, при экспериментальном изучении психологических факторов эффективности пластической хирургии мы обнаружили, что многие трудности комплаенса пациентов с диагностированной погранично-нарциссической личностной организацией имеют своим источником нереалистические представления о своем телесном «я» и идеализирование ожидаемых результатов терапии. Драматически переживаемые расхождения между реальностью, ограничениями, налагаемыми собственным несовершенным «я», и идеальным представлением о «магическом» его преобразовании и полной трансформации становятся источником глубоких

разочарований, депрессии, манипулятивных эксплуататорских и шантажных отношений с лечащим врачом.

Комплаенс как готовность пациента идентифицировать себя с определенной лечебной системой и следовать ее правилам подразумевает наличие аффилятивных чувств, т.е. потребности и способности «присоединения», доверия и разделения с кем-то значимым собственными мыслями и чувствами, про-социальную направленность и высокую избирательность (дифференцированность) - одновременно. Однако именно такого рода сложным и многогранным отношениям препятствует специфическая организация психической жизни нарциссического человека, недостаток подконтрольности и произвольности его аффектов, «простота», «непосредственность», прямолинейность и противоречивость когнитивных структур, системы его представлений о себе и межличностных отношениях. Погранично-нарциссический стиль личности, как устойчивый индивидуальный паттерн познавательных установок и схем, механизмов аффективной регуляции (защит и копингов) и конфигураций отношения к себе и значимым другим, детерминирует готовность отвечать деструктивно на новые, трудные, неопределенные или кризисные ситуации межличностного взаимодействия. Он моделирует враждебность в отношениях вместо доброжелательности, готовности помогать и принимать поддержку, которая, в свою очередь, подрывает способность к избирательному созданию и длительной поддержке доверительного, ответственного и равноправного сотрудничества, искажает процессы социального познания. При дефиците средств рациональной и рефлексивной оценке себя вне зависимости от актуальных аффективных состояний и фрустраций представление о себе и другом неустойчиво и подвергается постоянным флуктуациям и искажениям.

В отношениях комплаенса такие пациенты повторяют сложившиеся в прошлом опыте стереотипы интенсивного и нестабильного эмоционального взаимодействия с окружающими, манипулирование в формах поведенческого отреагирования, самобичевания, вербальной агрессии и открытого выражения гнева, саботажа врачебных рекомендаций, давления, обесценивания помощи, «прилипчивости» и суицидального шантажа. Из-за расплывчатости и мифологичности мотивации комплаенса они будут ориентированы на «мгновенное» телесное и психическое «преображение», за которым «безусловно» и немедленно должны последовать социально-профессиональный успех и личное благополучие.

Отношения с человеком, оказывающим помощь (и тем самым косвенно подтверждающим собственную несамодостаточность) будут сопровождаться болезненными переживаниями гнева, неудовлетворенности, нарциссическим «крахом» и возвратом к чувству собственной малоценности, своеобразной депрессии поражения. Врач (или психотерапевт) невольно оказывается тем персонажем проекции, кто, «как и все и всегда, предает», наносит вред, нарциссически ранит, а не поддерживает. Манипулятивно-провокативное поведение таких пациентов изматывает врача или любого другого специалиста, способствует «эмоциональному выгоранию» последнего, расшатывает его профессиональное самоуважения и нередко втягивает в параноидно-сутяжные отношения, тем самым лишая больного столь необходимого ему профессионального сопровождения.

Подведем итоги. Изучение отношений комплаенса долгое время было замкнуто в границах традиционной медицинской парадигмы, проблематика исследований ограничивалась вопросами организации поведения больного, его лечебного режима в целях повышения эффективности медикаментозного лечения и предотвращения его отторжения. Лишь сравнительно недавно в поле зрения исследователей оказались такие детерминирующие комплаентность факторы как структура мотивации излечения, копинги и механизмы инсайта, внутренняя картина болезни. Вместе с тем, практически закрытыми остаются ракурсы, открывающие перспективы изучения комплаентности как частного случая сложных социальных отношений, знаково- и культурно опосредствованных, связанных с целостной индивидуально организованной структурой личности, ее субъектностью, ценностными установками, познавательными и коммуникативными стилями. В этом смысле нам показалось методологически эвристичным «вставить» изучение комплаентности в более широкий социально-психологический контекст теоретических и прикладных направлений современной клинической психологии.

#### Список литературы

1. Баншиков, Р.Ф. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. - Т. 6, № 4. - С. 8-12.
2. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 1.

3. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблемы комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия, Т. 6, №4, 2004.
4. Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму // Вопросы философии, 1994, №3.
5. Соколова Е.Т. Аффективно-когнитивная дифференцированность / интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств // Научный электронный журнал, 2009. – С. 151-166.
6. Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен// Вопросы психологии, 2009, №1. С.- 67-80с.
7. Тищенко, П. Д. Биоэтика: вопросы и ответы. Со-редактор и со-автор. ЮНЕСКО, Прогресс- Традиция М., 2006.
8. Тхостов А.Ш., Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Морозова М.А. Инсайт в патопсихологии (исторические, теоретические и методологические аспекты). – М.: Факультет психологии МГУ им. М.В.Ломоносова, 2007. – с. 28.
9. Fawcett J., Kupfer D.J. Compliance: definitions and key issues // Journal of Clinical Psychiatry, 56(suppl. 1), 1995, pp. 4-10.
10. Segal J.Z. “Compliance” to “concordance”: a critical view // The Journal Of Medical Humanities, 2007, 28(2): 81-96.

**СОВЛАДАНИЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
**(НА МОДЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ**  
**РАКОМ ЯИЧНИКОВ)**

*Сирота Н.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической психологии,  
декан факультета клинической психологии\**

*ГБУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет» Минздравсоцразвития, Москва  
sirotan@mail.ru*

Рост числа онкологических заболеваний, который наблюдается в России и в мире в последние десятилетия, является безусловным обоснованием необходимости всестороннего клиничко-психологического исследования проблемы онкологической патологии. Именно запросы врачебной практики послужили основой большинства психологических исследований в области онкологии, которые условно можно разделить на две группы. К первой из них следует отнести вопросы влияния психологических факторов на возникновение опухолевых заболеваний, о предрасположенности определенных типов личности к их возникновению. Вторая группа исследований отражает интенсивную работу по изучению психологических реакций больных раком, защитных механизмов, проблему адаптации к заболеванию, оперативному вмешательству и их влияние на дальнейшее течение заболевания (Бажин Е.Ф. С. 1978; Тхостов А.Ш., 1991; Русина Н.А, 2000).

Усовершенствование методов лечения способствует тому, что продолжительность жизни людей, страдающих онкологическими заболеваниями, увеличивается. Однако, к сожалению, до сих пор у большинства больных удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения, что приводит не только к функциональным нарушениям, связанным с потерей органа или его части, но и к глубоким эмоциональным переживаниям, нарушающим процесс адаптации и негативно влияющим на дальнейшую жизнь. Возникновение угрозы жизни, страх перед болезнью, крушение жизненных планов, необходимость подвергнуться оперативному вмешательству, вызывающие страх, беспомощность, подавленность и неуверенность в будущем – наиболее типичные стрессоры, воздействующие на больных с онкологической патологией.

\*Исследование проводится совместно со студентом 5 курса факультета клинической психологии МГМСУ Московченко Д.В.

По данным ВОЗ раком яичников болеет одна из семидесяти женщин (1.4%). Средний возраст больных составляет 40 – 55 лет. Заболевание раком яичников представляет собой сложный в плане адаптации процесс, который интенсивно перестраивает совладающее поведение. Известие о диагнозе всегда является стрессом для больного, что приводит к качественным изменениям его стратегий и ресурсов. В связи с этим актуальным становится интегративный подход к исследованию проблемы, базирующийся на когнитивной теории стресса и копинга (Lazarus.R.S.,1997). В проведенном исследовании изучались особенности совладающего поведения (копинг-стратегий и копинг-ресурсов) у женщин, страдающих раком яичников. Всего было обследовано 25 пациенток, находящихся на стационарном лечении, прошедших оперативное вмешательство и получивших химиотерапию, на момент исследования находящихся на стадии реабилитации, и 25 условно здоровых женщин (контрольная группа). Средний возраст женщин, принявших участие в исследовании, составил 42 года. Обследование проводилось на базе Центральной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Изучались стратегии копинг-поведения (опросник «Копинг поведение в стрессовых ситуациях» адаптированный Т.Л. Крюковой, опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте), и его ресурсы. Особенности Я-концепции исследовались с помощью модифицированного вариант интерперсонального опросника Т.Лири, теста двадцати ответов М. Куна и Т. МакПартленда «Кто Я?» и опросника самооотношения (ОСО) В. В. Столина и С. Р.Пантелеева. Для изучения локуса контроля пациентов использовался опросник "Уровень субъективного контроля". Дж. Роттера. Статистическая обработка результатов экспериментального исследования проводилась с помощью программы «Statistica 8.0». Анализ результатов исследования показал, что для больных раком яичников характерно использование не достаточно конструктивных форм совладающего поведения, с преобладанием напряжения по всем механизмам психологической защиты, превалирование экстернальности по всем сферам локуса контроля, склонность к формальному описанию различных аспектов Я, высокая выраженность таких защитных механизмов как Отрицание, Проекция и Регрессия. Для больных раком яичников характерно недифференцированное и фрагментарное представление о себе в отношении многих поведенческих, социальных и межличностных характеристик. Коммуникативное и рефлексивное «Я» больных качественно отличаются от группы нормы. По самоописанию рефлексивного «Я» больные более склонны давать



негативные и конформные самохарактеристики, самоописание же коммуникативного «Я» отражает дезактуализацию для пациенток взаимодействия с другими людьми.

Исследование аффективного компонента самосознания выявило значимые различия у больных по сравнению с группой нормы. У них отмечено снижение по всем аспектам самоотношения, включая интегральное самоотношение. Снижение по шкале самоуважения отражает крайне низкую способность оценивать себя и свои возможности адекватно, и использовать конструктивные модели совладающего поведения. По результатам других шкал у женщин больных раком яичников отмечается снижение по шкале самоинтереса, аутосимпатии. Аутосимпатия у больных раком яичников включает негативный полюс переживания, оценивания в себе преимущественно недостатков, низкую самооценку и готовность к самообвинению. Снижение самоинтереса больных связано с негативным принятием себя и низкой аутосимпатией. Известно, что особенности Я-концепции определяют не только интерпретации опыта, но и участвуют в регуляции действий, поступков и намерений индивида, в том числе и страдающего тем или иным заболеванием (Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995). Поскольку когнитивная и аффективная составляющая Я-концепции у больных раком яичников в силу их искажения и изменения, не способны в полной мере осуществлять свои функции, то очевидно их значительное влияние на снижение адаптационных возможностей пациента. Наиболее явно снижение психологической адаптационной функции проявляется в межличностных отношениях больных раком яичников женщин. Больные более склонны к конформному стилю установления отношений, при этом у них не отмечается стремления к расширению репертуара стилей межличностных отношений. Если для здоровых женщин наиболее характерно понимание и оценивание проблемной ситуации, и использование таких стратегий поведения, которые обеспечивают активные модели установления межличностных отношений, то женщины, больные раком яичников, используют ранее сформированные схемы реагирования на проблемную ситуацию, преимущественно эмоционально ориентированный копинг, избегание и отвлечение. Данное исследование показало, что стратегии совладания у женщин, больных раком яичников, связаны с доминирующим типом психологической защиты, не дифференцированностью собственной Я-концепции и использованием сформированных ригидных паттернов, как в оценивании собственного Я, так и в адаптации к собственной болезни.

**ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ (КЕЙС МЕНЕДЖМЕНТ) КАК  
МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ  
НАРКОТИКОВ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

*Шаболтас А.В., кандидат психологических наук, доцент*

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург  
alla.shaboltas@gmail.com*

*Скочиллов Р.В., кандидат социологических наук*

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург  
roman.skochilov@gmail.com*

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России по-прежнему в значительной степени связана с инъекционным употреблением наркотиков. Большинство пациентов с ВИЧ-инфекцией, которые в настоящее время нуждаются в антивирусной терапии (АРВТ) являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Для всех граждан РФ лечение ВИЧ является бесплатным и гарантируется государством. Несмотря на это, многие ВИЧ-позитивные наркозависимые не получают подобное лечение. Основными причинами являются: активное потребление наркотиков и низкая приверженность лечению или неспособность соблюдать режим. Данные свидетельствуют о том, что менее 5% ПИН остаются в долгосрочных программах лечения наркозависимости. Лишь около 40% ПИН, начавших прием АРВТ, продолжают это делать через 6 месяцев.

Целью данного пилотного исследования в Санкт-Петербурге было выяснение того, можно ли использовать технологию интенсивного индивидуального сопровождения (кейс менеджмента) для повышения показателей эффективности лечения ВИЧ у наркозависимых.

*Методы.* В качестве участников исследования отбирались ПИН, которые начинали прием АРВТ на базе Городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также могли привлечь близкого человека, согласившегося помогать им в осуществлении лечения. В качестве такого помощника мог выступать родственник, супруг(а) или друг. Интенсивное индивидуальное сопровождение включало содействие в прохождении детоксикации, тесное взаимодействие с социальным работником, психологическое консультирование как минимум 2 раза в месяц, содействие в получении социальной помощи, домашние визиты, еженедельную группу поддержки и контакт социального

работника с помощником как минимум один раз в неделю. Каждый участник сопровождался в течение 8 месяцев. Оценка эффективности лечения и сопровождения включала регулярное тестирование крови на такие показатели как вирусная нагрузка и иммунный статус, обследование мочи на наличие наркотиков, психологическое тестирование и поведенческое интервью.

*Результаты.* С ноября 2007 по декабрь 2008 года 60 участников были зарегистрированы

в исследование. 56,7% (34/60) выборки составили мужчины. 54/60 (87%) оставались в сопровождении в течение всего проекта. 29 человек из 60 (48%) на входе поддерживали трезвость, из них 22/29 (77,9%) оставались в ремиссии на момент завершения сопровождения. 31 человек из 60 (52%) употребляли наркотики на момент регистрации в проекте, из них 11/31 (35,5%) поддерживали трезвость на момент окончания проекта. 40 из 60 участников (66,7%) совершили все обязательные визиты в Центр СПИД для получения терапии, 13 из 60 (21,7%) пропустили один или более визитов, но продолжили прием АРВТ и только 7 из 60 (11,7%) прекратили прием АРВТ до завершения периода сопровождения.

В итоге у 53 участников из 60 было обнаружено значимое снижение уровня вирусной нагрузки и повышение иммунного статуса. Важно отметить, что у 39 участников из данной группы (74%) уровень вирусной нагрузки на время последнего визита (через 6–8 месяцев сопровождения) составил <1000 копий. Положительное влияние интенсивного сопровождения на показатели эффективности лечения отметили не только все участники исследования, но также врачи – инфекционисты и наркологи.

*Заключение.* Несмотря на отсутствие наркозаместительной терапии - метода повышения приверженности при лечении наркозависимых, который широко используется в других странах, интенсивное индивидуальное сопровождение может значительно улучшить показатели приверженности и удержания пациентов, которым необходима пожизненная АРВТ.

Таким образом, еще раз были получены данные о важности использования индивидуального подхода при практической работе с труднодоступными и уязвимыми группами населения.

## **ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ.**

### **КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛИЧНОСТНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ.**

*В.Л. Малыгин. Доктор медицинских наук, профессор  
Московский государственный медико-стоматологический университет,  
Заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и  
психотерапии*

Интернет-зависимое поведение — это невозможность субъективного контроля над использованием интернета, сопровождающееся отрицательным влиянием этого использования на свою жизнь (отношения, здоровье, работу, учёбу, эмоциональное и психологическое состояние) и контрпродуктивным характером деятельности в интернете.

Диагностическими критериями для интернет-зависимого поведения очевидно должны являться общие признаки, характерные для той или иной аддикции: сверхценность, толерантность, симптомы отмены, дезадаптация (конфликт с окружающими и самим собой) и рецидивы. В тоже время вопрос о выделении интернет-зависимости в отдельную нозологическую единицу остается дискуссионным. Вероятно, интернет-зависимость можно рассматривать в следующих вариантах ее проявления: патологическая увлеченность интернетом, как одна из форм зависимого поведения в понимании его как доболезненного расстройства; синдром интернет-зависимости, за которым скрываются другие психические расстройства; интернет-зависимость, как самостоятельная нозологическая единица, обусловленная взаимным патогенным влиянием характерологических черт и интернет-среды, имеющая определенную динамику (процессуальность) психопатологических расстройств. Наиболее пригодным инструментом для диагностики интернет-зависимого поведения, в настоящее время, является тест Чена, адаптированный нами для применения в России, который, в отличие от известного теста К. Янг, позволяет выявлять клинические признаки зависимости. В течение последних трех лет проведено сплошное невыборочное обследование 1080 учащихся старших классов г. Москвы. Методы исследования: Тест на интернет-зависимость Чена, тест Кеттела, тест Гилфорда, тест на эмоциональный интеллект в адаптации Е.А. Сергиенко, тест «Телесный образ я» М. Feldenkreis, в адаптации И.А. Соловьевой. К диагностическим критериям

интернет-зависимого поведения отнесены общие признаки, характерные для той или иной аддикции: сверхценность, толерантность, симптомы отмены, дезадаптация (конфликт с окружающими и самим собой) и рецидивы. С целью выявления интернет зависимости выбран диагностический тест Шкала Интернет Зависимости Чена, который включает в себя 5 оценочных шкал:

1. Шкала симптомов отмены
2. Шкала толерантности
3. Шкала внутриличностных проблем и проблем связанных со здоровьем
4. Шкала управления временем
5. Интегральный показатель интернет-зависимости.

Диагностические подходы предлагаемого инструмента отражают объективное наличие зависимого поведения на основании общепризнанных признаков зависимости: невозможность субъективного контроля за деятельностью (употреблением вещества), симптомы отмены, толерантность и наличие дезадаптации (отрицательное влияние использования интернета на межличностные отношения, здоровье, работу, учёбу). Предложенная пяти осевая модель теста позволяет не просто диагностировать предполагаемый факт наличия/отсутствия Интернет зависимого поведения в дихотомическом делении, но и качественно определить выраженность тех или иных клинических симптомов характеризующих паттерн зависимого поведения в его едином континууме.

Одной из наиболее важных задач в области исследования интернет-зависимого поведения является изучение факторов риска его формирования и разработка подходов к его профилактике и психотерапии. Проведенное нами исследование 1080 школьников-подростков московских школ выявило, что наиболее значимыми личностно-характерологическими факторами риска формирования интернет-зависимого поведения являются эмоциональная неустойчивость, склонность переживать одновременно порой полярные эмоции, легкая возбудимость — даже самое слабое по силе воздействие извне способно приводить психику такого подростка к возбуждению. Одной из главных центральных особенностей интернет-зависимого подростка является чувствительность к опасности, тревожность, как следствие этого, обусловленное бегство от «суровой» реальности. Восприятие личностью подростка с интернет-зависимым поведением самого себя характеризуется ощущением чувства беспомощности, неспособности справиться с жизненными неудачами, сниженной самооценкой (уровень которой, к слову, заметно

повышается после «успехов» в киберпространстве), избегания ответственности и в целом реальности, как проявления общей инфантильности личности. Таким образом, подростки со склонностью к интернет-зависимости, имеют явные нарушения в эмоциональной сфере, которые выражаются в неосознавании своих эмоций, в неумении их выражать, в сдержанности, подавлении эмоций. Возможно также неадекватное выражение эмоций, повышенный уровень агрессии, аффективные вспышки, фобические реакции. Следствием влияния таких личностных свойств является недостаточный уровень развития коммуникативных способностей как способа открыто, активно, без чувства неловкости взаимодействовать с окружающими. Интернет достаточно успешно позволяет влиять на процесс общения, в любой момент (например, в ситуации затруднения) прерывая процесс коммуникации, облегчая задачу общения, позволяя ему протекать под контролем, без страха и волнения. Обращает на себя внимание на отсутствие шизоидных черт характера среди интернет-зависимых подростков, что противоречит данным, приводимым М.Шоттон (M.Shotton, 1991). Вероятно отнюдь не аутичность и эмоциональная холодность, свойственная шизоидной личности, является риском формирования интернет-зависимого поведения. Скорее именно излишняя эмоциональная чувствительность (тревожность, эмоциональная неустойчивость, низкая стрессоустойчивость) наиболее часто приводят к проблемам социальной адаптации и, соответственно, к бегству в виртуальную среду. В тоже время имеются и другие мотивы обращения к интернет-ресурсам, в частности невозможность реализации в реальной среде таких потребностей, как необходимость проявления своей излишней агрессивности или нереализованность своего нарциссизма (демонстративных черт характера), что отражает выявленную нами неоднородность характерологических свойств интернет-аддиктов. Нами также были выявлены особенности телесного образа «Я» среди интернет-зависимых подростков. Так, у подростков с интернет-зависимым поведением имеется склонность отделять телесность от ментальности, разделять эмоции и интеллект, изолировать собственные переживания, придавать большее значение интеллекту, что наводит на мысль о наличии представления о себе как о субъекте, связанном больше с информацией, чем с чувствами, которые в принципе слабо осознаются и различаются. Телесный аспект своего Я слабо дифференцирован, представление о теле в связи с половой принадлежностью носит проблемный характер. Тенденция к чрезмерному контролю побуждений проявляется в физической зажатости,

скованности, тревожности, связанной с особенностями именно телесного взаимодействия. Таким образом, интернет-зависимое поведение, очевидно, может, является одним из вариантов дезадаптивного поведения, обусловленного затруднениями адаптации в социуме, вследствие дезадаптивных личностно-характерологических черт.

Очевидно, что профилактика и психотерапия интернет-зависимого поведения в основе своей должна учитывать как особенности личностно-дезадаптивных черт, способствующих формированию зависимости, так и микросоциальную среду, в частности семью, оказывающую значительное влияние на те или иные свойства характера подростка. В процессе проводимого исследования нами разработана программа профилактики и психологической коррекции интернет зависимого поведения, в которую вошли следующие блоки

1. Родительская компетентность в области интернет-зависимого поведения. Понятие о стилях воспитания, формирующие зависимое поведение. Интернет-зависимое поведение, как нарушение адаптации-неспособность (невозможность) подростку приспособиться к социальной среде в силу особенностей своего характера или вследствие болезни (в частности, депрессии). Стили поведения при злоупотреблении интернетом. Чего делать нельзя: наказывать, отключать интернет, лишать других удовольствий. Все эти действия не только бесполезны, но и вредны, так как подталкивают подростка к бегству из дома. Что надо делать: поддерживать подростка в преодолении возникающих жизненных трудностей, обучать новым способам преодоления кризисных ситуаций, обучать умению регулировать свои эмоции, строить отношения со сверстниками, управлять своим временем. К кому обращаться: требуются обязательная консультация врача-психотерапевта (выявление возможных депрессивных расстройств); совместная психокоррекционная работа врача-психотерапевта и клинического психолога, в том числе по разрешению семейных конфликтов; помощь школьного психолога по адаптации подростка в школе.

2. Групповая и индивидуальная психокоррекция эмоциональной сферы.

Подростки, страдающие интернет-зависимостью, имеют нарушения в эмоциональной сфере, которые выражаются в неосознавании своих эмоций, в неумении их выразить, в сдержанности, подавлении эмоций. Подросток, который испытывает сложности в выражении своих эмоций, будет избегать ситуаций, где может чувствовать дискомфорт, трудности в контактах, и искать более безопасный,

опосредованный способ взаимодействия со средой, — например, через интернет. Все эти проявления требуют психологической коррекции, как в индивидуальном режиме, так и в групповой форме.

Теоретическая часть. Общие понятия об эмоциональной сфере: эмоциональное состояние, настроение, аффективное состояние и аффект, стресс, фрустрация.

Практическая часть. Цель предлагаемых упражнений — стимулирование пробуждения и развития желаемых чувств, освобождение от нежелательных. Важно ничего не навязывать человеку, а опираться на его желания, актуальные на данном этапе развития. Предлагается использование следующих упражнений.

1. Определение чувства. 2. Карта желаемых чувств. 3. Ласковые слова. 4. Вспомнить эмоции 5. «Суд над эмоциями»

3. Развитие коммуникативных навыков. Для подростка большое значение имеет социальная жизнь, оценка окружающих, принадлежность к группе, авторитет среди ровесников и взрослых. Подростков, склонных к интернет-зависимости, у которых отмечаются сложности в установлении и поддержании контактов, необходимо обучать новым для них формам взаимодействия с окружающими, помогать в формировании отношений в реальном мире. С этой целью проводятся психокоррекционная групповая работа, тренинг коммуникативных навыков.

Практическая часть. Упражнение «Кто «Я»», «Три фразы», «Комплименты». Упражнение на навыки вербального и невербального общения-«Спина к спине», «Сидящий и стоящий».

#### 4. Тренинги по развитию телесности

Современный человек часто не целостен, имеет слабый доступ к своему телу, не чувствует его, а порой и отвергает и, соответственно, не может получать удовольствие от своего тела. В тоже время особое значение в формировании зрелой личности является гармоничность образа собственного «Я», в том числе телесный опыт, принятие собственного тела и чувств, эмоций, связанных с ним. К тому же в нашей культуре традиционно тело табуируется, а ум поощряется. Подавляющее большинство психотерапевтических техник очень рассудочны. Так, в традиционном психоанализе неприемлемым является не только физический, но и визуальный контакт. Телесно-ориентированная психотерапия исходит из единства тела и психики, преодолевая барьеры между «духовным» и «низменным», запретным и осознанным. Практическая часть. Упражнения: «Бережный контакт»; «Медуза»; «Опорные пробы»; «Глубокое дыхание».



Разработанная нами программа профилактики и психокоррекции интернет-зависимого поведения в настоящее время проходит апробацию в школах Москвы.

## **МОДЕЛЬ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ**

*Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва*

*yaltonsky@mail.ru*

Несомненным достижением отечественной клинической психологии является разработка В.В.Николаевой многоуровневой модели ВКБ и основанной на психосемантическом анализе интрацепции в структуре ВКБ теоретической модели А.Ш.Тхостова и Г.А.Ариной. В предложенных моделях тщательному анализу были подвергнуты прежде всего субъективные представления о болезни, в то время как субъективные представления больных, связанные с лечением, были подвергнуты изучению в меньшей степени. Необходимо учитывать, что ВКБ хронического заболевания фактически является интегративным образованием, отражающим не только субъективное восприятие болезни, но и субъективное восприятие лечения (фармакотерапии). В настоящее время ощущается выраженная потребность изучения тесно связанного с психосоматическим феноменом ВКБ феномена внутренней картины лечения (прежде всего медикаментозного - внутренней картины фармакотерапии), что связано со следующими обстоятельствами. Во-первых, несоблюдение рекомендаций врачей, связанных с долговременной фармакотерапией при хронических заболеваниях, превратилось в приносящую громадный ущерб проблему поразительной величины. Роль психологических факторов в становлении и решении данной проблемы является недостаточно изученной. Во-вторых, врачами нередко игнорируются или недооцениваются субъективные, основанные на здравом смысле обыденные представления о болезни и лечении, на основе которых пациенты выбирает способы адаптации к болезни и следует рекомендациям врача по режиму лечения. Пациенту во взаимодействии с врачом обычно отводится подчиненная, пассивная роль, хотя именно он решает принимать или нет медикаменты. В-третьих, приём лекарств является слабо изученным с

психологическим процессом, отраженным в поведении больного. Знание закономерностей функционирования этого процесса, особенностей этого поведения позволяет вовлекать пациентов в процесс принятия решения о том или ином виде фармакотерапии и поддерживать приверженность лечению.

Основываясь на теоретической модели ВКБ В.В.Николаевой предпринята попытка разработать четырехуровневую теоретическую модель внутренней картины фармакотерапии как одного из ведущих вариантов внутренней картины лечения.

**Внутренняя картина фармакотерапии (ВКФ)** это связанный с внутренней картиной болезни динамический процесс самопознания ощущений, эмоциональных реакций, представлений, ожиданий и побуждений, связанных с приемом лекарств, выбора способов совладания с болезнью, связанных с использованием медикаментов и приверженности/неприверженности лечению.

**1. Чувственный уровень ВКФ** включает в себя набор негативных и позитивных ощущений, вызванных приемом лекарств, возникающих после начала приема одного или многих лекарств или индифферентной субстанций (плацебо). Те или иные ощущения могут возникать еще до приема медикамента, после появления у человека информации о нем. Они связаны с возникающими у человека негативными или позитивными ожиданиями о предполагаемом действии лекарства, его эффективности и безопасности, предвкушениями улучшения или ухудшения состояния, субъективной значимостью для больного различных факторов и особенностями его личности. Возникающие во время лечения ощущения достаточно сложны для идентификации, поскольку возникают на фоне имеющихся ощущений, вызванных определенной болезнью, сопутствующими болезнями и другими видами немедикаментозной терапии (например: лучевая терапия). Телесные ощущения, связанные с фармакотерапией могут сохраняться в течение длительного времени после её прекращения и периодически актуализироваться. Ощущения, вызванные болезнью, и ощущения, связанные с фармакотерапией, наслаиваются друг на друга, создавая единый сенсорный образ, отраженный в переживаниях и жалобах больного. Наличие повышенной или сниженной индивидуальной чувствительности к лекарствам влияет на качество и количество возникающих ощущений.

**2. Эмоциональный уровень ВКФ** отражает широкий спектр эмоциональных реакций, возникающих в ответ на ощущения, вызванные фармакотерапией, болезнью или как предвосхищаемый ответ на негативные или позитивные ожидания, связанные с лечением. Прием препарата (ожидаемый или реализованный) может вызывать тревогу, озабоченность, страх, гнев, снижать настроение или повышать его и т.д.). Опасения, формирующиеся на основе повседневных обыденных представлений человека о действии того или иного препарата, его представлений о лекарствах в целом, сопровождаются разными эмоциональными реакциями. Необходимость приема лекарств при бессимптомном течении заболевания или в ремиссии, появление побочных эффектов фармакотерапии, как правило, сопровождаются негативными эмоциональными реакциями, отражающими двойственное отношение человека к приему лекарств и запускающими процесс принятия решения о продолжении фармакотерапии, дальнейшем соблюдении рекомендаций врача. Депрессия, тревожность, гнев и другие эмоциональные состояния также отражают особенности эмоциональных переживаний, связанных с процессом фармакотерапии (отношения с медперсоналом, принуждение к лечению, вовлечение в него, раннее прекращение лечения, успехи и неудачи лечения), а также эмоциональные реакции, возникающие в процессе совладания с побочными эффектами психотерапии.

**3. Когнитивный уровень ВКФ** отражает интерпретацию ощущений, вызываемых приемом лекарств, реалистичные или идеализированные ожидания пациента, касающиеся вероятного позитивного или негативного влияния лекарств, обыденные представления, знания, базирующиеся на здравом смысле размышления больного о медикаментозном лечении, его надежды, связанные с лечением, веру в его эффективность. Эти представления отражают мнение больных о лекарствах в целом и конкретных препаратов, продолжительности их приема, их вредности, способности вызывать привыкание, и убеждения о том, что врачи злоупотребляют назначением лекарств. Амбивалентное отношение к лекарствам опосредуется представлениями пациента о важности лечения, его необходимости и озабоченности возникновением нежелательных явлений, связанных с фармакотерапией, наличием уверенности или неуверенности в своей способности принимать фармакотерапию в соответствии с рекомендациями врача. Кроме того, на когнитивном уровне отражаются представления о стоимости фармакотерапии, об

оригинальных, патентованных, брендовых и непатентованных препаратах (generics), представления о прогнозе фармакотерапии, об ожидаемых и полученных её результатах.

**4.Мотивационно – поведенческий уровень ВКФ** представляет собой динамическое многоуровневое образование, имеющее сложную полимерную структуру (ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие предикторы мотивации лечения) и разные уровни (негативная, амбивалентная и позитивная мотивация к лечению). Он также включает личностный смысл фармакотерапии (негативный, позитивный и конфликтный). Побуждения личности к лечению отражают её веру в свою способность достигнуть поставленных целей лечения и собственный выбор пациентом способа лечения, заинтересованность больного включиться в процесс лечения, удерживаться в нем, быть приверженным рекомендованному лечению и определенным действиям, необходимым в процессе фармакотерапии. Представления пациента о фармакотерапии определяют поведение, связанное с лечением. Поведенческие компоненты мотивации к фармакотерапии могут быть охарактеризованы через используемые адаптивные и малоадаптивные стратегии совладания с болезнью и негативными последствиями медикаментозного лечения, выбор задач терапии адекватного уровня трудности и соответствующих имеющимся ресурсам совладающего поведения, через настойчивость и интенсивность предпринимаемых усилий в достижении поставленной задачи.

Модель фармакотерапии пациента, отражающая субъективную концепцию медикаментозной терапии, формируется с учетом основанных на здравом смысле обыденных представлений о лекарствах, учитывающих необходимость их принятия на фоне озабоченности возможными негативными последствиями медикаментозного лечения. Она является упрощенной, искаженной и существенно отличается от модели фармакотерапии специалиста. В процессе коммуникации врача и пациента неверные представления пациента могут и должны быть скорректированы специалистом путем процедуры согласования положений этих разных моделей. Для этого необходимо отказаться от традиционной модели взаимодействия врача и пациента, которая включает в себя подход, ориентированный, прежде всего на врача, а не на пациента. В этой модели пациенту традиционно отводится подчиненная роль пассивного участника процесса лечения, вынужденно

соглашающегося выполнять рекомендации по лечению, независимо от его своих взглядов, пожеланий и представлений о лекарствах. Взамен этого подхода может быть использован подход, основанный на партнёрстве врача и пациента по вопросам лечения, при котором пациент становится центром коммуникации и на взаимной основе сотрудничает с врачом. Данный подход предполагает наличие активности пациента в соблюдении рекомендаций врача и принятия на себя, совместно с врачом, ответственности за результат лечения, в котором он становится равноправным участником.

## **ЛИЧНОСТНЫЙ ФАКТОР В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ**

### **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Е.В.Орестова, кандидат психологических наук, доцент,*

*зав.кафедрой общей психологии*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва*

*Or9700@gmail.com*

Стоматология на современном этапе развития представляет собой достаточно разветвленную науку, состоящую из различных теоретических и практически-ориентированных направлений. Запросы сегодняшних пациентов направлены не столько на лечение (терапевтическое, ортопедическое, хирургическое, эстетическое), но и на отношение к себе как к личности, как носителю неповторимых свойств и качеств. Во многих случаях это желание остается на бессознательном уровне, внося тем самым существенные искажения в ту картину, которую формирует врач-стоматолог. Исследования последних лет, проведенные в МГМСУ кафедрой общей психологии (зав. каф. доцент Е.В.Орестова) совместно с рядом кафедр стоматологического факультета, обнаружили ряд важных закономерностей и фактов, учет которых является необходимым условием повышения качества работы врача-стоматолога, а также расширяет границы как стоматологии, так и психологии, делая их прозрачными, а местами вообще стирая.

Работа в стоматоневрологическом отделении стоматологического комплекса МГМСУ с пациентами, страдающими различными заболеваниями в области головы, показала, что эффективное лечение таких болезней возможно только при

личностном подходе, с учетом индивидуального своеобразия психологической стороны болезни и сопровождающих ее явлений. Концентрация внимания врача только на проявлениях патологического процесса приводит к восприятию больного как носителя определенной симптоматики вне рассмотрения его психологического своеобразия, значительно влияющего на течение болезни и выбор тактики лечения. Личность больного зачастую является решающим моментом в возникновении болезни. Так, по нашим наблюдениям, такими заболеваниями, как стомалгия-глоссалгия поражаются, как правило, высокотревожные люди с чертами неуверенности в себе, часто с недостаточно сформированными навыками общения [4]. Различного рода психогенные боли чаще всего встречаются у лиц с повышенной фиксацией ощущений собственного организма [3]. Рецидивирующемуся афтозному стоматиту более подвержены лица с высокой эмоциональностью, часто с неадекватным и недостаточно сформированным умением регулировать проявление своих эмоций [5].

К разряду психосоматических мы отнесли и такое заболевание слизистой полости рта как красный плоский лишай [1]. Заболевание это хроническое, с частыми обострениями. Чаще возникает у женщин после 40 лет, но, как и у многих других заболеваний, последние годы отмечается «омоложение».

Интересными и показательными оказались результаты, полученные в работе, посвященной изучению личностного фактора в ортопедии – при исследовании особенностей адаптации к полным съемным протезам [2, 6]. Нами была установлена связь между адаптацией пациента к протезам и структурой его ценностной сферы. Аморфная ценностная сфера является основой для затягивания процесса адаптации, повторных визитов к врачу, просьб о переделывании протезов. Стоматологический статус этих пациентов характеризуется клинически не мотивированными жалобами на болезненность при пользовании полными съемными зубными протезами и дискомфорт. Пациенты с такими проблемами составляют 17% от общего количества.

У 83% пациентов отмечается иерархическая диспозиция ценностей, имеющей на вершине иерархии ценности-цели. Эти пациенты хорошо адаптируются к полным съемным зубным протезам. В их психологическом статусе отмечается также активное стремление к успеху, самостоятельность в принятии решений, чувство целостности, потребность во внимании со стороны других. Т.е., чем лучше

простроена ценностная сфера у пациентов, тем легче проходит процесс адаптации к протезам.

Установлено, что ряд пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением, чувствуют себя внутренне неблагополучными, поскольку испытывают значительный дискомфорт в отношении своей внешности, а именно лица, улыбки, цвета формы своих зубов и т.д., хотя при этом врач может фиксировать несущественные деформации в зубочелюстной системе пациентов. Именно этот факт и его психологическую подоплеку мы изучали совместно с Н.Г.Уманской [7]. В результате было обнаружено, что у 33% пациентов, обратившихся по поводу эстетического лечения, в действительности имеют психологические проблемы. Преувеличенные жалобы пациентов на состояние своих зубов являются проекцией их психологических проблем на полость рта.

Такое положение может проявиться в недовольстве работой врача, так как эти пациенты приходят не только за «улыбкой», а за решением своих психологических проблем. И отсутствие решения этих проблем может повлечь за собой конфликт с лечащим врачом. Именно поэтому в общении с пациентом врач должен учитывать его психологические особенности.

В настоящее время обращение к пациенту только с точки зрения его стоматологических дефектов не может принести удовлетворение лечением ни пациенту, ни врачу. Более того, неучет врачом психологических особенностей пациентов и его мотивации может приводить к конфликтам, в том числе финансовым, учитывая ряд дорогостоящих стоматологических процедур.

Полученные результаты особенно важны для стоматологов, так как они свидетельствуют о том, что любая манипуляция в лицевой области гораздо более значима, чем в любой другой. Этот факт ставит стоматолога в особое положение среди врачей, так как он работает не просто с полостью рта, а с главной репрезентативной частью личности.

#### Список литературы

1. Аллик Е.Л. Совершенствование лечения различных форм красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта с учетом психологического статуса больного. Автореферат канд.дисс. - М., 2000

2. Гильманова Н.С. Адаптация к полным съемным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса. Автореф. канд.дисс. - М., 2007
3. Орестова Е.В. (в соавт. В.А.Карлов, В.Д.Винокурова). Психалгия. / В кн. Неврология лица. Ред.В.А.Карлов. М.: Медицина, 1991. С.270-277.
4. Орестова Е.В. (в соавт. В.Д.Винокурова, Л.М.Гринберг). Стомалгия, глоссалгия. / В кн. Неврология лица. Ред.В.А.Карлов. - М.: Медицина, 1991. С.262-270.
5. Орестова Е.В. (в соавт. В.И.Спицина, В.Д.Винокурова). Болезни парадонта и слизистых оболочек полости рта. Тематический сборник статей, ММСИ им.Семашко. -М., 1987.
6. Орестова Е.В. (в соавт. Н.С.Гильманова, И.А.Воронов). Адаптация к полным съемным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса. Российский стоматологический журнал, 2007, №3. С.22-29.
7. Орестова Е.В. (в соавт. Л.Н.Максимовская, Н.Г.Уманская). Социально-экономические аспекты эстетического лечения в терапевтической стоматологии. Мат-лы X и XI Всерос.научно-практ.конф. Москва, 2003

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН**

*Филиппова Г.Г., доктор психологических наук, профессор*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,*

*кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии*

[filippova\\_galina@mail.ru](mailto:filippova_galina@mail.ru)

В современном Российском обществе остро обозначены демографические проблемы, которые выражаются в снижении рождаемости, нарушении репродуктивного здоровья населения и разрушении устойчивой структуры семьи. Разумеется, увеличиваются и психологические проблемы, связанные с нарушениями репродуктивного здоровья. В последние годы в новой, но уже устоявшейся области психологии – перинатальной психологии – для изучения проблем, связанных с реализацией репродуктивной функции и нарушениями репродуктивного здоровья выделилось новое направление – психология репродуктивной сферы. Перинатальная психология изучает раннее развитие психики, которое в пре-, перинатальном и постнатальном периодах осуществляется в рамках взаимодействия ребенка с



матерью [17]. С этих позиций в перинатальной психологии изучается родительство (материнство и отцовство) – как составляющая интегральной индивидуальности человека, направленная на выполнение родительской роли - рождение и воспитание ребенка. Методологическими основаниями этого направления являются эволюционно-системный подход, теория функциональных систем П.К. Анохина [2] и учение о доминанте А.А. Ухтомского [12], а также психологическая концепция интегральной индивидуальности В.С. Мерлина [9]. Вводится понятие «репродуктивная сфера», которое обозначает объединение всех форм жизнедеятельности человека, необходимых для реализации репродуктивной функции. Репродуктивная сфера – это динамическое образование, включающее различные системы, объединенные в уровни со связями между ними. Структура и динамика связей этих систем регулируется ведущей доминантой, регулирующей осуществление репродуктивной функции. Сама репродуктивная доминанта также имеет иерархическое строение: ведущая доминанта (у женщин – доминанта материнства) объединяет ряд последовательно возникающих субдоминант, которые регулируют осуществление каждого этапа репродуктивного цикла (половое поведение, зачатие, беременность, роды, лактацию, связь с ребенком после окончания лактации). Строение репродуктивной доминанты у мужчин пока еще недостаточно изучено.

Основной особенностью репродуктивной сферы является то, что она направлена на реализацию не индивидуальных, а видовых потребностей – создание необходимых условий для развития ребенка и его подготовку к осуществлению репродуктивной функции в будущем. В результате возможно возникновение конфликта между этими двумя типами потребностей. У человека разрешение этого конфликта осуществляется как формирование в онтогенезе индивидуальной установки, адекватной биологическим и социально-культурным задачам рождения и воспитания детей. У женщин эта установка в соответствующей жизненной ситуации преобразуется в доминанту материнства и обеспечивает эффективное осуществление репродуктивной функции. Если реализация репродуктивной функции вступает в конфликт с удовлетворением индивидуальных потребностей, то возникают основания для формирования психосоматических механизмов психологической защиты, мишенью которых становится сама репродуктивная система. В современных исследованиях показано, что при нарушении репродуктивной функции у женщин

имеет место внутренний конфликт между стремлением к материнству (как социально желаемой цели) и стремлением к удовлетворению индивидуальных потребностей, которые подвергаются фрустрации при переходе в материнство, что проявляется в неготовности женщины к принятию материнской роли. Другим вариантом внутреннего конфликта является стремление к материнству в сочетании со страхами и тревогами, связанными с нарушениями собственного раннего развития женщины (перинатальные травмы, нарушения диадических отношений и онтогенеза материнства). В результате этот внутренний конфликт создает ситуацию острой напряженности, которую женщина не может преодолеть конструктивно, что провоцирует появление соматизаций в форме нарушений репродуктивного здоровья. В дальнейшем сами эти нарушения обуславливают усиление напряженности и тревожности, появление выученной беспомощности после ряда неудачных попыток преодолеть бесплодие.

Нарушения репродуктивной функции создают напряженный внутренний конфликт, провоцирующий стрессовое состояние женщины и отягощенные условия вынашивания беременности. Это, в свою очередь, ведет к нарушению условий раннего развития ребенка. В современной перинатологии, педиатрии, психологии и детской психиатрии получены убедительные данные о влиянии перинатального периода развития на физическое и психическое здоровье ребенка и факторах, нарушающих условия этого развития [1, 3, 8, 10, 11, 17]. Одним из важнейших факторов нарушений раннего развития является пренатальный стресс (ПС), который ведет не только к общим нарушениям физического и психического здоровья ребенка, но к и нарушениям его репродуктивного здоровья. Показано, что ПС, особенно в первой трети беременности, ведет к нарушению половой дифференциации мозга у мальчиков и нарушениям фертильности у девочек. У женщин и мужчин с нарушением репродуктивного здоровья выявлено наличие ПС, что подтверждает это положение. Таким образом, стресс матери, обусловленный нарушением ее репродуктивного здоровья и психологической неготовностью к материнству и усугубленный ситуацией лечения и тревогой за исход беременности, создает ситуацию ПС для плода, что провоцирует нарушение раннего развития и трансляцию этих нарушений в будущее поколение [8, 11].

В осуществлении репродуктивной функции, согласно учению о доминанте А.А. Ухтомского [12] и функциональных системах П.К. Анохина [2], руководящая роль

принадлежит мотивационным образованиям. В исследованиях психологических особенностей женщин с нарушениями репродуктивной функции выявлены особенности их материнской сферы, свидетельствующие об искажении или дефицитарности мотивации рождения ребенка [3, 5, 13, 14, 15]. Мотивационная готовность является важнейшей составляющей психологической готовности к материнству. Мотивационную готовность к материнству можно описать как принятие (неосознаваемое или осознаваемое) задачи рождения ребенка, видение в этом жизненного смысла, адекватно и динамично встроенного в общую иерархию смысло-жизненных ориентаций женщины. Психологическая готовность к материнству обеспечивает своевременное формирование доминанты материнства, успешное зачатие, вынашивание беременности и роды, установление адекватных диадических отношений и последующую сепарацию в диаде «мать-дитя».

Выявлены и другие показатели психологической неготовности к материнству у женщин с нарушением репродуктивного здоровья: неблагоприятный образ будущего материнства; неадекватная ценность ребенка и материнства; недостаточно развитая материнская компетентность; доминирует направленность на сохранение своих ресурсов, опеке по отношению к себе, реализации индивидуальных потребностей в достижении, самореализации и т.п. в ущерб мотивации удовлетворения потребностей ребенка и обеспечения его развития и самореализации [5, 13, 14, 15]. В исследованиях психологических особенностей беременных женщин с нарушениями течения беременности, а также женщин, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности показано, что эти женщины характеризуются личностной незрелостью, имеют нарушения полоролевой идентификации, для них характерны дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации [1, 6, 8, 13, 14, 15].

В результате возникает внутренний конфликт, создающий ситуацию острой напряженности, которую женщина не может преодолеть конструктивно, что ведет к появлению соматизаций, проявляющихся в нарушении репродуктивной функции. Как показали исследования репродуктивной сферы мужчин, у них наблюдаются сходные особенности мотивационной неготовности к родительству, также проявляющиеся в нарушениях репродуктивного здоровья (в первую очередь – нарушение сперматогенеза) [16].

Причинами появления нарушений психологической составляющей репродуктивной сферы являются нарушения онтогенеза репродуктивной сферы, провоцирующие возникновение неблагоприятного образа материнства и отцовства, искажение образа ребенка, недостаточность родительской компетентности, а также формирования ряда личностных особенностей, препятствующих формированию психологической готовности к родительству и провоцирующие возникновение психосоматических видов защитных механизмов. Это негативный опыт взаимодействия с собственной матерью в диадическом и постдиадическом периодах онтогенеза, проблемы в раннем развитии личности и полоролевой идентичности, особенности семейной истории, а также собственный негативный пре- и перинатальный опыт (пренатальный стресс, родовые травмы, осложнение послеродового периода).

В эмпирических исследованиях и практической психологической работе выявлены конкретные характеристики разных групп женщин и мужчин, имеющих различные нарушения репродуктивной функции. Обнаружены различия в мотивационном компоненте репродуктивной сферы, особенностях онтогенеза, характере нарушений полоролевой идентичности, восприятии своего материнства и будущего ребенка, особенностях защитных механизмов у женщин, имеющих различные нарушения репродуктивного здоровья (нарушения течения беременности в форме гестоза или угрозы прерывания беременности, бесплодие или невынашивание). Эти различия выражаются в разном значении будущего материнства для женщины (тревожное или конфликтное восприятие материнства); ощущении своей неуверенности, неспособности к эффективному материнству или, напротив, переживании депривации своих индивидуальных потребностей при появлении ребенка; в разных особенностях пре- и перинатальных периодов; характере нарушений полоролевой идентичности (по инфантильному или маскулинному типам); различиях в стратегиях преодоления трудных ситуаций (с ауто- или гетероагрессией) [13].

У мужчин с нарушением репродуктивной функции также выявлена психологическая неготовность к отцовству, выражаемая в психосоматической форме, реализуется в трех вариантах. 1) Ослабление полового влечения, что ведет к редким половым актам и не наступлению зачатия. В ряде случаев это может проявляться в избегании половых контактов в период овуляции жены в результате заболеваний, усталости, ссор и других «объективных» обстоятельств. 2)

Воспалительные процессы, затрудняющие половые контакты (простатит, урогенитальные инфекции). 3) Нарушение сперматогенеза. Выявлены особенности нарушений сперматогенеза у мужчин, связанные с их ранним пре- и перинатальным опытом, а также опытом диадических и триангулярных отношений [16].

В исследованиях психологических особенностей женщин и мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья, являющимися пациентами клиник вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), выявлены особенности их психического состояния и психологические факторы, отягощающие состояние женщин и мужчин, усугубляющие стресс женщины и соответственно условия раннего развития ребенка. Общие нарушения психологической составляющей репродуктивной сферы и личностные особенности, характерные для женщин и мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья, усугубляются особенностями самой ситуации ВРТ: искажение естественной реализации репродуктивного цикла; этические факторы использования методов ВРТ; недостаток личностного отношения к себе; недостаток и искаженность информации; настороженное отношение или непринятие донорских гамет и сохраненных эмбрионов и т.п. Все это создает и поддерживает стрессовое состояние женщин, которое что резко снижает эффективность лечения бесплодия [14, 15].

Все вышеизложенное определяет специфику репродуктивной сферы по сравнению с другими функциональными сферами человека, и, соответственно, предъявляет особые требования к ее изучению и психологической практике в этой области. Учитывая системное строение репродуктивной сферы и ведущую роль ее психологического компонента, нарушения репродуктивного здоровья следует рассматривать как системный процесс, имеющий искажение не только физиологической, но и психологической составляющей. Главной особенностью психологии репродуктивной сферы является то, что она ориентирована на результат осуществления репродуктивной функции – рождение и воспитание здорового ребенка, и рассматривает все проблемы репродуктивного здоровья женщин и мужчин с позиции создания адекватных физиологических, психических и социальных условий для его раннего развития. Именно поэтому психология репродуктивной сферы является составной частью перинатальной психологии – как психологического направления, занимающегося всем спектром проблем, связанных с ранним периодом развития человека, условиями этого развития и влиянием

нарушений этих условий на дальнейшую жизнедеятельность человека. В соответствии с этим психологический подход к работе с нарушениями репродуктивного здоровья состоит в работе не только с последствиями этих нарушений, но и с психологическими факторами их возникновения – психологической неготовностью к родительству, и предполагает разрешение психологического конфликта между социально обусловленным запросом на рождение детей и внутренними причинами, препятствующими реализации этой задачи.

Это, в свою очередь, требует дальнейшего развития научных знаний, методологического и методического обеспечения практической работы и специализированной профессиональной подготовки психологов для работы в этой области.

#### **Список литературы**

1. *Абрамченко В. В.* Психосоматическое акушерство. – СПб.: «Сотис», 2001. – 320с.
2. *Анохин П.К.* Узловые вопросы теории функциональных систем. – М.: Наука, 1980. – 197с.
3. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А.С. Батуева. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2007. – 374с.
4. *Васильева В.В.* Психофизиология женской репродукции. – Батайск: Батайское книжное издательство, 2005. – 208с.
5. *Грон Е.А.* Психологические детерминанты невынашивания беременности. //Журнал практического психолога. - 2003. - №4-5. С. 109-117
6. *Кульчимбаева С.М., Мамедалиева Н.В., Джангиньдин Ю.Т.* Психоэмоциональное состояние беременных с привычным невынашиванием //Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 2000. - № 3. - С. 41-47
7. *Ломов Б.Ф.* Системность в психологии. - М.: Изд-во Ин-та практ психологии.- Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1996. – 384с.
8. *Мальгина Г. Б.* Влияние острого психоэмоционального стресса при катастрофе на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1985. – 22с.
9. *Мерлин В.С.* Очерк интегральной индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986. – 448с.

10. Психика и роды // под ред. Э. К. Айламазяна. – СПб.: АОЗТ «Яблоко СО», 1996. – 120с.
11. *Резников А.Г. и др.* Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. – Черновцы: медакадемия, 2004. – 351с.
12. *Ухтомский А.А.* Доминанта. – М. - Л.: Наука, 1966. – 273с.
13. *Филиппова Г.Г.* Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы. Журнал практического психолога. – 2003. - №4-5. - С.83-108
14. *Филиппова Г.Г.* Проблемы психологической готовности к беременности у женщин при ВРТ. //Материалы XIX Международной конференции «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Иркутск, 10-12 сентября 2009г. - С. 67-68.
15. *Филиппова Г.Г.* Психологическая адаптация к беременности и родительству в супружеских парах с бесплодием и невынашиванием в анамнезе //Материалы IV международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи», Москва, 21-23 октября 2009г. - С. 675-678
16. *Филиппова Г.Г.* Психологические особенности мужчин с нарушением сперматогенеза // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Материалы XX ежегодной международной конференции РАРЧ, 6-8 сентября 2010 г., Нижний Новгород. - С. 47-48
17. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства. Учебное пособие. – М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. - 240с.

**АНТИЦИПАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕВРОЗОГЕНЕЗА  
И АДАПТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ К ТРУДНЫМ ЖИЗНЕННЫМ  
СИТУАЦИЯМ**

*Менделевич В.Д., доктор медицинских наук, профессор,*

*Ничипоренко Н.П., кандидат психологических наук, доцент*

*Казанский государственный медицинский университет, Казань*

[mend@tbit.ru](mailto:mend@tbit.ru)

Вопросы изучения процессов адаптации личности к трудным жизненным ситуациям, дезадаптации и неврозогенеза находятся остаются актуальными задачами современной клинической психологии. Исследования в этой области ведутся с

позиции нормы и с позиции патологии, на стыке психологии и медицины [1, 5, 7, 9, 10, 12]. Наиболее часто для описания поведения человека в стрессовых ситуациях используют два близких по содержанию понятия: психологическая защита и совладающее (копинг) поведение [11].

Известно, что нарушение гомеостаза в организме может привести к запуску либо автоматических адаптивных реакций, либо целенаправленных адаптивных действий. В первом случае речь идет о неосознанных поведенческих реакциях – психологических защитных механизмах, во втором случае имеет место осознанное поведение совладания. Для успешного осуществления совладающего поведения (копинга) необходимо соблюдение трех условий: во-первых, человек должен достаточно полно осознавать возникшие трудности, во-вторых, знать способы эффективного совладания с ситуациями данного типа и, в-третьих, уметь своевременно применить их в конкретных обстоятельствах [4]. Как показывают современные исследования, стили совладания зависят от того, как ту или иную ситуацию воспринимает сам человек, т.е. от субъективной оценки трудной жизненной ситуации. Из этого следует, что репертуар копинг стратегий – динамичная структура, а эффективный копинг – это репертуар стратегий, которые человек сознательно и гибко использует для поддержания необходимого для него качества жизни [15].

Поведение совладания является скорее заключительной частью цепи реакций субъекта на стрессогенные обстоятельства: «стимул (ситуация, стрессор)» – «стрессовая реакция» – «психологическая защита» – «копинг-поведение». Однако в идеальной модели адаптивное поведение имеет следующую структуру: «сигналы-предвестники ситуации» – «антиципация» – «упреждающая реакция» – «стимул (ситуация, стрессор)» – «отсутствие стрессовой реакции» – «адаптивное поведение». Схема упрощена, но позволяет увидеть принципиальные отличия адаптивной реакции от существенно менее эффективного поведения. И это принципиальное отличие обеспечивается антиципационной состоятельностью личности – способностью сформировать прогноз и реализовать адаптивную реакцию до наступления потенциально травмирующих событий. Эта идея не нова и лаконично сформулирована в житейском высказывании, что мудрость человека проявляется не в том, как он справляется с проблемными ситуациями, а в том, что он в них не попадает.



В настоящее время можно считать доказанной участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в формировании невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции неврозогенеза [9, 10]. Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом). Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную или вытесненную из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже, если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний, связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией.

В исследовании, целью которого являлось изучение взаимосвязи антиципационной состоятельности с предпочтением тех или иных стратегий совладающего поведения, участвовали 104 человека: 61 женщина и 43 мужчины. Средний возраст испытуемых – 35.9 лет. По социальному составу выборка разнородна. Гипотезой исследования служило предположение о том, что испытуемые с высоким уровнем развития антиципационных способностей будут предпочитать конструктивные копинг-стратегии, направленные на разрешение стрессовой ситуации, в то время как низкая прогностическая компетентность будет сопряжена с использованием неконструктивного совладающего поведения.

Для изучения копинг-поведения был использован опросник (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптированный вариант Т.А. Крюковой), а для оценки прогностической компетентности использовался тест антиципационной состоятельности (ТАС) В.Д. Менделевича. По средним значениям антиципационной состоятельности выборка достоверно не отличалась от нижней границы нормы в выборке стандартизации ТАС, но имела более низкие значения по сравнению со «здоровыми» испытуемыми [10] по параметру личностно-ситуативной антиципационной состоятельности ( $t = 3,7$ ;  $p < 0,01$ ). По выборке в целом испытуемые отдавали предпочтение конструктивным копинг-стратегиям,

направленным на решение задач (среднее арифметическое значение 58,1), на втором месте по степени предпочтения – копинг, ориентированный на избегание (44,2), на третьем – копинг, ориентированный на эмоции (43,7). Статистически достоверные различия в предпочтении того или иного типа совладающего поведения между мужчинами и женщинами были обнаружены по шкале копинга, ориентированного на эмоции: женщины достоверно чаще использовали подобные стратегии ( $t = 2.2$ ,  $p < 0,05$ ). Показатели пространственной антиципационной состоятельности оказались ниже у женщин по сравнению с мужчинами ( $t = - 4.83$ ,  $p < 0.01$ ) – мужчины более успешно прогнозировали пространственные характеристики среды, закономерности перемещения объектов и собственные движения. Результаты корреляционного анализа приведены в таблице 1.

• **Таблица 1**

Взаимосвязь параметров антиципационной состоятельности и стратегий копинг поведения в общей выборке (104 чел.)

Параметры	Копинг, направленный на решение задач	Копинг, направленный на эмоции	Копинг, направленный на избегание	Субшкала социального отвлечения
Пространственная АС	0,14	<b>- 0,28 **</b>	- 0,18	- 0,15
Временная АС	0,13	<b>- 0,20 *</b>	- 0,08	- 0,00
Личностно-ситуативная АС	0,15	- 0,14	- 0,02	0,01
Общая АС	<b>0,21 *</b>	<b>- 0,27 **</b>	- 0,11	- 0,06

Уровень значимости: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

Выдвинутое нами предположение о связи антиципационной состоятельности с копинг-стратегиями подтвердилось лишь частично. Мы не обнаружили высоких и многочисленных корреляций между изученными параметрами. По результатам корреляционных зависимостей можно говорить о том, что общая прогностическая компетентность способствует предпочтению личностью конструктивных копинг-

стратегий, направленных на анализ сложившейся проблемной ситуации и решение задач. В то же время, антиципационная несостоятельность связана с условно-конструктивным копингом, ориентированным на эмоции и эти характеристики более согласованы (коэффициенты корреляции достигают уровней статистической значимости), чем конструктивные стратегии – с развитой прогностической компетентностью. Можно говорить о том, что по мере развития антиципационных способностей возрастает количество «степеней свободы» в сопряженности тех или иных личностных особенностей, их взаимная детерминация становится нелинейной, появляется множество опосредующих факторов, возрастают возможности компенсации, организация системы психической адаптации личности усложняется и становится более гибкой. В то время как недостаточный уровень развития прогностической компетентности связан с дефицитностью и других функций, с ригидностью и сниженной эффективностью системы психической адаптации личности в целом.

Интересным оказался гендерный аспект анализа полученных данных. Сравнив силу и количество достоверных взаимосвязей в мужской и женской выборках, мы получили следующие результаты (см. табл. 2).

• Таблица 2

Взаимосвязь параметров антиципационной состоятельности и базовых копинг-стратегий в мужской и женской выборках

Виды антиципационной состоятельности	Копинг, направленный на решение задач		Копинг, направленный на эмоции		Копинг, направленный на избегание	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Пространственная	<b>0,46**</b>	-0,08	-0,25	-0,16	<b>-0,36**</b>	-0,08
Временная	0,11	0,13	0,06	<b>-0,33*</b>	0,02	0,14
Личностно-ситуативная	<b>0,43**</b>	-0,03	-0,21	-0,10	-0,22	0,14
Общая	<b>0,49**</b>	0,00	-0,21	-0,26	<b>-0,27*</b>	0,01

Уровень значимости: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

У мужчин взаимосвязи компонентов антиципационной состоятельности с характеристиками копинг-поведения более интенсивны и многочисленны (5 достоверных корреляций у мужчин и лишь 1 значимый коэффициент у женщин), и характер этих связей отличен от закономерностей, которые мы описали выше для объединенной выборки. Для мужчин высокий уровень прогностической компетентности и предпочтение конструктивного копинга, направленного на разрешение проблемной ситуации, – взаимосвязанные признаки; высокие коэффициенты корреляции свидетельствуют о том, что они, в свою очередь, могут быть детерминированы другими факторами более высокого порядка, например, особенностями формально-логического и социального интеллекта. Низкая пространственная антиципационная состоятельность у мужчин связана с деструктивными стратегиями избегания проблем, уклонения от поиска решений сложившейся ситуации. Учитывая, что моторная неловкость сама по себе является признаком психологической нестабильности, подобная взаимосвязь выглядит вполне логичной, однако в женской выборке аналогичная сопряженность носит случайный характер.

Таким образом, полученные результаты позволяют высказать несколько общих заключений. Во-первых, есть основания полагать, что прогностическая компетентность и копинг-поведение являются компонентами единой *системы стабилизации личности*, выполняя в ней различные функции. Антиципационная состоятельность позволяет человеку предвидеть возможные стрессовые события и подготовиться к ним, повышая общую стрессоустойчивость личности и снижая риск психологической травматизации. Во-вторых, внутренняя организация системы стабилизации личности неодинакова у мужчин и женщин. У мужчин компоненты этой системы более взаимозависимы и образуют более плотную структуру. У женщин антиципационная состоятельность и копинг-поведение практически не связаны друг с другом, могут иметь различные детерминанты, и большее, по сравнению с мужчинами, число опосредствующих факторов в своих проявлениях. Другими словами, если мужчина обладает хорошо развитыми способностями предвидеть события и предпринимать соответствующие усилия по предотвращению стрессогенной ситуации, то он будет так же эффективен в своем поведении и по разрешению уже возникшей проблемы. В то время как подобная закономерность

многовероятно не подтвердится для женщин: их развитая способность к упреждению проблемных ситуаций вовсе не гарантирует конструктивного поведения по совладанию со стрессом.

Можно констатировать, что прогностическая компетентность выполняет стабилизирующие функции до наступления травмирующих событий, в то время как система психологических защит (бессознательно) и копинг-поведение (целенаправленно и осознанно) обеспечивают стабилизацию личности и выработку адаптивных форм поведения *post factum*. Адаптивная функция антиципационной состоятельности состоит в программировании оптимального для будущей ситуации поведения, в связи с чем прогностическая компетентность, несомненно, является формой упреждающего копинга. Основной задачей системы стабилизации личности является обеспечение адаптационных процессов на уровне психического отражения. На основании этого вывода мы можем говорить о том, что антиципационная состоятельность выступает обязательным элементом и индикатором психологического здоровья и благополучия личности.

#### Литература.

1. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения (в норме и при психосоматических и невротических расстройствах). Автореферат дисс. ... канд. психол. наук. – Казань, 2007. – 21с.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных ситуациях: переосмысление и преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал, 1994, №1. – С. 3 – 18.
3. Анцыферова Л.И. Мудрость и ее проявления в разные периоды жизни человека // Психологический журнал. 2004. Том 25. №3. С. 17 – 24.
4. Гульдман В.В. Исследование некоторых механизмов регуляции поведения при психопатиях. – Автореф. дисс. ... канд. пс. наук. – М., 1975.
5. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией. – Дисс. ... канд. пс. наук. – СПб., 1999. – 147 с.
6. Конопкин О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности // Вопросы психологии. 2008. №3. с. 22 – 34.
7. Лебедев И.Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс преодолеляющего (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля. Дисс. ... докт. пс. н. – М., 2002. – 432 с.
8. Ломов. Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. – М., 1980.

– 279с.

9. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психологический журнал. 1996. №4. – С. 107 – 115.
10. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
11. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб., 2001. – 507 с.
12. Певзнер А.Е. Психологические факторы стереотипной и вариативной стратегий поведения. Дисс. ... канд.пс.н. – СПб., 1996. – 143 с.
13. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического в онтогенезе человека. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 415с.
14. Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 66 – 79.
15. Холодная М.А., Берестнева О.Г., Муратова Е.А. Структура стратегий совладания в юношеском возрасте (к проблеме валидности опросника «Юношеская копинг-шкала») // Вопросы психологии. 2007. №4. С. 143 – 156.
16. Ямпольский Л.Т. Сравнительный анализ адаптивного поведения здоровых и больных шизофренией. Дисс. ... канд. пс. н. – М., 1974.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕГО И УГРОЖАЮЩЕГО ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Исаева Е.Р., доктор психологических наук, доцент*

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет*

*им. акад. И.П. Павлова, кафедра психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Санкт-Петербург*

Человек, претерпевший деформацию своего лица, воспринимает это событие как тяжелое потрясение основ личности, ее средств общения и привычных форм существования. Особенности эмоционального состояния пациентов в клинике челюстно-лицевой хирургии – это повышенная значимость и обостренность реакций на лечение и оперативное вмешательство в связи с возможными изменениями облика человека. 70-100% пациентов с челюстно-лицевой патологией нуждаются

психологической поддержке и, особенно, в психологической подготовке к предстоящей операции.

**Целью** явилось изучение совладающего со стрессом болезни поведения и особенностей эмоционального реагирования на внезапно возникшее или угрожающее жизни заболевание у пациентов с челюстно-лицевой патологией. Было выдвинуто предположение, что *фактор внезапности*, а также *фактор витальной угрозы* могут влиять на эмоциональное состояние, отношение к болезни и механизмы адаптации больных.

Было обследовано 70 пациентов клиники челюстно-лицевой хирургии Государственного Медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, из них: 25 пациентов с травмами различного характера (перелом челюсти, ушибленные раны, сочетанные травмы); 29 пациентов с воспалительными процессами; 16 пациентов с онкологическими заболеваниями. Испытуемые были разделены на 3 группы: 1) пациенты, неожиданно попавшие в стационар (группа «травма»), 2) больные, длительно наблюдающиеся у врачей (группа «воспаление»), 3) больные с угрожающими жизни онкологическими процессами («онкология»). Следует отметить, что группу «травма» в основном составили мужчины со средним и средне-специальным образованием, задействованные в производстве, связанном с риском травматизации, склонные часто вступать в конфликты и драки (60%); группу «воспаление» составили женщины с высшим образованием (67%).

**Методы:** методика, направленная на диагностику эмоциональных состояний «Доминирующее состояние» Л.В.Куликова (2002г.); «Интегративный тест тревожности» (ИТТ, 1997г.); методика, направленная на диагностику совладающего со стрессом поведения «Копинг-тест» Р.Лазаруса (WCQ, 1988г). Полученные данные были подвергнуты математической обработке данных при помощи статистической программы SPSS.

**Результаты:** Ведущей стратегией совладания со стрессом (копинг-поведение) во всех группах больных оказался «поиск социальной поддержки». Пациенты, оказавшись в ситуации болезни, прилагали усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной помощи, чтобы справиться со своей болезнью. Пациенты, которые были госпитализированы внезапно (группа «травма»), характеризовались низкой тревожностью, недооценкой тяжести ситуации. Они не считали себя больными людьми,

предполагали, что их состояние временно и не испытывали страха перед будущим. Поскольку их заболевание характеризовалось внезапным развитием, пациенты еще не осознавали всей тяжести ситуации и возможных последствий. Они чаще использовали конфронтативный копинг и активные проблемно-фокусированные стратегии для преодоления стрессовой ситуации, по сравнению длительно болеющими пациентами, наблюдающимися у врачей по поводу воспалительных и онкологических процессов ( $p < 0,05$ ). Травма воспринималась ими как препятствие в их обычной жизни, и все усилия были направлены на его преодоление.

У пациентов длительно болеющих (группа «воспаление») происходила постепенная адаптация к заболеванию, что отражалось в стиле совладания с болезнью: снижался уровень агрессивности и конфронтации, меньше использовались стратегии планомерного решения проблем. Это свидетельствует о том, что они уже смирились со своей болезнью. Длительно болеющие пациенты чаще, чем пациенты с травмой, использовали копинг «положительная переоценка» ( $p < 0,02$ ). Иными словами, если для пациентов с травмой характерны активные поведенческие и эмоциональные реакции по разрешению ситуации, то для пациентов с воспалительными процессами большее значение приобретала когнитивная переоценка, переосмысление ситуации.

Особый интерес вызвали результаты тестирования пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области: общий уровень тревоги был значительно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов с травмой или воспалительными процессами, что проявлялось в выраженном эмоциональном дискомфорте и астеническом компоненте, тревожной оценке перспективы, беспокойстве и страхе за свое будущее. Длительное, тяжелое соматическое заболевание, отрыв от привычного окружения, возможность предстоящей калечащей операции, угроза смерти – все эти факторы разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей, существенно перестраивая личность больного, и ставят перед проблемой адаптации к новым условиям жизни. Именно *факт витальной угрозы* отличал их от других пациентов. Ситуация тяжелой болезни актуализирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Больные становятся более равнодушными к окружающей жизни, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость.



**Таким образом,** исследование показало, что на эмоциональное состояние пациентов с челюстно-лицевой патологией в большей степени влияют: *длительность госпитализации* и *наличие реальной угрозы* дальнейшего существования. *Внезапность заболевания* и госпитализации в большей степени влияет на способы совладания с болезнью. Пациенты, которые были госпитализированы внезапно, не так истощены своим заболеванием. Они недооценивают тяжесть ситуации и проявляют активность в решении возникших проблем, в отличие от пациентов, которые долго болеют. Внезапно попавшие в клинику пациенты рассматривают болезнь как препятствие, временное ограничение активности, склонны прилагать агрессивные усилия по изменению ситуации. Длительно болеющие пациенты, наоборот, в большей степени тревожны, пассивны и в какой-то степени смирились со своим заболеванием. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке программ психологической подготовки и сопровождения больных в клинике ЧЛХ.

## **АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И АЛЕКСИТИМИЧНОСТЬ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

*А.В. Копытов, доцент, кандидат медицинских наук*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*koptda@tut.by*

У лиц с алкогольной зависимостью (АЗ) имеется дефицит в эмоциональной и кинестетической сферах [5, 6], что затрудняет реализацию гедонистических потребностей общепринятыми паттернами поведения. В основе этих проблем может лежать феномен алекситимии (АЛТ), который не имеет нозологической специфичности, а чаще является почвой для формирования психосоматических и аддиктивных расстройств. Термин предложен для определения состояния дефицита в осознании, выражении или описании эмоций [9].

Высокий уровень АЛТ в личностной структуре потребителей психоактивных веществ (ПАВ), может является одним из психологических факторов формирования зависимостей и снижать адаптивные возможности [8].

Одни предполагают, что АЛТ – это черта личности, влияющая на риск возникновения АЗ. Другие считают ее временным состоянием, возникающим вследствие

употребления алкоголя. Несмотря на то, что существуют эмпирические доказательства обеих точек зрения, данная черта констатируется у больных АЗ [7]. Взаимосвязь между АЗ и АЛТ остается малоизученной, особенно, при формировании АЗ в подростковом и молодом возрасте.

**Цель:** определить роль и влияние АЛТ на лиц подросткового и молодого возраста с алкогольной зависимостью (ПМАЗ).

**Задачи исследования:** исследовать уровень АЛТ у лиц ПМАЗ и контрольной группы; произвести сравнительный анализ уровня АЛТ в обеих группах и взаимосвязь АЛТ с АЗ; на основании полученных данных теоретически обосновать предполагаемые методы коррекции.

Дизайн - одномоментное исследование случай-контроль.

**Материалы.** Объект исследования - 361 субъект мужского пола в возрасте 14-25 лет. Основная группа (ОГ) 213 человек ( $21,46 \pm 0,39$  лет) - ПМАЗ. Группа контроля (КГ) 148 человек ( $20,79 \pm 0,36$  лет) сопоставимая с ОГ по социально-демографическим характеристикам, без проблем с алкоголем. В ОГ имели наследственную отягощенность по АЗ 69,56%, в КГ - 35,81%. От всех пациентов получено добровольное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: выраженные когнитивные нарушения, тяжелые хронические соматические, психические заболевания. Обследование проводилось при отсутствии клинических признаков состояния отмены.

**Методы.** Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [4], МКБ-10[2], AUDIT[3], «Торонтская шкала алекситимии» (адаптированная в институте им. В.М. Бехтерева) [1]. Характер типа семейных взаимоотношений определялся по субъективному мнению. Статистическая обработка с использованием SPSS 17.0. **Результаты исследования.** Уровень АЛТ: ОГ – 72,94 балла, КГ – 66,38 баллов ( $p < 0,05$ ). Показатели уровня АЛТ в ОГ достоверно не отличаются от параметров свойственных «алекситимическому» типу личности ( $p > 0,05$ ), в КГ они достоверно меньше ( $p < 0,05$ ). В ОГ больше (89,2%), по сравнению с контролем (26,4%) лиц с «алекситимическим» типом личности ( $p < 0,05$ ). У лиц ОГ с наследственностью по АЗ значения АЛТ (71,7 б) достоверно ниже, чем у лиц (75,57 б) без таковой ( $p < 0,05$ ). Следовательно, наследственность по АЗ не является

определяющим фактором в формировании АЛТ в ОГ, а более значимыми могут быть выступать специфические средовые условия.

У лиц ОГ без наследственности по АЗ уровень АЛТ (75,57 б) выше, чем в КГ (65,81б) у такого же контингента ( $p < 0,05$ ). Субъектов, воспитывавшихся в алкогольных и деструктивных семьях, достоверно больше в ОГ ( $p < 0,05$ ). Установлено влияние такого типа семей на уровень АЛТ ( $\chi^2 = 23,4$ ;  $p < 0,05$ ). Высокие уровни АЛТ при безразличных (77,4 балла) и контролируемых (76,2 балла) взаимоотношениях в семье ( $< 0,05$ ) позволяют сделать заключение о влиянии данных условия воспитания на формирование АЛТ. Место жительства, образование существенно не влияют на уровень АЛТ.

С помощью регрессионного анализа установлено влияние АЛТ в ОГ на тяжесть АЗ (AUDIT) ( $B = 0,68$ ;  $F = 14,46$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ) при  $R^2 = 0,29$ .

**Обсуждение.** У лиц ПМАЗ имеется высокий уровень АЛТ, и, следовательно, проблемы в сфере чувств и эмоций. Современная теория адаптации рассматривает аддикцию как расстройство адаптации, при использовании алкоголя как непродуктивной копинг-стратегии для эмоциональной саморегуляции. Когда нет истинных чувств и невозможно их выразить, поведение начинает носить гиперкомпенсаторный характер и на поведенческом уровне проявляется употреблением ПАВ. Неспособностью смодулировать эмоции можно объяснить склонность алекситимичных людей освободиться от напряженности через импульсивные акты или компульсивное поведение, напр., зависимость от ПАВ.

**Выводы:** - ПМАЗ в 89,2 % случаев имеют высокий уровень АЛТ, соответствующий «алекситимическому» типу личности; АЛТ в группе ПМАП связана с АЗ; - формирование АЛТ у ПМАП зависит от особенностей семейного воспитания и типа взаимоотношений в семьях; - высокий уровень АЛТ у ПМАП является одним из психологических факторов развития зависимости, при наличии которого алкоголь употребляют для коррекции внутренних проблем в сфере чувств и эмоций; - психотерапию в данных случаях желательно проводить с учетом этих специфических психологических особенностей, т.к. большинство ее подходов предполагают сохранную способность использовать собственные эмоции в качестве важных символов.

Литература.

1. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб: «АДИС». - 1994.
3. Наркология: национальное руководство/под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI)/ В.Б. Позняк и др.//Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>
5. Cleland C. [et al.] // J. of Psychosomatic Research. - 2005. – Vol. 58. - P. 299-306.
6. De Rick, A. // J. Addictive Behaviors. - 2006. – Vol. 31, № 7. – P. 1265-1270.
7. Fonagy, P. [et al.] Affect regulation, mentalization, and the development of the self . – London, 2002. - P. 577.
8. Nemiah, C.J. // J. of Continuing Education. – 1978. - Vol. 39. - P. 25-37.
9. Salminen, J. K. [et al.] // J. of Psychosomatic Research. – 1999. - Vol. 46, № 1. - P. 75–82.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ И ДЕТСТВА  
В ПАРАДИГМЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ  
МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ**

*Никольская И. М., доктор психологических наук, профессор*

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, Санкт-Петербург*

*[itn\\_taro@inbox.ru](mailto:itn_taro@inbox.ru)*

Широкая распространенность нервно-психических расстройств у детей, подростков и взрослых, обусловленная действием неблагоприятных биологических (в том числе, перинатальной патологии) и психосоциальных факторов (в первую очередь дисфункциональных семейных отношений) диктует необходимость осуществлении исследований в области клинической психологии семьи и детства как базы для разработки и внедрения в клиническую практику современных краткосрочных моделей психотерапии и психологического сопровождения.

Клиническую психологию семьи и детства мы рассматриваем как важный раздел современной медицинской (клинической) психологии. Предмет клинической психологии семьи и детства - особенности процессов развития и формирования психики пациента, его семейного функционирования на разных ступенях жизненного цикла в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и членов их семей. Специфика психологических исследований состоит в том, что больной и его развитие изучаются в контексте семейного окружения и дальнейшее психологическое вмешательство направлено как на больного, так и на его семью.

Теоретические и практические разработки в области клинической психологии и психотерапии семьи и детства базируются на парадигме биопсихосоциальной модели [10]. Согласно этой модели, следует учитывать биологические, психологические и социальные аспекты болезни и здоровья, только в таком случае специалист сумеет правильно понять причину страданий пациента, предложить ему адекватное лечение и завоевать доверие [21, 22].

Биопсихосоциальная модель оформилась в тот период, когда в науке на смену узким биомедицинским воззрениям, рассматривающим пациента как объект, а не как субъекта, стали приходить междисциплинарные, контекстуальные, системные подходы [20]. Положения данной модели, актуальные для клинической психологии и психотерапии семьи и детства, - следующие.

1. Биохимические отклонения от обычного состояния организма — это еще не болезнь. Заболевание есть результат взаимодействия многообразных факторов, в том числе на молекулярном, индивидуальном и социальном уровнях. Верно и обратное: психологические сдвиги в определенных социальных обстоятельствах могут проявиться в форме соматических заболеваний или же страданий, создающих угрозу здоровью. Иногда они могут сопровождаться соответствующими биохимическими изменениями.
2. На предрасположенность тяжесть и течение болезни психосоциальная составляющая влияет заметно сильнее, чем ранее представлялось.
3. Принятие на себя роли больного не всегда обусловлено биологической дисфункцией.
4. На успешность многих лечебных мероприятий биологического характера могут воздействовать психологические факторы (например, эффект плацебо) и социальный контекст (например, психотерапия средой).

5. Отношения между пациентом и врачом влияют на исход лечения хотя бы потому, что они определяют, насколько последовательно больной придерживается избранного способа лечения.

В основе биопсихосоциальной модели лежит системный подход в понимании клинических феноменов, использующий в качестве теоретических конструктов циркулярную и структурную модели причинности. Согласно первой из них, следует определить ту группу взаимообусловленных биологических, психологических и социальных факторов, действие которых можно изменить, прибегнув к правильному сочетанию методов вмешательства (например, психологическая помощь семье и медикаментозное лечение больного).

В отличие от циркулярной модели, структурная модель описывает иерархию однонаправленных причинно-следственных связей: необходимых, триггерных, поддерживающих и сопутствующих факторов. Выстраивая иерархию причин, можно предположить, какая из них в большей степени ответственна за проявления болезни и воздействие на какой фактор увенчается наибольшим успехом, каков будет дополнительный эффект от одного из мероприятий после выполнения остальных, какая стратегия принесет наибольший результат при наименьшем вреде и наименьших издержках.

Важным теоретическим конструктом биопсихосоциальной модели также является партнерский подход, акцентирующий значение взаимоотношений врача и пациента [14]. Он указывает, что постановка правильного диагноза — это лишь часть задачи, возложенной на врача. Необходимо, чтобы болезнь и здоровье интерпретировались с учетом точки зрения больного, чтобы тот имел возможность высказать все то, что его беспокоит и что он ожидает от своих помощников. Такая «диалогическая» модель предполагает, что существующая в сознании больного реальность не просто интерпретируется врачом, но также совместно создается и корректируется в процессе их общения [23].

Требование относиться к пациенту как к личности влечет за собой необходимость для врача заниматься углубленным самопознанием. Не разобравшись в себе, врач может легко смешать с эмпатией проецирование своих проблем на пациента.

Практическое применение биопсихосоциальной модели на современном этапе развития медицины можно обозначить, как биопсихосоциально ориентированную клиническую практику [20]. Ее фундаментальный принцип - атмосфера доверия, заботы и открытости в отношениях врача с пациентом. Это предусматривает

увеличение числа разнообразных навыков, которыми врач должен овладеть в ходе целенаправленного обучения для поддержания ориентированного на пациента стиля общения.

Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни имеет большое значение для развития психотерапии и семейной психотерапии в частности. Семейная психотерапия, лечение пациента в семье и при помощи семьи, - появилась в сороковые-пятидесятые годы XX века как альтернатива классическому психоанализу [19]. В своем развитии она прошла ряд этапов: психиатрический, психодинамический, системный, нарративный (повествовательный). Современный этап ее развития Э.Г. Эйдемиллер обозначает, как интегративный, поскольку в нем закономерно на теоретическом и эмпирическом уровнях соединяются различные методы психотерапии, благодаря схожести корректирующих механизмов, изложенных в теориях и подтвержденных на практике [18].

Несмотря на то, что семейная психотерапия поступательно развивается и завоевывает все новых сторонников, имеется ряд деструктивных моментов, препятствующих ее развитию.

1. Отсутствие единого подхода к исследованию семьи и пониманию ее сущности. До настоящего времени не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи. Вместо нее имеется значительное количество школ и направлений с различными, нередко трудно сопоставимыми подходами к изучению семьи и к ее психотерапии [19]. В связи с этим все более актуальными становятся результаты исследований в области клинической психологии семьи [9]. Психологическая диагностика семейных нарушений, выявление ресурсов семьи, определение мишеней для психологического воздействия, разработка новых моделей психотерапии с учетом специфики семей с больным или проблемным членом, может существенно повысить эффективность лечения.

Нами была предложена классификация семей, члены которых с наибольшей вероятностью будут нуждаться в психологической помощи и обратятся или будут направлены в связи с возникшими проблемами к клиническому психологу и психотерапевту [10]. На основе предложенной классификации были проведены клинико-психологические исследования ряда семей из выделенных групп и их членов (как здоровых, так и больных), на основе чего были созданы, апробированы и внедрены в клиническую практику новые модели психотерапии и психологического сопровождения [2-8, 11, 14-17].

Еще один момент, препятствующий развитию семейной психотерапии - это недостаток специалистов, умеющих работать с семьями. Работа с семьями требует большого объема теоретических знаний, разнообразных практических навыков, терпения и постоянного самосовершенствования. Специалист в области клинической психологии и психотерапии семьи должен уметь взаимодействовать с людьми разного пола и возраста: детьми, подростками и взрослыми, то есть должен быть сразу и взрослым, и детским специалистом. Ему необходимо владеть навыками индивидуальной работы (с одним членом семьи) и групповой (с супружеской парой, ребенком и родителем, семьей в целом). Поэтому более правильно его было бы определить как специалиста в области клинической психологии и психотерапии семьи и детства, который умеет работать с личностью в семейном окружении, учитывая возрастные особенности клиента, этапы жизненного цикла семьи и соотнося их между собой.

В этой связи актуально учебных планов и программ по клинической психологии и психотерапии семьи и детства в системе медицинского и психологического вузовского образования. Впервые такие программы были разработаны и с успехом реализованы на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии семьи и детства Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Для повышения эффективности подготовки специалистов в области клинической психологии и психотерапии семьи и детства была создана специальная проективная методика для изучения особенностей их взаимоотношений с клиентами [12-13], предложена модель их «обучающей супервизии» [1], обоснована необходимость их конструктивного взаимодействия [8].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Супервизия в практике последипломной подготовки клинического психолога, психотерапевта и психиатра // Материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика, обучение» (Санкт-Петербург 30 сентября – 1 октября 2010 г.). СПб.: ООО «СЕНСОР». - 2010. – С. 152-154.
- 2.Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь. - 2010. – 192 с.



- 3.Добряков И.В. Перинатальная психология / Психология здоровья. Учебник для ВУЗов под ред. Г.С. Никифорова. Рекомендован Советом по психологии УМО в качестве учебника. – СПб.: Питер, 2006. – С. 410 – 429
- 4.Добряков И.В., Колесников И.А. Депрессия в период беременности // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. - Т. 108, №7. - С. 91-97.
- 5.Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами в рамках модели реабилитации "Добрякова-Никольской // Журнал
- 6.Кокоренко В.Л. Восприятие воспитательной практики отца у подростков с нарушениями развития Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал. – 2009 (9). - №2. – С. 99-105.
- 7.Лохматкина Н.В. Психологические характеристики подвергавшихся семейному насилию женщин, наблюдающихся у врачей общей практики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1.
- 8.Медведев С. Э. Динамика психопатологических и системных показателей у больных параноидной шизофренией в процессе аналитико-системной семейной психотерапии // Психическое здоровье. Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал.– 2008 а. – № 6. – С. 52 – 56.
- 9.Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
10. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга. Материалы международной научно-практической конференции. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011. – С.161-167.
- 11.Никольская И.М., Краева М.А. Личность пожилого человека и психологическая реабилитация // Российский семейный врач, СПб. – 2009. – Т.13, №4 – С. 26-32.
- 12.Никольская И.М., Маргошина И.Ю. Взаимоотношения с клиентом и их влияние на состояние и личность врачей и психологов. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http:// medpsy.ru>
- 13.Никольская И.М., Маргошина И.Ю. Особенности личности и психофизического состояния врачей в контексте их взаимодействия с пациентами // Практическая

медицина. Научно-практический рецензируемый журнал. Психиатрия // Неврология. – 2009. - №6 (38). – С.51-56.

14.Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - Изд. 2-е, испр. и доп. - СПб.: Речь. - 2010. - 425 с.

15.Психология семьи и больной ребёнок. Учебное пособие: Хрестоматия. Рекомендовано Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию / Сост. И.В. Добряков, О.В. Защирина. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.

16.Пушина В.В. Проблема психосоматического здоровья подростков, больных алкоголизмом, с позиции биопсихосоциального подхода // Вопросы психического здоровья детей и подростков, СПб. – 2009. - №2. – С. 128-133.

17.Спицына Н.К., Никольская И.М. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом и нарушением ритма сердца по типу экстрасистолии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - СПб. – 2009. - №2. – С.133-138.

18.Эйдемиллер Э.Г. Современная психоневрология и семейная психотерапия как зеркало интегративных и деструктивных тенденций в развитии психотерапии в России. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

19.Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

20.Borrell-Garrió Fr., Suchman A. L., Epstein R. M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry // Annals of Family Medicine. - Vol. 2, № 6, November/December. 2004.

21.Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196. – P. 129-136.

22.Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // The American Journal of Psychiatry. May 1980. Vol. 137. P. – 535-544. Epstein R. M. Mindful Practice in Action (II): Cultivating Habits of Mind // Families, Systems and Health. 2003. Vol. 21. P.11–17.

23.Jones A. H. Narrative Based Medicine: Narrative in Medical Ethics // British Medical Journal. Jan. 1999. Vol. 318. P. 253–256.

24.Putnam S. S., Lipkin M. The patient-centered interview: Research Support // The Medical Interview. New York: Springer-Verl., 1995.

## **МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

*Новикова И.А. доктор медицинских наук, профессор*

*Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова,  
Архангельск*

*ianovikova@mail.ru*

Проблема психосоматических соотношений на сегодняшний день является одной из самых актуальных как в клинической психологии, так и в медицине. Психосоматические расстройства это группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [3].

Среди пациентов, обращающихся к врачам общего профиля, число больных с психосоматическими расстройствами или с психогенно обусловленными соматическими заболеваниями, составляет от 30 до 70% больных [2, 3]. Для психосоматических расстройств характерна не только высокая распространенность, но и нарастание этой патологии в динамике. Причиной чего является современная нестабильная социально-экономическая ситуация в стране.

В связи с этим, остро стоит проблема оказания помощи психосоматическим больным. Уже сегодня известно, что оказание помощи может быть эффективным только в случае взаимодействия специалистов разного профиля: клинических психологов, психотерапевтов, психиатров и врачей общесоматической сети.

Целью данного исследования явилось изучение подходов к межведомственному взаимодействию в системе оказания медико-психо-социальной помощи психосоматическим больным.

Было проведено обследование 482 пациентов (180 мужчин и 302 женщин) с психосоматическими заболеваниями. Из них с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) – 99 человек, артериальной гипертонии (АГ) – 96, сахарного диабета 1 типа (СД1) – 84, сахарного диабета 2 типа (СД2) – 91, язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки – 60, бронхиальной астмы (БА – 52).

Новым методологическим инструментом изучения психосоматических заболеваний является синергетика - междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Динамика психосоматических заболеваний включает следующие фракталы: предрасположения - психосоматогенной семьи, латентный - психовегетативного диатеза, инициальный - функционального расстройства, развернутой клинической картины - психосоматического заболевания, хронизации - формы и типы течения психосоматического заболевания, исхода - соматоневрологических осложнений.

Фрактал психосоматогенной семьи является начальным при формировании психосоматических заболеваний, так как основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье и нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии. Следующим является фрактал психовегетативного диатеза. Психовегетативный диатез - это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться сначала в функциональные психосоматические расстройства, а затем и в психосоматическое заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных факторов (генетически обусловленных аномалий и т. п.). У человека имеющего психовегетативный диатез при дальнейшей психической травматизации развиваются функциональные психосоматические расстройства - это нарушения, которые носят функциональный характер и проявляются органными невротами или другими соматоформными расстройствами. Если стрессовый фактор по прежнему актуален, то это приводит к появлению клинической картины впервые возникшего психосоматического заболевания. Это группа заболеваний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов. Следующим фракталом являются различные формы и типы течения психосоматических заболеваний, отражающие многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и форма психосоматического заболевания зависит от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Далее следует фрактал - соматоневрологические осложнения психосоматических заболеваний. К ним относят психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания.

Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего с лабильным течением заболевания.

На основе синергетической концепции нами была разработан комплексный подход к оказанию медико-психо-социальной помощи больным, включающий три блока: медицинский, психологический и социальный. Медицинский блок включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами терапевтами, а при возникновении осложнений - узкими специалистами (кардиологи, пульмонологи, эндокринологи и др.). Психологический блок помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: клинических психологов, психотерапевтов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов по социальной работе.

Психологическая помощь в разных фракталах развития психосоматического заболевания включает: раннюю психологическую диагностику, профилактику, психологическую коррекцию, психотерапию и психологическую реабилитацию.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных психопрофилактических мероприятий еще в фрактале предиспозиции (психосоматогенная семья). В данный фрактал проводится выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска, а также диагностика и коррекция дисгармонии семейных отношений. В латентный фрактал необходима коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости, коррекция семейных отношения и гармонизация социализации личности.

Коррекция психосоматических реакций, психотерапия и гармонизация значимых социальных отношений проводится в инициальный фрактал психосоматического заболевания. Фрактал развернутой клинической картины заболевания включает коррекцию соматоформных нарушений, психотерапию, адаптацию к заболеванию, коррекцию межличностных проблем.

При лечении психосоматических больных широко применяются различные методы психотерапии: психоаналитическая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, поведенческая терапия, личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная, танцевальная психотерапия [1].

Психотерапия при психосоматической патологии должна быть направлена на: устранение симптомов, расстройств поведения, неадекватных личностных реакций;

восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определили возникновение заболевания и развитие невротических «наслоений»; уменьшение клинических проявлений заболевания; повышение социального функционирования больного, реадaptацию в семье и обществе; повышение эффективности лечебных воздействий биологического характера.

Во фразе хронизации заболевания необходима коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, профессиональная и семейная адаптация. При исходе психосоматических заболеваний проводится психологическая реабилитация.

Среди психосоматических заболеваний, включенных в Федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» (Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 года №280) можно отметить артериальную гипертонию, сахарный диабет, онкологические заболевания. Целью программы является снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями.

В связи с тем, что в настоящее время приоритетными являются комплексные направления медико-психо-социальной помощи, в которых учитывается целый комплекс психологических, медицинских и социальных факторов.

В порядке обсуждения перспектив межведомственного взаимодействия в системе оказания эффективной медико-психо-социальной помощи психосоматическим больным могут быть даны следующие предложения: необходимо расширение штата медицинских психологов в общесоматических учреждениях; введение консультаций медицинского психолога в систему оказания помощи в рамках страховой медицины; лицензирование помощи оказываемой медицинскими психологами как вида медицинской помощи; повышение психологической грамотности по психосоматической проблематике врачей общесоматической сети и среднего медицинского персонала на курсах повышения квалификации; введение в программу обучения специалистов по социальной работе дисциплины по работе с психосоматическими больными.

Повышению качества оказания помощи больным с психосоматической патологией будут способствовать дальнейшее сближение клинической психологии, психиатрии

и общей медицины, создание профилактической сети, повышение уровня знаний населения по вопросам психического здоровья.

Межведомственное взаимодействие в системе оказания медико-психо-социальной помощи психосоматическим больным является необходимым шагом к повышению качества жизни жителей России.

### **Литература**

1. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2008. – 528 с.
2. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / Под ред. В.И. Симаненкова. – СПб.: Спецлит, 2008. – 335 с.
3. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. – М.: Медпресс-информ, 2011. – 720 с.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА: СООТНОШЕНИЕ ДУШИ, ДУХА И ТЕЛЕСНОСТИ**

*Русина Н.А., кандидат психологических наук, доцент*

*Ярославская государственная медицинская академия, кафедра педагогики и психологии с курсом Института последипломного образования, Ярославль*  
[psycholog@yma.ac.ru](mailto:psycholog@yma.ac.ru)

Психосоматическая медицина рассматривает до 60% заболеваний как болезни «образа жизни» человека. При изучении анамнеза больного описывают влияние психики человека на его телесные проявления. В то же время понятие «психика» не дает полного понимания происхождения и течения болезни. Парадигма холистического подхода к человеку, соединяющего в единстве его тело (в нашей терминологии «телесность»), душу и дух, существовала с глубокой древности. По мнению русского философа И.А. Ильина, «ни тело, ни душа человека не свободны, ибо связаны законами времени и причинами вещественной природы. Только дух человека имеет дар – вывести себя внутренне из любого жизненного созерцания, противопоставить его себе, оценить его, избрать или отвергнуть».

Обратимся к анализу взаимосвязи указанных понятий. Разведение понятий «тело» и «телесность» имеет принципиальное значение. «Тело» означает, прежде

всего, физический объект, не несущий субъектности. «Телесность» есть одухотворенное тело. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности (примеры: близнецы, телесная терапия, танцующий, спортивный человек). Телесность (плоть, живое тело, тель, динамическое тело) рассматривается как особый феномен и предметное поле психологических исследований, занимающих пространство «между» душой и телом, в его физическом понимании. Это пространство переосмысления, возникновения новых смыслов, пространство, соединяющее противоположности.

По мнению философа Г.Г. Шпета, «седалище души искали внутри, а она, нежным покровом облекает нас». Есть суждение, что душа входит в тело младенца с его первым криком. А когда человек умирает, душа уходит, и тело становится легче. Но тело теряет телесность. Означает ли это, что потеря телесности сопровождается утрату души? Каковы отношения между телесностью и душой? Может ли быть телесность без души? А душа без телесности? В традициях древней русской психологии плоть (телесность) осмысливалась как «дом и зеркало души, а душа как дом и зеркало духа». Исходя из вышесказанного, можем предположить, что не может быть ни телесности без души, ни души без телесности. Но они не равнозначны. Природа их разная. Душа имеет условную «вещественность». Вещественность эта полевая. Вещественность телесности скорее материальная плюс полевая.

Душа, с ее кажущейся непространственностью, находится между духом и телесностью. Вместе они образуют целостный состав человека. Дух является содержимым души. Для души существенно не только местонахождение, но и положение: говоря о симпатиях и антипатиях, используют выражение, душа лежит к кому-либо или к чему-либо. Для духа важно расположение, говорят о хорошем или дурном расположении духа как о некоей субстанции, окружающей человека. Душа автономна и индивидуальна. Дух существует как часть некоторой межличностной субстанции, осколочек мирового духа. Душа, как и телесность, может болеть. Душу, как и телесность, можно очищать, лечить, «целить». Термин «целительство» наиболее уместен: делать целым, цельным то, что невозможно разделять и лечить отдельно. Душа вовне, мягким, воздушным покровом облекает нас. Вся душа есть внешность (пример: шрамы, морщины). Смерть человека показывает, как душа теряет настроенность телесных вибраций. Поэт И. Бродский писал: «Я думаю, душа за время жизни приобретает смертные черты».



Философ М.М. Бахтин заключает: «Душа - дар моего духа другому». Не важно, божественный это дар или человеческий. Взгляд, который обращен к нам, где бы мы его не находили, не соотносим с телом, которое его несет и физически выражает. П.А. Флоренский отмечал: взгляд младенца желает не плоти Другого, а души Другого. (Пример: глаза тяжело больного ребенка, глаза мудрого старого человека). Но глаз становится другим, когда он желает плоти Другого. Взгляд - касание. Неважно, любящих или ненавидящих людей – это всегда пробуждение плоти. Плотью можно назвать состояние тела, когда оно проступает на собственной поверхности («гусиная кожа», «электрический разряд» прикосновения). Плоть (телесность) рассматривается как избыток тела.

Одухотворение плоти – нечто большее, чем «очувствление». Одухотворение связано не столько с рождением ощущений или способности к движению, сколько с рождением смысла, чувства, души, тайны. Душа может говорить, может молчать. Может быть светлой, а может быть горестной, страдающей. Ф.И. Тютчев писал: «Душа есть в узах заключенный дух», подчеркивая духовную природу души и ее энергичность. Она может преодолевать слабости тела и агрессию духа. Может не только болеть, но и «волить», велеть. М.М. Бахтин отмечал: «Внутреннюю жизнь другого я переживаю как душу, в себе самом я живу в духе. Душа – образ совокупности всего действительно пережитого, всего наличного в душе во времени, дух же – совокупность всех смысловых значимостей, направленности жизни, актов исхождения из себя. С точки зрения самопереживания становится понятным смысловое бессмертие духа, с точки зрения переживания мною другого – понятно бессмертие души».

Из наших рассуждений заключаем: душа, содержащая дух, наделяет им тело, которое приобретает телесность. Примирение происходит в пространстве «между», где встречаются деятельный дух, страдающая душа с живыми, одушевленными движениями тела. Если какой-либо из атрибутов отсутствует, душа оказывается ущербной. Мифотворческая фантазия Платона породила замечательный образ души, которую он уподобил соединенной силе окрыленной пары коней и возничего. Возничий – разум, добрый конь – волевой порыв, дурной конь – аффект (страсть). Но высокий ум, талант, профессиональное мастерство могут быть отравлены гордыней, завистью, которые опустошают душу, убивают дух. Таким образом, нельзя сводить душу к познанию, чувству, воле, к абстрактным психическим функциям. Душа являет собой избыток психики.

Тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а всю их совокупность, в свою очередь, нельзя отделить от душевных переживаний. Тело хранит в себе все, что когда-либо было пережито: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку. Тело — это ходячая книга, «створожившееся сознание», в котором записаны наши переживания, травмы, волнения, заботы и отношение к себе, к людям, к миру.

Для психосоматического больного болезнь — это язык его души, поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Но нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознается субъектом (пример: онкологические больные). Именно в этих случаях мы наблюдаем удивительное проявление единства души, духа и телесности. Перед лицом смерти возникает удивительный феномен: возрастает значение духовных ценностей и обесцениваются материальные. И не потому ли это, что человек начинает осознавать правоту пословицы: "У погребального савана карманов нет?" И не потому ли это, что смерть придает смысл жизни, а смысл смерти придает то, что за ее порогом? Не случайно И. Бродский написал: «Поэта долг — пытаться единить края разрыва меж душой и телом. Талант — игла. И только голос — нить. И только смерть всему шить пределом».

3. Фрейд считал, что симптомы болезней — это чисто внешние проявления духовного нездоровья.

Абсолютное единство тела и души отражается на нашем самочувствии. Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам даются сигналы о том, что происходит внутри нас. Например, болезни или несчастные случаи часто совпадают с переменами в жизни, такими как переезд, новый брак или новая работа. Внутренние конфликты в такое время могут легко нарушить равновесие в организме, вызвать неуверенность и страх. Это делает нас беззащитными перед агрессивными вирусами и бактериями. С другой стороны, заболевание дает нам время отдохнуть, настроиться на новое и привыкнуть к перемене. Болезнь говорит нам, что необходимо прекратить что-то делать, с ее помощью мы можем восстановить связь с теми частями тела, с которыми она была утрачена. Кроме того, мы можем обдумать свои дела, переосмыслить отношения с близкими и знакомыми, переоценить ценности и обнаружить новые смыслы. Таким образом, мы видим, как мудро сообщаются между собой тело душа и дух, находясь в непрерывном взаимодействии.

## «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЛЕЧЕНИЯ» -

### АНАЛИЗ ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОНСТРУКТА

*Урываев В.А., кандидат психологических наук, доцент*

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль*

[info@medpsy.ru](mailto:info@medpsy.ru)

В отечественной медицинской психологии конструкт «внутренней картины болезни» (Лурия Р.А., 1944, 1977; Николева В.В., 1987 и др.) систематически исследуется и общепризнан как в медицинском, так и в профессионально-психологическом сообществе.

Можно с высокой степенью уверенности предположить (развернутая дискуссия и систематические исследования уже ведутся), что, не менее широкое признание получит и обсуждаемый широкой научной общественностью конструкт «внутренняя картина здоровья» (Орлов А.Б., 1991; Каган В.Е., 1993 и др.).

Со своей стороны (Урываев В.А., 2000), как продолжение традиции психологического анализа субъектного поля лечения, мы предложили использовать в коррекционной и терапевтической работе еще один конструкт – «внутренняя картина лечения». Мы полагаем, что его введение не только логически дополнит (замкнет, сделает целостным) субъективный план (образ, картину) переживаний человека, обратившегося к врачу, но и позволит интегрировать в себя целый ряд современных тенденций развития медико- психологического знания.

В начале дискуссии заметим, что греческое слово «pathos» в современных словарях переводится двояко, то с буквой «т» в середине слова (мы читаем - «патос»), то с буквой «ф» (читаем - «пафос»). По мнению известного российского философа, исследователя античной культуры А.Ф. Лосева (1988): ««Патос» есть пассивное состояние души; это своеобразный страдательный залог, причем никакой болезненности здесь нет. Я бы перевел «патос» как «претерпевание»». Мы видим, что выраженное субъективное начало заложено в самую основу переживания болезни (переживание может разрешиться как «защитой» активностью, так и обращением к «копинг-стратегиям»).

Диагностика выбора пациентом той или иной стратегии поведения в ходе лечения крайне важна для организации врачом эффективного взаимодействия. Мы полагаем, что введение конструкта «внутренняя картина лечения» отражает следующие четыре важные тенденции развития исследований в сфере медицинской психологии.

Во-первых, введение такого конструкта может рассматриваться как своего рода продолжение традиции, указанной Карлом Роджерсом в его классических трудах (и практике) по «клиент-центрированной» терапии. Обратившийся за профессиональной медицинской помощью человек рассматривается в этой традиции как активное, деятельное, имеющее свободную волю и принимающее на себя ответственность за результаты начало (в Древнем Риме «клиент» - это свободный гражданин, отдающийся под покровительство «патрона»). Наличие активности и воли существенно изменяет ситуацию в сравнении с ситуацией, обозначенной привычным понятием «пациент» («болеющий», «страдающий»). Очевидным следствием введения нового термина («клиент»), стало появление понятия «контракт» как ситуации, фиксирующей взаимное согласие сторон (взаимное согласование усилий, взаимное признание важности усилий с обеих сторон) в отношении процесса лечения. В настоящее время практика заключения именно «контрактов» между лечащим врачом и пациентом постепенно распространяется в Европе, приобретая юридически закрепленные формы.

«Осмотрите врача, прежде чем он осмотрит Вас», - совет американских врачей, сформулированный в духе данного подхода.

В публикации нам важно зафиксировать для дискуссии тот факт, что без активности человека пришедшего на прием к врачу современные представления о процессе лечения уже не воспринимаются как достаточно полные.

Во-вторых, конструкт «внутренняя картина лечения» предполагает интегрировать в себя этап, крайне важный для понимания поведения человека в кабинете врача (но еще сравнительно мало изученный), а именно, до-врачебный этап активности человека. Последние исследования позволяют утверждать, что на этом отрезке времени, предшествующем приходу человека в кабинет врача, активность в сфере формирования представления о болезни и путях борьбы с недугом является не только выраженной по интенсивности, но и чрезвычайно разнообразной.

По мнению ряда немецких исследователей, «карьера болезни» начинается с переживания, которое можно обозначить следующим образом: «со мной что-то не так!». Переживание своего рода «сбоя» в отлаженной системе обеспечения жизнедеятельности заставляет человека «прислушаться» к симптомам неблагополучия и, оценив их интенсивность и необычность, придти к выводу – «я заболел!» (вторая стадия «карьеры болезни»).

Развернувшиеся в последнее время исследования показывают, что на этом этапе человек активно ищет способы борьбы с недугом: актуализирует детско-родительский опыт; заново припоминает важные для разрешения этих вопросов культурные особенности среды, в которой он формировался как личность; вовлекает в процесс поиска решения «проблемы» аптечных работников, экстрасенсов, любых знакомых и малознакомых; становится крайне сензитивен в отношении рекламы лекарств, размещенной в СМИ и проч., и проч.

Сюда же включаются и усилия человека по реальному изменению своего привычного поведения: выполнение некоторых дел – откладывается, берется отпуск (пусть и кратковременный, на один-два-три дня), выделяется время для дополнительного отдыха, усиливается внимание к питанию, приобретаются витамины и общеукрепляющие добавки; выбирается «щадающий» режим жизнедеятельности и проч., и проч. По данным К. Элиота-Биннса (цит. по П. Фергюсон, 1999), на вопросы: искали ли они информацию и советы или занимались ли они самолечением прежде, чем обратиться к врачу общей практики, - 96% опрошенных ответили утвердительно (на оба или на один из вопросов). 88% получали советы и информацию от друзей и близких, а 52% использовали хотя бы одну форму самолечения.

Утверждается, что до третьей стадии «карьеры болезни» - «я обращаюсь к врачу!» - доходит уже сравнительно небольшая часть симптомов, требующих медицинской консультации.

Во многом, такие исследования проводились для идентификации и изучения ведущих факторов, которые детерминируют визит человека к врачу (сравнивались готовность человека пойти на консультацию к медикам с учетом интеллекта пациента, его социального положения, пола, финансового благополучия, среди факторов влияния отдельно анализировалась роль представлений о враче в глазах

населения, мнение микросоциального окружения пациента о работе врачей и проч.). В рамках же нашей публикации важно подчеркнуть безусловное наличие активности человека еще перед принятием решения о визите. Очевидно, что с констатации этой активности перед визитом к врачу, мы должны начинать рассматривать вопрос о действительности «внутренней картины лечения», формирование которой, предположительно, заканчивается (максимально полно оформляется) в кабинете врача (в ситуации, когда пациента к врачу привел, по афористичному выражению А. Швейцера, «внутренний доктор»).

В-третьих, конструкт «внутренняя картина лечения» может рассматриваться в рамках его соотносительности с понятием «комплаенс». Достижение комплаенса многими исследователями определяется как наиважнейшая (если не сказать - основная) цель взаимодействия между врачом и пациентом в ситуации консультации. Заметим, что понятие «комплаенс», согласно современным исследованиям, представляет из себя результат развернутого во времени процесса, в который включены (D. Pendleton, 1983, о структуре отношений в кабинете врача, схематично):

- пациент (его личная модель здоровья, его медицинская эрудиция, стиль решения проблем, социализация, внутренняя картина болезни, мнение ближайшего окружения и проч.);
- врач (особенности его профессиональной социализации в высшей медицинской школе, его специальные медицинские знания и навыки, его стиль ведения врачебного разговора, стиль выписки назначений и проч.);
- собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача - готовность к сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, межполовые различия, межвозрастные, статусные и проч.; у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и проч.);
- переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;
- понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия;

- инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика нон-комплаенса, всех его форм);
- принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом (совместно с уже отмеченным «внутренним доктором») плана деятельности по выздоровлению.

Несмотря на полноту и развернутость современных исследований феномена «комплаенс», важно поставить вопрос: понятие «комплаенс» и конструкт «внутренняя картина лечения», - идентичны, или между ними возможно исследовать различия?

Мы полагаем, что при попытке ответить на этот вопрос необходимо принять во внимание еще один аспект анализа (четвертый). Здесь мы возвращаемся к научной рефлексии статусных позиций специалиста (врача) и человека пришедшего на прием в медицинское учреждение. В начале публикации указывалось, что со времен Карла Роджерса поставлен вопрос о необходимости смены ведущей модели отношений в медицине с «организмоцентрической» (человек – это «макробионт» и, соответственно, существо, в ситуации болезни зависимое от врача) на гуманистическую, «клиент-центрированную» (необходимость выстраивать отношения между участниками терапевтического процесса, через взаимное сближение позиций и организацию взаимодействия).

В латентном виде здесь заявлена исключительно важная для понимания существа происходящего в кабинете врача - проблема «власти» врача над пациентом. Не секрет, занятие самолечением, с позиций традиционной медицины – тяжелейший грех пациента. Если пациент строго выполняет предписания врача – он прав, если не выполняет - он может подвергнуться санкциям, часто изошренным. В своем анализе феномена властных отношений широко известная классификация источников власти иллюстрирует основные положения, опираясь на работу именно врача (В.Е. Collins, В.Н. Raven, 1968; звездочками отмечены шесть основных типов власти – В.У.): «Доктор может делать упор на свою легитимную\* роль и настаивать на том, что пациент должен его слушаться; он может пытаться говорить с пациентом на «его языке» и установить с ним дружеские отношения, оказывая тем самым референтное\* влияние; он может подчеркнуть факт своего образования, выстроить в своем кабинете в ряд книги и журналы, чтобы установить свою экспертную\* власть; он может воспользоваться выражением одобрения или неодобрения как средством

вознаграждения\* или принуждения\* или, если это в его силах, угрожать пациенту лишением медицинской помощи, он может использовать информационное\* влияние, тщательно объясняя пациенту характер его болезни и необходимость выполнения рекомендуемых процедур или принятия лекарств».

Мы в данном случае оставляем без обсуждения очень важные проблемы различения «манипуляции» и «влияния», формирование у врача архетипа «раненного целителя», осознанных и неосознанных психотехник влияния и проч., - нам важно представить (в плане обозначенной темы дискуссии) факт теснейшей связи с социальной психологией, конструкта «внутренней картины лечения».

Резюмируя сказанное можно утверждать, что конструкт «внутренней картины лечения» имеет все предпосылки стать понятием:

- отражающим активность и ответственность человека в выборе стратегии и тактики лечения (в ситуации непрерывного взаимодействия с врачом);
- закрепляющим и развивающим уже сформировавшуюся активность в период до посещения врача;
- аккумулирующим многосторонность системы отношений в процессе лечения, включающем как особенности микросоциума, в котором находится пациент, так и микросоциума, в котором реализуется профессиональная деятельность врача;
- объединяющим индивидуально-психологические и социально-психологические феномены в рамках психологического анализа субъективной стороны регуляции своего поведения человеком, обратившимся за медицинской помощью.\

## **CYCLES OF SPECIAL NEEDS, SELF ESTEEM AND COUNSELLING**

Ann Edworthy, Professor, Assistant Dean, Faculty of Humanities;

Beverly Cole, MPhil, Lecturer, School of Social Science and Performance Arts

Swansea Metropolitan University (Great Britain)

[elmira.strange@smu.ac.uk](mailto:elmira.strange@smu.ac.uk) (Эльмира Стрендж)

### **Background to research:**



Within the UK a child is diagnosed with a severe disability every twenty five minutes (Contact a Family, 2010). Children add a different dimension and new stresses upon all families and when a child has a neurological condition the pressures on all [particularly parents] can be greatly magnified. This research investigated how counselling might address self-esteem issues of parents with children with a neurological condition and explored resultant improvement in self-esteem levels of their children.

As long ago as 1993, Baumeister identified self-esteem as the most researched concept within social psychology (Baumeister, 1993) and this observation holds true today. Self-esteem is an important component of psychological health and children with neurological conditions and their parents can find healthy self-esteem difficult to achieve and maintain. However, whilst a mass of literature and journal articles focus on various aspects of self-esteem, research linking and exploring self-esteem and neurological conditions is more limited.

However, a lack of self acceptance can cause and maintain emotional problems and children with neurological conditions can experience many additional emotional difficulties, with concerns commonly resulting from: identity issues; communication problems; difficulties in forming friendships; lack of confidence; inability to develop social skills/learning; immobility; hiding behind ‘masks’; ‘labelling’ and appearance/body image.

### **The Research Project:**

The main purpose of the research was to explore what role counselling might play in achieving healthy familial self-esteem and in what way this might improve the lives of families living with neurological conditions.

A review of literature which spanned historical and current offerings regarding neurological conditions, self esteem and counselling was followed by phenomenological analysis of collected data [for procedures followed see Smith, Flowers and Larkin, 2009] in order to explore the lived experience of parents and compare these with the critiqued literature.

The phenomenological study analysed qualitative data from questionnaires [92] which led to twenty in-depth, semi-structured interviews with self-selecting participants from questionnaire respondents. Participants described meanings they derived from their lived experience of neurological conditions, self-esteem and counselling. Collected data were evaluated by Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, Flowers & Larkin, 2009); a qualitative research methodology which analyses how people make sense of major

life experiences. Data were supplemented by additional numerical data derived from questionnaires.

### **Findings**

Parents' perceptions and experiences as described via questionnaires and interviews formulated [through Interpretative Phenomenological Analysis] subordinate themes which clustered into four super-ordinate themes:

#### **1. Living with Neurological Conditions:**

Parents considered the impact upon them of living with neurological conditions, regardless of the type or severity of the disability. In the course of highlighting issues which impact upon their self esteem, listing their main concerns and reflecting upon areas where counselling had been, or could be, helpful, parents presented a picture of life with neurological conditions.

It was evident that stress emanating from neurological conditions clearly predates diagnosis in those parents who know that there is a problem, either congenital or acquired, but do not know exactly what this is, or what this means. Waiting for an actual diagnosis [in some cases a diagnosis can take years] is seen as a particularly stressful period and at the time of diagnosis it was recognised that relational issues [which were seen by all as a principal area of concern] often deteriorated. Following diagnosis, adapting to diverse situations and accepting change were described as injurious to self-esteem.

Issues of time management, communication problems, socialising and isolation were also identified as particularly damaging to self-esteem and parents felt that matters over which they had little choice and/or control were also areas where self-esteem suffered. All these issues were recognised as areas which had been, or could be, successfully addressed through the medium of counselling.

#### **2. Fluctuating Self Esteem:**

Both parent and child were recognised as concurrently facing self-esteem challenges and a cyclical element between the neurological condition and self-esteem was established in that a child's neurological condition affects the child's self-esteem, impinges upon the self-esteem of the main caregiver [and vice versa] and impacts upon family life. A cycle which can, if not broken in some way, be replicated infinitely.

Furthermore, an overwhelming 91% of parents reported correlation between their own self-esteem and that of their child, i.e., raised self-esteem within the parent resulted in a consequential rise in the self-esteem of the child and vice versa. Thus, "feelings and

actions of family members influence and are influenced by the feelings and actions of others” (Freedman & Combs,1996;6).

### **Self-esteem and the Child with a Neurological Condition**

Parents feel that a neurological condition affects a child’s self-esteem and believe that improving self-esteem levels could make a difference to the life of their child[ren]. Furthermore, parents recognise that low self-esteem impacts upon peer group interaction and can increase frustration and aggression. They also conjectured how neurological conditions and low self-esteem can both predispose a need for affirmation and approval seeking and a link between neurological conditions, low self-esteem and an external locus of evaluation (Rogers, 1980) was evidenced.

Parents also acknowledge that neurological conditions and low self-esteem together create over-protectiveness or, alternatively, too much leniency within parents and in detecting correlation between neurological conditions, self-esteem and academic ability parents feel that teachers can help children with neurological conditions achieve healthy self-esteem. For example, self-esteem can be improved within a child by teachers and parents realistically emphasising strengths and playing down weaknesses.

#### **Self-esteem and Parents**

Living with neurological conditions impacts upon the self-esteem of parents in many ways. For example, links were evidenced between the self-esteem of parents and their energy levels and tiredness. Furthermore, parents, like children with neurological problems, experience frustration which lowers their self-esteem and they also sometimes agonise about whether some of their reactions to neurological conditions are ‘normal’ and/or ‘acceptable’.

Neurological problems and unhealthy self-esteem can induce decision making paralysis and self-esteem was also seen as affecting communication skills of the child which limits socialising activities for both child and parent. Furthermore, self-esteem levels of both parent and child are greatly affected by the attitudes of others towards neurological conditions, with incidences of staring, avoidance and condescending attitudes of some members of society reported. More recent research addresses how the general public can fail to recognize that problematic behaviour may result from a neurological condition (McClure, 2011).

#### **The Past and the Future:**

Themes 1 and 2 describe day-to-day self-esteem issues of living with neurological conditions as portrayed by parents. However, experiences from our past and expectations and fears for our future also impact upon present day living, our coping mechanisms and our self-esteem.

Parents therefore addressed the impact of neurological conditions and self-esteem upon their temporal existence. It is clear that much cognitive and affective work takes place in coming to terms with neurological conditions. For example, accepting the existence of disability, working through accompanying loss, dependency/child not being able to live autonomously, becoming a 'carer'.

Parents also described how realisation that things had not evolved as they had anticipated when they had looked forward to the present day was sometimes experienced as a loss. For some, this loss was comparable to a grief reaction, with similar process stages.

### **3. Coping Strategies:**

Parents described strategies other than counselling they found useful, including: Having fun; Telephone help-lines; Support groups; Looking beyond the symptoms of neurological disorders to the person; A positive attitude; Self-help books; A pragmatic view of the world/approach to life; Strong support systems; Yoga.

Those parents who had not experienced counselling cited non-participation as mainly attributed to stigma, counselling not being offered or accessibility issues. Parents particularly regret counselling not being available at the point of diagnosis, with 7% of those currently waiting for counselling having been on a waiting list for over three months. Those parents who had engaged in counselling related the decision to seek counselling to a single precipitating event, with 87% of these parents identifying relational problems as their presenting issue. A search for meaning and seeking acceptance and normalisation were among other reasons for commencing counselling.

### **Discussion**

Add a discussion section, teasing out the implications of your findings. Two points that occurred to me –The parents search for acceptance, in a sense it could be argued that we try to help them to cope with a societal issue of stigma and exclusion. The notion of normalisation is also an interesting one, from my own research (Mantell, A 2006 Huntington's Disease: The Carer's Story) I found that in the early days of caring, relatives often sought to normalise their situation, which helped them to

manage, but it could lead to denial and inhibit their ability to look towards the future.

Just a thought!

### **Conclusion:**

Relationships were established between the self-esteem of children with neurological conditions and their parents and a cyclical element between neurological conditions and self-esteem was also evidenced. Increased awareness of these associations would benefit all involved with neurological conditions and counselling.

It was also ascertained that good counselling of parents can be one way in which healthy self-esteem can be achieved and maintained within children with neurological conditions. Furthermore, from the perceptions of counselling offered by parents it was deduced that an integrative style of counselling (See Lapworth & Sills, 2010; Egan, 2002; Palmer & Woolfe, 2000) would be most beneficial in addressing the problems parents identified. However, as evidence also reveals stigma surrounding the process and a lack of understanding about the aims, purpose/process of counselling, more explicit, yet easily understandable information about counselling needs to be readily available.

Nonetheless, reducing stigma and making counselling more user-friendly and transparent would be useless unless issues of availability and accessibility are also addressed. It is also therefore recommended that ways in which counselling could be made more obtainable and accessible for this client group [e.g., on-line counselling, home visits] should be explored.

### **References:**

- ÆGISDOTTIR, S, & GERSTEIN, L (2009), 'Beliefs About Psychological Services (BAPS): development and psychometric properties', Counselling Psychology Quarterly, 22, 2, pp. 197-219, Education Research Complete, EBSCOhost, [Accessed 18 May 2 June 2011].
- BAUMEISTER, R F (1993), Self Esteem: The Study of Self Regard, New York, Plenum Press
- BOWLBY, J (1973), Attachment and loss: Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. Middlesex, England: Penguin Books
- BOWLBY, J (1979), The making and breaking of affectional bonds, London, Tavistock
- BRANDEN, N (1994), The Six Pillars of Self Esteem, New York, Bantam Books
- BRIGGS D C (1970) Your Child's Self-Esteem: The Key to His Life, Garden City, NY, Doubleday & Company

- CAST, A and BURKE, P (2002), A theory of self esteem social factors, March 2002, 80 (3)
- CONTACT A FAMILY (2010), 'A guide for dealing with bullying for parents of disabled children', Contact a Family Advice Sheet, February, 2010 [on line], available at <http://www.cafamily.org.uk/pdfs/bullying.pdf>, Accessed on 9 August 2010
- DRUMMOND, M (2009) 'Self Image & Self Esteem: Disability Can Have a Major Impact on Your Child's Self-Perception', article by Megan Drummond, 30 June 2009, (on line), available at [http://disabilities.suite101.com/article.cfm/self\\_image\\_self\\_esteem](http://disabilities.suite101.com/article.cfm/self_image_self_esteem)
- EGAN, G (2002), The Skilled Helper (Seventh Edition), USA, Brooks/Cole
- FREEDMAN, J and COMBS, G (1996), Narrative Therapy: The social construction of Preferred Realities, London, W W Norton and Company
- GERHARDT, S (2004), Why Love Matters: How affection shapes a baby's Brain, London, Routledge
- GOLEMAN, D (1996), Emotional Intelligence: Why It Can Matter more than IQ, London, Bloomsbury Publishing
- LAPWORTH, P and SILLS, C (2010), Integration in Counselling and Therapy [second edition], London, Sage
- McCLURE, J (2011), 'The role of causal attributions in public misconceptions about brain injury', Rehabilitation Psychology, 56, 2, pp. 85-93, PsycARTICLES, EBSCOhost, viewed 3 June 2011.
- MENCAP (2006) "Don't Stick it, Stop it" Campaign to stop bullying. Information on Bullying and Children with a learning disability [on line], August 2006. Available on <http://www.mencap.org.uk/case.asp?id=377&menuId=318&pageno=> Accessed 14 April 2006
- MIND (2004) "Understanding learning difficulties", Excerpt from booklet by Justine Gibson, Mind, 2004 [on line], Available on <http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Understanding/Understanding+learning+disabilities.htm>. Accessed 25 April 2008
- MRUK, C (1999), Self Esteem: Research, theory and Practice, New York, Springer
- PALMER, S and WOOLFE, R (2000), Integrative and Eclectic counselling and Psychotherapy, London, Sage
- PHELAN, T W, (1996), Self esteem Revolutions in Children, Illinois, Glen Ellyn
- ROGERS, C R (1980), A Way of Being, New York, Houghton Mifflin

SMITH, J, FLOWERS, P and LARKIN, M, (2009) Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research, London, Sage

TOMASELLO, N, MANNING, A and DULMUS, C (2010), 'Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities'. Journal of Family Social Work [serial online]. March 2010;13(2):163-172. Available from: Academic Search Premier, Ipswich, MA. Accessed March 29, 2010

WHALEN et al (2011), Whalen, C. K., Odgers, C. L., Reed, P. L., & Henker, B. 25 April 2011). 'Dissecting Daily Distress in Mothers of Children With ADHD: An Electronic Diary Study'. Journal of Family Psychology. Advance online publication. doi: 10.1037/a0023473 (Accessed 31 May 2011)

## **II. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ, СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ**

### **ПРОБЛЕМА СОВЛАДАНИЯ С БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (НА МОДЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)**

*Сирота Н.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической психологии, декан факультета клинической психологии\* ГБУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития, Москва*

sirotan@mail.ru

Рак молочной железы имеет самый распространенный характер среди всех раковых заболеваний у женщин и составляет 16% по данным мировой статистики. Сам по себе рак несет витальную угрозу и, как отмечают авторы «онкологическое заболевание сопряжено с интенсивными и мучительными переживаниями больного, связанными с угрозой жизни, калечащим характером операции, тяжелым и длительным лечением, изменением социального статуса и материального положения» (В.А.Чулкова, В.М. Моисеенко, 2009). Заболевание раком молочной

железы для женщины (эта патология крайне редко встречается у мужчин) представляет собой особого рода заболевание, которое поражает один из наиболее важных как в функциональном (кормление грудью), так и в эстетическом плане (женская привлекательность) органов, необходимых для полноценной жизни. Данное заболевание наносит повреждения физического и психологического характера: женщина одновременно теряет свое физическое здоровье и физическую привлекательность. В послеоперационный период и в ближайшее время после выписки, актуализируется проблема приспособления к новой жизненной ситуации, формирования адекватного отношения к собственной личности, к своему здоровью (О.В. Андрианов, 2006).

Проблема квалифицированной клинико-психологической помощи этой категории больных до сих пор остается открытой и не решенной. В этой связи исследование внутренней картины болезни, ее личностного смысла, в том числе и при онкологических заболеваниях положили начало важнейшим исследованиям (Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Андрианов, О.В., Бажин Е.Ф.). Сформировалась целое научное движение, получившее название – психоонкологии (Чулкова В.А., Моисеенко В.М., Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Володина Л.Н.).

Наиболее перспективным направлением исследований в этой области является изучение совладающего с онкологическим заболеванием поведения. Понимание этого вопроса позволит целенаправленно и профессионально адекватно проводить психологическое консультирование данных больных, являющееся важным фактором лечения и реабилитации.

Целью работы было изучение ведущих копинг-стратегий и копинг-ресурсов у больных раком молочной железы. В связи с этим обследовано 30 женщин с диагнозом «Рак молочной железы II и III стадии» и 30 условно здоровых женщин – представительниц контрольной группы. Помимо стратегий совладающего поведения изучались ресурсы его обеспечивающие, к которым были отнесены Я- концепция, восприятие социальной поддержки, локус контроля, выраженность духовной и экзистенциальной ориентированности личности, сравнивались показатели тревоги и депрессии у женщин, больных раком молочной железы с таковыми у условно здоровых женщин.



В результате исследования нами не было определено достоверных различий в использовании базисных копинг-стратегий у женщин, страдающих раком молочной железы, находящихся на стационарном лечении, и условно здоровых. Было выявлено, что женщины, страдающие раком молочной железы, в отличие от условно здоровых, имеют высокое восприятие социальной поддержки и интенсивно прибегают к ней, принимая ее от медицинского персонала и близких. Локус контроля у этих женщин более экстернальный, нежели интернальный. Я-концепция отличается заниженными характеристиками, спровоцированными чувством вины и, зачастую, идеями самообвинения. Ориентация на духовные и экзистенциальные аспекты жизни значительно усиливается. В то же время достоверно выявленных различий по показателям тревоги и депрессии у данной категории больных и здоровых лиц выявлено не было.

Исследования показали сложный и неоднозначный характер совладающего поведения у женщин, больных раком молочной железы, изучение которого необходимо продолжать.

\* Исследование проводится совместно со студентом 5 курса факультета клинической психологии МГМСУ Фетисовым Б.А.

## **СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ**

### **И СПОСОБЫ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ**

*Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва*

*Абросимов, И.Н., аспирант кафедры клинической психологии*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва*

[yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru); [somelaugh@mail.ru](mailto:somelaugh@mail.ru)

**Введение.** Хроническая болезнь представляет фундаментальную угрозу для выживания, здоровья и благополучия и вызывает возникновение таких разных эмоциональных переживаний как гнев, депрессия, страх, тревога. Среди этих аффективных состояний

тревога играет доминирующую роль. Она активизирует образ и направления когнитивных и поведенческих ответов, вовлеченных в психологическую саморегуляцию здоровья и болезни, играет важную роль в побуждении личности к целенаправленному поведению, пробуждает физиологические и психологические ресурсы для преодоления болезни, обеспечивает обратную связь о прогрессе в достижении поставленных целей. Субъективные представления об угрозе здоровью является отражением содержания знаний индивида (понимание болезни, её субъективная идентификация, параметры лечения и т.д.) и специфических, зависящих от обстановки, условий факторов, таких как природа соматических изменений и ситуаций в которых они возникают. Наши наблюдения показывают, что восприятие болезни в зависимости от уровня угрозы здоровью и благополучию как субъективный фактор, оказывает в значительной степени более сильное влияние на выбор эмоциональных и когнитивных способов совладания с болезнью, приверженность лечению, чем такие объективные параметры больных, как пол, возраст, вид терапии т.д. Актуальность данного исследования обусловлена, с одной стороны, распространенностью муковисцидоза, тяжелого, угрожающего жизни наследственного заболевания, имеющего негативный прогноз, а с другой стороны, фактическим отсутствием отечественных исследований внутренней картины болезни (ВКБ) и совладающего поведения взрослых с муковисцидозом.

**Объект исследования:** внутренняя картина болезни и совладающее поведение.

**Предмет исследования:** особенности восприятия болезни и совладающего поведения больных муковисцидозом. **Цель исследования:** изучение параметров внутренней картины болезни и стратегий совладающего с муковисцидозом поведения в зависимости уровня субъективного восприятия болезни как угрозы здоровью и благополучию.

**Задачи исследования.** На группе больных муковисцидозом взрослых исследовать:

1. Уровни субъективного восприятия болезни как угрозы здоровью и благополучию.
2. Особенности восприятия параметров ВКБ (причины, продолжительность, идентификация болезни, эмоциональное реагирование на неё, контроль лечением, последствия заболевания и обеспокоенность им, понимание болезни и контроль над ней) у больных муковисцидозом, с разным уровнем восприятия болезни как угрозы;

3. Влияние субъективного восприятия болезни как угрозы здоровью и благополучию на выбор адаптивных или малоадаптивных способов преодоления болезни.

**Характеристики выборки.** Обследовано 50 пациентов больных муковисцидозом (шифр Е 84 по МКБ-10), мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 38 лет, проходящих стационарное и амбулаторное лечение в ГКБ №57 г.Москвы. **Методики исследования.** 1. Краткий опросник восприятия болезни (Э.Бродбент и др., 2006), адаптированный Ялтонским В.М. для исследования взрослых, больных муковисцидозом 2. Опросник совладающего с муковисцидозом поведения (Абби и др., 2001), русскоязычная версия Ялтонского В.М. и Абросимова И.Н. (2010). Полученные результаты были обработаны с помощью программы SPSS for Windows, Version 11.0.

**Результаты эмпирического исследования.** По результатам исследования восприятия болезни выборка пациентов с муковисцидозом была разделена на две группы. Первую группу в количестве 26 человек составили больные муковисцидозом, воспринимавшие болезнь как выраженную угрозу своему здоровью и благополучию. Вторую группу составили 24 больных муковисцидозом, воспринимавшие болезнь как умеренную угрозу здоровью и благополучию. Восприятие болезни как угрозы в первой группе больных было статистически достоверно более высоким за счет более выраженного эмоционального компонента, чем во второй группе ( $56,67 \pm 7,46\%$ , и  $34,90 \pm 6,61\%$  соответственно;  $P=0,001$ ) при относительно равномерно представленном эмоциональном компоненте.

Результаты исследование восприятия причин возникновения заболевания показали, что в первой группе наследственность рассматривается в качестве главной причины (80% больных). Во второй группе образ жизни воспринимается в качестве ведущего фактора развития их заболевания (50% больных; наследственность-33%). По сравнению с больными второй группы, больные муковисцидозом, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу (первая группа), статистически достоверно оценивали её последствия как более тяжелые, лучше идентифицировали болезнь, но хуже понимали и меньше контролировали её, сильнее были озабочены болезнью и давали более выраженные эмоциональные реакции на них. Восприятие муковисцидоза как умеренно выраженной угрозы позволяло больным второй группы менее полно идентифицировать болезнь, меньше быть озабоченным ею, и давать гораздо менее

выраженные эмоциональные реакции на болезнь, но хуже понимать её, оценивать последствия болезни как менее тяжелые, быть уверенным, что они лучше контролируют болезнь,

В структуре совладающего поведения больных, воспринимающих муковисциоз как выраженную угрозу здоровью и жизни (первая группа) преобладают адаптивные стратегии «оптимистическое принятие болезни», «надежда», и менее интенсивно используются малоадаптивные стратегии «избегание» и «отвлечение». В структуре совладающего поведения больных, воспринимающих муковисциоз как умеренную или слабую угрозу здоровью и жизни (вторая группа) преобладают адаптивные стратегии «оптимистическое принятие болезни», «надежда», и менее интенсивно используются малоадаптивные стратегии «избегание» и «отвлечение». Однако, по сравнению с больными второй группы, больные первой группы статистически достоверно менее интенсивно использовали адаптивную стратегию «оптимистическое принятие болезни» ( первая группа-  $71,60 \pm 17,38\%$ , вторая-  $83,57 \pm 10,75$ ,  $p=0,047$ ) и статистически достоверно интенсивнее использовали малоадаптивную стратегию «избегание» ( первая группа-  $57,47 \pm 26,28\%$ , вторая-  $39,00 \pm 23,15$ ,  $p= P=0,037$ )

**Выводы.** 1. Выделены два типа личностного реагирования на угрожающее жизни соматическое заболевание: субъективное восприятие больными муковисцидоза как выраженной угрозы и как умеренно выраженной угрозы здоровью, жизни.

2. Особенности восприятия параметров ВКБ при оценке муковисцидоза как выраженной угрозы: наследственность рассматривается в качестве главной причины, последствия болезни оцениваются как более тяжелые, её проявления точнее идентифицируются больными, но она менее понятна для них и менее контролируема, вызывает сильную озабоченность и сопровождается выраженным эмоциональным реагированием.

3. Особенности восприятия параметров ВКБ при оценке болезни как умеренной угрозы: образ жизни воспринимается в качестве ведущей причины развития заболевания, менее полная идентификация проявлений болезни и меньшая озабоченность ею, слабое эмоциональное реагирование и оценка последствий как умеренных, выраженная уверенность в своей способности контролировать болезнь.

4. В структуре совладающего поведения больных муковисцидозом с описанными типами личностного реагирования на болезнь преобладают адаптивные стратегии в сочетании с малоадаптивными. Разный тип восприятия болезни влияет на выбор адаптивных или малоадаптивных способов преодоления. Оценка болезни как выраженной угрозы жизни способствует более интенсивному использованию малоадаптивных стратегий и менее интенсивному использованию адаптивных стратегий совладания с болезнью.

## **СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ**

### **У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва

Богданова Л.Н., аспирантка кафедры клинической психологии

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва

[yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru); [lyubogdanova@gmail.com](mailto:lyubogdanova@gmail.com)

**Введение.** Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста (заболеваемость РПЖ в России составляет 20-30 случаев на 100 тысяч человек). Угрожающие жизни ситуации влияют на здоровье, поскольку затрагивают основные потребности человека в самосохранении, личностной идентичности, социальной интеграции. РПЖ, как воспринимаемая выраженная угроза для выживания, здоровья и благополучия, является основой стрессовых реакций, важным когнитивным предшественником страха и других психологических трудностей. Внутренняя картина болезни (ВКБ) отражает оценки личностью субъективного здоровья, своей болезни, которые могут влиять на последующие оценки здоровья, болезни и себя, предопределять выбор способов совладания с болезнью и приверженность лечению и здоровому образу жизни. В тоже время, негативные субъективные представления о болезни, а также проблемы, связанные с болезнью могут активизировать восприятие первичной угрозы жизни, здоровью и благополучию. Разное субъективное восприятие болезни как выраженной либо

умеренной или слабой угрозы для жизни влияет на формирование внутренней картины болезни и последующую адаптацию к болезни.

**Объект исследования:** внутренняя картина болезни. **Предмет исследования:** особенности ВКБ больных раком предстательной железы. **Цель исследования:** изучение параметров внутренней картины болезни и стратегий совладающего с РПЖ поведения в зависимости от интенсивности субъективно воспринимаемой угрозы жизни.

**Задачи исследования:** 1.определить типы субъективного восприятия РПЖ как угрозы жизни и здоровью; 2. исследовать особенности чувственного, эмоционального, когнитивного и мотивационного уровня уровней ВКБ на группах больных РПЖ с высоким и умеренным типами субъективного восприятия болезни как угрозы жизни и здоровью.

**Характеристики выборки.** Обследован 91 больной РПЖ с I, II, III стадиями, проходящих стационарное и амбулаторное лечение. На ранних стадиях болезни лечение было преимущественно минимально инвазивным хирургическим (роботическая лапароскопическая простатэктомия), на более поздних стадиях-гормонально-лучевая терапия. Больные с РПЖ IVстадии, метастазами и нуждающиеся в паллиативной помощи в выборку не включались. По результатам исследования восприятия болезни вся выборка пациентов с раком предстательной железы была разделена на основную группу и группу сравнения. Основную группу в количестве 41 человек составили больные с РПЖ, средний возраст  $62,71 \pm 6,36$  года, воспринимавшие болезнь как выраженную угрозу. Группу сравнения составили 50 больных РПЖ, средний возраст  $60,84 \pm 7,37$ , воспринимавшие болезнь как умеренную угрозу. База исследования- 4 урологическое отделение ГКБ №50 г. Москвы и ФГБУ МРНЦ г. Обнинска.

**Методики исследования.** 1. Тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО) (Тхостов А.Ш., Елшанский С.П.); 2. «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А.П., Вассерман Л.И. и Иовлев Б.В.); 3.Переработанный опросник «Восприятие болезни» (Р.Мосс-Моррис с соавторами, в адаптации Ялтонского В.М.); 4) Опросник «Личностный смысл болезни» (Lipowski Z., в адаптации Ялтонского В.М.); 5) «Способы совладающего поведения» (WCQ,S. Folkman et al. в адаптации СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева под рук. Л.И. Вассермана).

**Результаты эмпирического исследования.** Для оценки чувственного уровня ВКБ по В.В.Николаевой проводилось изучение дескрипторов интрацептивных

ощущений болезни. При сравнении и анализе словарей, используемых для описания внутренних телесных ощущений, значимых различий в общем и знакомом словарях в обеих группах не выявлено. Они были практически идентичны по содержанию. По количественному показателю выбора дескрипторов в основной группе больных РПЖ, (воспринимающих угрозу заболевания как выраженную), словарь «болезненных», «угрожающих здоровью» и «опасных» ощущений статистически значимо превышает таковой в группе сравнения (пациентов с умеренной угрозой для жизни) ( $19,8 \pm 8,09$  против  $9,38 \pm 2,81$ , при  $p < 0,001$ ;  $4,8 \pm 3,27$  против  $2,84 \pm 1,43$ ,  $p < 0,05$ ;  $6,39 \pm 3,24$  против  $4,18 \pm 2,22$ ,  $p = 0,001$  соответственно). У пациентов с выраженной угрозой «болезненный словарь» был расширен не столько за счет конкретных телесно определенных ощущений, сколько за счет метафорических и, скорее, психических, интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний («мучительно», «грусть», «подавленность», «страдание», «напряжение», «тревога», «истощение», «тяжесть», «плохо», «предчувствие»). **Результаты исследования эмоционального уровня ВКБ** свидетельствуют о том, что достаточно выраженный уровень ситуативной тревоги в основной группе статистически значимо выше, чем в группе сравнения ( $6,63 \pm 1,78$  против  $4,84 \pm 1,4$ ,  $p < 0,001$  соответственно). Такие компоненты ситуативной тревоги как «тревожная оценка перспектив», «эмоциональный дискомфорт», «фобический компонент» и «социальная защищенность», были статистически значимо выше в группе с выраженной угрозой ( $8,1 \pm 1,16$  против  $5,08 \pm 2,06$ ,  $p < 0,001$ ;  $7,29 \pm 1,45$  против  $5,64 \pm 1,85$ ,  $p < 0,001$ ;  $6,73 \pm 2,57$  против  $3,58 \pm 1,95$ ,  $p < 0,001$ ;  $5,63 \pm 2,6$  против  $4,04 \pm 2,77$ ,  $p \leq 0,01$  соответственно). Эмоциональное реагирование на болезнь на болезнь в основной группе также было статистически значимо выше, чем в группе сравнения ( $25,10 \pm 4,26$  против  $21,52 \pm 6,92$ ,  $p < 0,05$ ). **Исследование когнитивного уровня ВКБ** показало, что больные, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу жизни, воспринимали свое заболевание как хроническое (параметр «течение болезни»:  $21,95 \pm 4,88$  против  $17,10 \pm 4,60$ ,  $p < 0,001$ ) и более цикличное ( $10,10 \pm 2,69$  против  $8,58 \pm 2,24$ ,  $p < 0,01$ ), имеющее выраженные последствия для их жизни ( $20,66 \pm 4,68$  против  $17,78 \pm 3,87$ ,  $p < 0,01$ ). При этом их представления о болезни были менее согласованными ( $17,80 \pm 2,08$  против  $19,78 \pm 3,99$ ,  $p < 0,01$ ), они более низко оценивали собственную способность влиять на течение заболевания ( $19,34 \pm 3,93$  против  $21,46 \pm 3,80$ ,  $p < 0,05$ ) и лечение ( $18,66 \pm 2,06$  против  $20,74 \pm 3,35$ ,  $p < 0,001$ ). **Мотивационный уровень ВКБ** рассматривался в понятиях личностного смысла болезни и совладающего с болезнью

поведения. Условно можно выделить «позитивный» смысл болезни (болезнь как «вызов», «ценность», «стратегия», «облегчение») и «негативный» смысл болезни (болезнь как «враг», «наказание», «слабость», «безвозвратная утрата»). Для пациентов с выраженной угрозой заболевания статистически значимо с большей вероятностью болезнь выступала как «безвозвратная утрата» (29,3% против 6%,  $p < 0,01$ ). При этом удельный вес «негативных» смысла в группе больных с выраженной угрозой был выше, чем в группе сравнения (соотношение «негативных» смыслов к «позитивным» составляет 2,15 к 1,17). В структуре совладающего со стрессом поведения больных основной группы преобладают такие стратегии как «Поиск социальной поддержки», «Дистанцирование», «Бегство-избегание», значения по данным параметрам которых статистически значимо выше таковых в группе сравнения ( $61,39 \pm 7,37$  против  $45,70 \pm 9,54$ ,  $p < 0,001$ ;  $51,95 \pm 9,78$  против  $41,00 \pm 9,41$ ,  $p < 0,001$ ;  $50,24 \pm 11,27$  против  $38,16 \pm 6,76$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **Выводы.**

1. По сравнению с больными, воспринимающими РПЖ как умеренную угрозу, больные РПЖ, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу, имеют статистически значимо более расширенный объем болезненного словаря, расширение которого происходит не столько за счет конкретных, телесно определенных ощущений, сколько за счет метафорических и, скорее, психических, интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний.
2. Эмоциональный уровень ВКБ основной группы пациентов больных с РПЖ характеризуется более выраженным эмоциональным реагированием на болезнь, более высокими показателями ситуативной тревоги в целом и составляющих её компонентов.
3. Первичная когнитивная оценка РПЖ как выраженной угрозы формирует менее адаптивное восприятие пациентами своей болезни как болезни как хронической, более цикличной, имеющей серьезные последствия. При этом, представления о болезни относительно мало согласованы, отражают неуверенность пациентов в собственной способности влиять на развитие заболевания и ход лечения.
4. Мотивационный уровень ВКБ больных, воспринимающих РПЖ как выраженную угрозу, характеризуется преобладанием негативного смысла болезни над позитивным, а совладающее с РПЖ поведение является менее адаптивным.



## К ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ/НЕПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

*Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор,*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра клинической психологии, Москва*

*Малый А.Ю., доктор медицинских наук, профессор*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра факультетской ортопедической стоматологии, Москва*

*Макурдумян Д.А., старший лаборант,*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра факультетской ортопедической стоматологии, Москва*

*Карева Е.Е., старший лаборант,*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра факультетской ортопедической стоматологии, Москва*

*[yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru); [tiflida@mail.ru](mailto:tiflida@mail.ru); [kareva.evgenija@rambler.ru](mailto:kareva.evgenija@rambler.ru)*

Несоблюдение рекомендаций врача является большой проблемой оказания медицинской помощи в целом и проблемой практически всей стоматологии. Последствиями неприверженности к лечению в стоматологии являются плохая гигиена полости рта, увеличение риска развития кариеса, увеличение продолжительности ортопедического лечения, парадонтоз и плохие результаты его лечения, курение и увеличение риска развития рака полости рта, других заболеваний и т.д.. Предупреждение и лечение заболеваний полости рта предполагает обязательное выполнение рекомендаций врача (Газизулина О.Р., Яхин К.К, Анохина А.В., 2008; Голева Н.А., 2008; Зиньковская Е.П., 2007; Куюмджиди, Н.В., 20010; Сирота Н.А., 2011; Фирсова, И. В., 2009; Цепов Л.М., Голева Н.А. 2009, Gorelick L, et al, 1982; Machen DE, 1991; Ojima M, et al., 2001).

На возникновение неприверженности в стоматологии могут влиять как факторы, связанные с самим пациентом, так и факторы, связанные со средой, обществом, организацией стоматологической помощи. Страх, тревога вызванные предстоящим визитом к стоматологу, страх перед болью, инъекциями, непонимание технологий оказания стоматологической помощи, плохой контакт с персоналом, психические состояния, дефицит времени, образ жизни, возраст, восприятие здоровья, болезни и лечения, низкая самооценка, неуверенность в себе, мотивация к терапии являются

факторами, влияющими на развитие неприверженности, связанными с самим пациентом. Барьеры для получения стоматологической помощи и недостатки, связанные с её организацией, отсутствие достаточных навыков коммуникации персонала стоматологических клиник, экономическое положение и т.д. являются внешними факторами, способствующими неприверженности, и влияющими на обращаемость населения за стоматологической помощью. Негативное влияние внешних и внутренних факторов, способствующих неприверженности, может быть снижено путем обучения пациентов, формирования у них навыков коммуникации, в результате оказания специализированной психологической помощи, увеличения возможностей получения стоматологической помощи на дому. (Klages U. Et al. 2007; Gardiner DM, et al., 2006; Ojima M, 2001; Ower P., 2003; Stetson BA., 2000).

Приверженность самолечению больных с заболеваниями полости рта одна из самых сложных, проблем в стоматологии. Она связана с мотивацией на укрепление здоровья и лечения, активной позиции самого пациента. Многие пациенты не соблюдают рекомендаций врачей по уходу за полостью рта, которые приходится осуществлять им самим. Самопомощь на дому включает чистку зубов и межзубных промежутков, использование зубной пасты, содержащей фтор и т.д. Эти мероприятия эффективны, но требуют наличия навыков правильного их применения, внимания и достаточного количества времени. Большинство пациентов неприверженны рекомендациям врачей по очищению межзубных промежутков нитями (Konig J, 2001; McCracken G, 2005; Novaes J, Novaes AB., 2001).

Другой проблемой стоматологической помощи является неприверженность детей и подростков. Неприверженные профилактическим мероприятиям родители формируют аналогичные привычки у своих детей. Программы традиционного обучения детей с высоким риском развития кариеса и их родителей в таких случаях недостаточны. Рекомендуется использовать методы мотивационного консультирования детей и их родителей. (Ashkenazi M, Cohen R, Levin L. 2007). Изучение приверженности подростков, получавших ортодонтическое лечение, выявило ряд факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций врача-ортодонта. Ортодонтическое лечение может вызывать определенный дискомфорт для пациентов из-за возникающей боли или функциональных ограничений. Лечение детей и подростков обычно достаточно продолжительное. Соответственно, приверженность, продемонстрированная в начале лечения, изменяется и редко

сохраняется на протяжении всего периода лечения. Независимо от технологий используемого ортодонтического лечения, необходимо учитывать, что приверженность лечению может существенно изменяться на фоне быстрого физического, психологического и социального развития детей и подростков (Doll GM, 2000; Donovan JL, 1992; Sergl HG, 1998; Sinha PK, 2000, Turbill EA, 2003).

Во время ортопедического лечения пациенты должны регулярно посещать врача. Посещение специалиста без пропусков является одним из критериев, свидетельствующих о желании пациента следовать рекомендациям врача-стоматолога. Наличие пропусков визита к врачу может отражать наличие неприверженности и приводить к преждевременному прекращению лечения. Кроме регулярности запланированных посещений о приверженности лечению может свидетельствовать особенности пользования съемных протезов, действия пациентов по предупреждению их повреждения в результате поведения пациента или поддержание удовлетворительного уровня гигиены полости рта (Albino JE, 1991; Bartsch A, 1993). Приверженность пациентов в ортопедической стоматологии может существенно варьировать. Например, они могут пассивно давать согласие на соблюдение рекомендаций врача, но это может оказаться для них невозможным, когда они сталкиваются с необходимостью постоянного использования протезов, регулярного тщательного ухода за ними. Несоблюдение правил гигиены полости рта особенно проблематично при наличии несъемных ортопедических конструкций, которые увеличивают риски возникновения кариеса, гингивита, периодонтита, пародонтита (Rinchuse DJ, Rinchuse DJ, Zullo TG, 1992).

Слабая разработанность проблемы приверженности в ортопедической стоматологии связана и с тем, что недостаточно четко определены критерии оценки приверженности/ неприверженности и отсутствуют адекватные методики их измерения. В начатых диссертационных исследованиях мы предполагаем исследовать факторы приверженности лечению с применением съемных и несъемных протезов, и факторы приверженности пациента лечению с применением дентальных имплантатов. В работах будут использованы опросники и индивидуальные анкеты, адаптированные к обследованию пациентов с различными видами ортопедических конструкций, для измерения представлений пациента о здоровье полости рта, характеристик привычек ухода за протезами, самоэффективности и воспринимаемой компетентности в стоматологической практи

ике и приверженности лечению в ортопедической стоматологии (версия для пациента и для врачей).

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Русина Н.А., кандидат психологических наук, доцент*

*Ярославская государственная медицинская академия, кафедра педагогики и психологии с курсом Института последипломного образования, Ярославль*

[psycholog@yma.ac.ru](mailto:psycholog@yma.ac.ru)

Несмотря на значительные успехи в ранней диагностике и лечении онкологических заболеваний, болезнь по-прежнему является для человека стрессовым фактором. Рак воспринимается как не подвластная контролю угроза жизни, покушение на целостность организма, особенно в условиях калечащих операций. Рак – это особое смысловое пространство, особый образ жизни и мироощущений с рядом психологических проблем. Никакое другое заболевание, даже при благоприятном исходе, не порождает столько страха, боязни, как рак. Семантическое пространство, в котором пребывает онкологический больной, показывает, насколько велика пропасть между теми, кто стоит перед лицом смерти, и здоровыми людьми. Попав в первую группу, человек как бы несет на себе печать прокаженного. Это ощущение усиливается за счет страха смерти, одиночества, уродства, отчуждения, безнадежности. Адаптация к болезни у пациентов онкологического профиля проходит 5 ступеней (Э. Кублер-Росс): 1. Отрицание, или шок. 2. Гнев. 3. «Торговля». 4. Депрессия. 5. Принятие болезни. Стадии не всегда идут в установленном порядке. Знание каждой стадии необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека. Подобные фазы имеют место при тяжелых хронических заболеваниях, при горевании.

Первая стадия очень типична. Человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще не обращаться в больницу. В этой стадии лучше спокойно выждать, пока он свыкнется с этой

мыслью, не пугать его, не заявлять категорично на его отрицание, что он не прав. Безусловно, многое зависит от его личностных особенностей. Известны случаи, когда человек, находясь на 1-2 стадии развития заболевания, при прогнозируемом благоприятном исходе, совершает суицид. Если больной находится на стадии отрицания, нужно понять, что это помогает ему справиться в настоящее время с повседневной жизнью и путем поддерживающей терапии помочь определить ему список реальных целей. Отрицание помогает пациенту постепенно привыкать к своей новой ситуации. В данной стадии оно является для него психологической защитой, он глух к восприятию информации. На вопросы пациента следует отвечать ровно столько, насколько он готов принять информацию. Если больной отрицает свою болезнь, не следует разбивать его психологическую защиту, но мягко подводить к мысли: «Надо подождать результатов анализов», «Даже если это так, это не приговор, будем лечиться и бороться». Если больной тревожен, его следует успокоить. В этом случае успешности можно достичь через поддерживающую терапию, обучение саногенному мышлению или релаксационным техникам, соблюдению диеты.

Вторая стадия характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной на врачей: («Почему не нашли раньше?»), общество («Почему в нашей стране было разрешено испытание ядерного оружия?»), родственников («Мой муж заставлял меня делать аборт»), судьбу («Почему это случилось со мной?»). На этой стадии следует слушать и пытаться отвечать на вопросы. Больной просто выражает свой гнев на несправедливость. В ситуации агрессии, гнева следует определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, то следует помочь отреагировать эмоции. Если это аутоагрессия, можно помочь поместить опыт пациента в длительную временную перспективу, осмыслить ее, подключая экзистенциальную или религиозную ориентацию.

Третья стадия - это попытка «выторговать» как можно больше жизни у самых разных инстанций: «Доктор, если я буду принимать акулий хрящ, смогу я прожить до того дня, как моя дочь пойдет в школу?», «Отец Дмитрий, если я буду соблюдать посты, смогу ли я прожить еще два года, чтобы моя дочь нашла работу? Тогда я смогу умереть спокойно». Не следует запрещать ему искать возможные ресурсы, надо только убедить, что все это должно проходить под наблюдением врача и при его участии. Опять же известны случаи из личной практики, когда

пациент отказался от операции и, включив все возможные собственные силы и нетрадиционные ресурсы, выжил.

На четвертой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, и он перестает бороться. Он избегает своих привычных друзей, прекращает заниматься обычными делами, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. «Выхода нет, оставьте меня в покое». В ситуации депрессии следует помочь высвободить не пережитое горе, невысказанные обиды, неотрагированные эмоции. При отчуждении необходимо проанализировать семейные проблемы и выявить причины дисгармонии, идущие из прародительской семьи, детства, настоящей семьи.

Пятая стадия – это наиболее рациональная психологическая реакция, но до нее далеко не каждый доходит. «Да, со мной это случилось, но не все потеряно. Нужно бороться. Даже если мне суждено прожить хотя бы полгода, я проживу это время осмысленно, с пользой для себя и моих детей». Стадию принятия болезни больные проходят по-разному. Одни начинают бороться, выстраивают вместе с психотерапевтом тактические задачи. На практике люди верующие или обретшие веру в момент болезни принимают свое состояние гораздо спокойнее. Изменяя отношение к смерти, работая с категориями свободы, изоляции, пациент изменяет свое отношение к жизни, научается принимать себя таким, какой он есть, принимать болезнь. Именно на этой стадии наступает полноценная адаптация к болезни. Это состояние связано с переработкой и трансформацией личностных смыслов. В случае тяжелых онкологических заболеваний мы имеем дело с неконгруэнтностью человека и его смыслов, неконгруэнтностью самих смыслов личности.

Неконгруэнтность проявляется в том, что сохранение здоровья не является по жизни главным смыслом онкологического больного, при этом нормативные критерии личности высоки. В наших исследованиях отношения к болезни (методика ТОБОЛ) ведущим типом отношения к болезни в профиле является сенситивный. На втором месте – эргопатический (уход в работу). При этом личность в полной мере соответствует нравственным нормам. Если обратиться к нашим исследованиям по методике СМОЛ, то у онкологических больных значимо выше показатели сверхконтроля и ригидности, что характеризует их как личностей, склонных к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать

нормативным критериям. Как субъекты деятельности, все обследуемые онкологические больные весьма успешны, состоялись в жизни и в работе.

Неконгруэнтность смыслов проявляется также в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности. В качестве примера можно привести высказывания онкологических больных, узнавших о тяжести своего положения: «Разве я стал бы так жить, если бы знал, что со мной случится? Я бы больше внимания уделял своему здоровью, себе самому». В подтверждении данного тезиса можно привести данные, полученные по методике исследования самооотношения. Первые 4 фактора: саморуководство, самоуверенность, закрытость и отраженное самооотношение объединены после вторичной факторизации в фактор «самоуважение». Он значимо выше у онкологических больных. Для них характерна тенденция к соответствию субъекта социально желаемому образу, социально-нормативным критериям. Второй фактор как результат обобщения шкал самопринятия, самопривязанности и самооценности обозначен как «аутосимпатия» и характеризует самооотношение на основе эмоционального чувства привязанности и расположения к себе. Третий фактор - «самоуничижение» - включает 2 шкалы: внутреннюю конфликтность и самообвинение. Он значимо выше у онкологических пациентов. Это маркирует их как личностей, обладающих повышенным самоуважением, граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, при наличии аутосимпатии, а также присутствием самоуничижения как механизма защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены, и поддержанием общего самоуважения. При этом положительные эмоции не замечаются, а отрицательные - подавляются.

Обратимся к анализу смысложизненных ориентаций по методике СЖО. По субшкале «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» у онкологических пациентов наблюдается снижение профиля и самый низкий балл, что свидетельствует о неудовлетворенности прожитой жизнью. Это связано с процессом преждевременного подведения итогов жизни, а также с разрушением в ряде случаев всей смысловой структуры личности. Второй низкий балл - по субшкале «локус контроля – жизнь или управляемость жизни» - при наличии высокого самоуважения подчеркивает вынужденную убежденность таких больных в том, что жизнь их стала неподвластна сознательному контролю (они отдают себя во власть врачей), что приводит их к еще большему самоуничижению. Ограничение

операциональных возможностей и невозможность реализации смыслов влечет за собой перестройку смысловой сферы, подстройку под наличные возможности».

Для изучения индивидуальной структуры смыслов использовалась методика предельных смыслов. У пациентов наблюдаются ограниченные предельные смыслы. Отмечается наличие 1-2 смысловых категорий (словесных формулировок, используемых для ответа на вопрос «Зачем?»). Для пациентов характерно наличие одной узловой категории (категорий, фигурирующих как ответы на два или более вопроса «Зачем?», что в графическом представлении выглядит как разветвление цепи смысловых связей), у «здоровых» - 2-3. Цепь (линейная последовательность смысловых категорий) пациентов составляет 3-5 элементов, у «здоровых» - 7-8 элементов. В качестве механизмов, стоящих за этими процессами, мы рассматриваем механизмы психологических защит (при утрате, потере смыслов) и совладаний (при реконструкции и трансформации смыслов).

Основная направленность смысловой регуляции больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, причиняемого своему социальному окружению. У больных создается представление о себе как о сильных личностях, обладающих достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Наши исследования защитных реакций по методике индекса жизненного стиля показали, что защитные механизмы «отрицание», «реактивные образования» и «интеллектуализация» выше нормы у онкологических пациентов. Многие из них стесняются своей болезни, скрывая ее от окружающих (отрицание). Больные стремятся казаться сильными, чтобы лишней раз не обременять своими проблемами близких людей (реактивные образования). Большинство пациентов много читают о болезни, придумывая ей псевдоразумные объяснения (интеллектуализация). У онкологических больных при высоком личностном самоконтроле и ригидности защитные механизмы направлены на сохранение своего имиджа, статуса, норм и приводят к эмоциональному сдерживанию. И в данном случае им легче пережить утрату своих ценностей или смыслов, чем изменить их.

Наши исследования совладающего поведения по методике Р. Лазаруса, показали, что у онкологических больных снижены реакции планирования решения проблем и принятия ответственности, т.к. они вынужденно передают ответственность за свою жизнь в руки врачей, несмотря на мнение о себе как о сильных личностях. Именно по этим шкалам отмечается значимость различий.



Осознание неконгруэнтности смыслов приводит больного к разрушению хрупкой иерархической системы смыслов. Возникает необходимость укреплять старую или создавать новую систему. Д.А. Леонтьев называет этот процесс «смыслостроительством». В случае с тяжелыми больными мы, скорее всего, имеем дело с потерей (утратой) смыслов при столкновении с фактом заболевания, а в случае принятия болезни - с реконструкцией или трансформацией смыслов.

В психотерапевтической практике с онкологическим пациентом по созданию новой системой смыслов наиболее успешной тактикой является работа с его фундаментальными мотивациями в техниках терапии В. Франкла и А. Лэнгле. Работа с первой мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия, чтобы научиться выдержать увиденное и принять как факт. Можно применить когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями: переформулирование ограничивающих убеждений, перевод иррациональных убеждений в рациональные, отрицательных в положительные, относительность отрицательных событий. Работу со второй фундаментальной мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» - можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента. Поиск третьей фундаментальной мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» - должен привести пациента к аутентичности, нахождению себя. Работа может идти в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я». Определение четвертой фундаментальной мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» - заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустройении, с помощью техник рационально-эмотивной терапии.

Итак, противоречие между повышенным самоуважением, граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, аутосимпатией и самоуничижением как базовой смысловой структуры личности онкологического больного и факт осознания неконгруэнтности системы смыслов при факте заболевания, неудовлетворенность прожитой жизнью могут актуализировать процесс «смыслостроительства», обнаружения новых жизненных смыслов. Данный ресурс на практике оказывается самым эффективным копинг-поведением и

существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни пациента.

## **КОПИНГ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА В СТРУКТУРЕ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ УЧИТЕЛЯ И ВРАЧА**

*Александров Д.В., аспирант*

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, кафедра  
социальной и клинической психологии, г. Чебоксары*

*dalexandrov1981@gmail.com*

Современное общество в виду непрекращающихся изменений немислимо без стрессовых воздействий и необходимости адекватного реагирования на окружающую обстановку. Поэтому особое внимание необходимо уделять методам повышения стрессоустойчивости, формирования адекватной реакции организма как устойчивости моторных, сенсорных и умственных компонентов деятельности при возникающем эмоциональном воздействии. Значение процесса создания адаптивного совладающего поведения трудно переоценить, тем более, если речь идет о таких специалистах, как врачи и учителя.

Несмотря на большое количество исследований по проблеме совладающего поведения и механизмов реагирования на стресс, изучение особенностей этого поведения у специалистов социальных профессий бюджетной сферы (медиков, педагогов, социальных работников и т.д.) ведется явно недостаточно.

При этом имеющиеся специфические характеристики профессиональной деятельности учителей и врачей, проблемы, с которыми им приходится сталкиваться каждый день, заработная плата, которая явно не соответствует степени социальной ответственности работников, - все это вызывает чувство неудовлетворённости своей профессией и связанные с этим стрессы. Стрессы – постоянные спутники профессиональной деятельности этих специалистов и от того, насколько специалист может воспользоваться своими копинг-ресурсами, зависит не только его эффективность, но и его здоровье.

От выбора копинг-стратегий в момент столкновения с психотравмирующей ситуацией зависит психическое и физическое самочувствие, которое проявляется в физиологических реакциях организма. Таким образом, выявив физиологические реакции организма, которые вызывает использование тех или иных копинг-

стратегий, можно разработать соответствующую профилактическую и коррекционную технологию: методики восстановления, улучшения самочувствия, за счет изменения используемых человеком копинг-стратегий.

Целью нашего исследования было выявление физиологических реакции на стресс работников образования и медицины в зависимости от особенностей копинг-поведения.

Выборку составили 109 человек – из них 43 учителя и 66 врачей (женщины, средний возраст 39,5 лет, высшее образование).

Для выявления физиологических реакций на стресс работников: физическая активность; головная боль, повышение артериального давления; мышечное напряжение; затрудненность дыхания; нарушение нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта; расстройство сна; эмоциональные срывы; упадок сил; снижение защитных сил организма мы использовали анкету «Профессиональный стресс» Ю.В. Щербатых.

Среди существующих реакций организма на стресс у работников образования на первом месте (по количеству выборов) находится головная боль и повышенное артериальное давление – 59,85%; в то время как для врачей характерно расстройство сна - 51,35%; на втором месте для обеих групп – упадок сил - 36,68%. Далее у педагогов идут - эмоциональные срывы - 30,12%; у врачей - физическая активность 22,01%. Только 7,38% опрошенных врачей и 11,3% продиагностированных учителей отмечают, что в ситуации стресса у них не возникает никаких физиологических реакций организма на стресс. Т.е. стрессы, возникающие в жизни большинства работников, изученных групп, влияют на их самочувствие, здоровье и, как следствие, на качество выполнения профессиональной деятельности, отношение к ней.

Для диагностики стратегий копинг-поведения, т.е. поведенческих и когнитивных усилий, применяемых индивидом, чтобы справиться с внешней стрессовой средой (в процессе выполнения профессиональной деятельности), мы использовали методику «Стратегии копинг-поведения» К. Карвера.

Методика показала, что у педагогов и врачей среди доминирующих копинг-стратегий преобладают активные адаптивные, такие как «положительное истолкование и рост», «планирование», «поиск активной общественной поддержки», «активный копинг», но в тоже время они также используют и пассивные стратегии, такие как «сдерживание», «поиск эмоциональной общественной поддержки» и

«подавление конкурирующей деятельности», а также неадаптивные – «ментальное отстранение» и «фокус на эмоциях и их выражении».

Т.е. в большинстве стрессовых ситуаций работники обеих профессиональных групп пытаются оценивать проблемную ситуацию с точки зрения ее положительных сторон и относиться к ней как к одному из эпизодов своего жизненного опыта; планируют свои действия в отношении этой ситуации, обращаются за помощью и советом к близким людям; предпринимают активные действия по устранению источника стресса. В то же время, бывают ситуации, когда данные специалисты не проявляют активности в разрешении проблемы, а ожидают более благоприятных условий для этого; нуждаются в сочувствии и понимании со стороны окружающих; снижают активность в отношении других дел и проблем и полностью сосредотачиваются на источнике стресса; пытаются отвлечься от стрессовой ситуации через развлечения, мечты, сон и т.д. или эмоционально реагируют («срываются»).

Таким образом, сравнение степени выраженности копинг-стратегий испытуемых врачей и учителей, с преобладанием тех или иных физиологических реакций в стрессовой ситуации позволило нам выявить, какие копинг-стратегии способствуют проявлению определенных физиологических реакций. Результаты нашего исследования показали: несмотря на то, что использование активных адаптивных копинг-стратегий в стрессовой ситуации способствует улучшению самочувствия и они в этом плане являются наиболее эффективными (Муздыбаев К., 1998), (Нартова-Бочавер С.К., 1997), самочувствие респондентов зависит и от того, насколько они используют и другие копинг-стратегии - пассивные и даже неадаптивные и от соотношения количества используемых ими активных и пассивных; когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий. Чем шире спектр используемых копинг-стратегий, выбор которых зависит от ситуации, тем в меньшей степени медицинские работники и педагоги подвергаются физиологическим последствиям стресса, тем лучше их самочувствие.

## **АНАЛИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

*Говоровская К.С., аспирант*

*Ярославская государственная медицинская академия, кафедра педагогики и психологии с курсом Института последипломного образования, Ярославль*

govorovskay@newmail.ru

С семидесятых годов прошлого века оценка эффективности лечения онкологических больных заключалась в длительности жизни и в выживаемости. С развитием психоонкологии как отдельной отрасли медицины и науки возник интерес к тому, как онкологический больной проживает жизнь, после перенесённой калечащей операции (например, при раке гортани без голоса, при раке прямой кишки с наложенной колостомой и т.д.) Пациенты стремятся сами не только к хорошим результатам операции, но и к улучшению своего самочувствия, к комфортной и привычной жизни среди людей. Важнейшим компонентом психологического мира больного является « Внутренняя картина болезни». Она формируется под влиянием собственных представлений больного, его общения с другими больными, медицинским персоналом. В этот момент очень важно близость врача и пациента. Умения врача сопереживать больному, грамотно и доступно объяснить больному и его родственникам о предстоящем лечении, осложнениях, реабилитационном периоде, формировать правильную внутреннюю картину болезни у пациента позволяют больному избегать ненужной тревоги, усугубляющей его состояние, а порой и приводящей к таким осложнениям как инсульт, инфаркт. Психологические методы коррекции неправильных позиций больных способствуют улучшению их состояния, профилактике рецидивов болезни, облегчению тяжести страданий.

Наше исследование проводилось в рамках научной работы, включающей изучение психологического статуса больных раком гортани на базе областной онкологической больницы города Ярославля. Использовалась методика ТОБОЛ для изучения вариантов личностного реагирования на заболевания и определения типов отношения к болезни. Больные - мужчины, от 40 до 80 лет, с 3-4 стадией заболевания, разделены по группам. 1 группа: 20 человек, отказывающиеся от операции, получившие курс лучевой терапии по радикальной программе. 2 и 3- группы: Больные, прооперированные в объёме резекции гортани и ларингэктомии, всего 80 человек. 4- группа – 20 человек, перенесших трахеобронхиальное шунтирование (Т.Б.Ш.).

Анализ данных позволяет выделить следующие типы отношения к болезни: в 1 группе преобладают анозогнозический и сенситивный типы отношения к болезни, в 2, 3 группах - гармонический, эргопатический и сенситивный типы, для пациентов 4 группы характерен эргопатический и в меньшей степени гармонический тип. Пациенты, которые отказываются от оперативного лечения, то есть пациенты 1 группы, отрицают всё, что с ними происходит, серьёзно не воспринимают болезнь и стараются «обойтись своими средствами» в лечении этого заболевания, не выполняют рекомендации врача, нарушают режим. Пациенты 2 и 3 групп трезво оценивают своё состояние, стремятся выполнять все рекомендации врача, активно содействуют успеху лечения. Для 2, 3, 4 групп также характерен эргопатический тип, но в данном случае его можно расценить не как уход от болезни в работу, а как стремление восстановить свой социальный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности. Во всех группах исследования преобладает сенситивный тип, что вполне обусловлено состоянием беспокойства больных: чрезмерной озабоченностью тем, какое впечатление они производят на окружающих, боязнью стать обузой для родных. Итак, восприятие пациента своей болезни и исход её определяется отношением пациента к болезни. Анализируя это, возможно найти подходы к больным раком гортани и улучшить их состояние до и после операции.

## **ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С БОЛЬЮ**

*Жирова Л.О., аспирант*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет» Минздравсоцразвития России, кафедра клинической психологии,  
Москва*

[plureveryday@yandex.ru](mailto:plureveryday@yandex.ru)

**Актуальность исследования.** В современном мире все отчетливее проявляется ориентация к увеличению продолжительности жизни населения, в частности по прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения планируется, что к 2015 году 46 % женщин будут старше 45 лет. В связи с этим встает вопрос об

улучшении качества жизни, своевременной диагностике и лечении ряда соматических и психических заболеваний, имеющих тенденцию проявляться именно в пери- и постменопаузальном периоде у женщин.

Симптомокомплекс климактерического синдрома весьма разнообразен. Потеря репродуктивной функции приводит к целому ряду патологических изменений со стороны разных систем и органов. Изменения, к которым приводит климактерический синдром, значительно сказываются на качестве и продолжительности жизни женщины [7,8,9]. По этой причине сохранение трудоспособности и активности женщины, изучение и ранняя диагностика психосоматических симптомов климактерического периода чрезвычайно актуальны.

**Цель и задачи.** Цель данной работы заключается в изучении специфики ВКБ и личностных особенностей при патологически протекающем климактерическом синдроме. Задачи исследования:

1. Оценка восприятия боли у женщин с климактерическим синдромом и. (многомерный вербально-цветовой болевой тест (МвцБТ) Адашинской Г.А., «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY») [1,2,3].
2. Исследование личностных особенностей женщин с климактерическим синдромом (уровень тревожности, реактивности, тип личностного профиля (тест Спилберга-Ханина, тест «Мини-Мульт») [6,10].
3. Исследование защитных механизмов, используемых женщинами менопаузального возраста (Личностный опросник Плутчика Келлермана Конте (Life Style Index)).
4. Анализ копинг-стратегий у женщин климактерического возраста (Копинг-поведение в стрессовых ситуациях) [4].
5. Сравнительный анализ полученных результатов.

**Объект, предмет и гипотезы исследования.** Объектом изучения являются психологические особенности женщин в инволюционном периоде. Предмет исследования: восприятие боли, эмоциональная сфера, стратегии совладания и защитного поведения у женщин с головными болями при патологически протекающем климактерическом синдроме. Теоретическая гипотеза: у женщин с патологическим климаксом более выражена тяжесть болевого синдрома по сравнению с болевыми ощущениями у женщин с нормально протекающим климаксом.

Эмпирические гипотезы:

При сравнении психологических особенностей женщин в группе патологии и группе нормы будут выявлены различия:

- 1) в восприятии боли на сенсорном, эмоциональном и поведенческом уровнях
- 2) по уровню личностной тревожности;
- 3) в сфере совладающего и защитного поведения.

**Методы сбора данных.** Группу с климактерическим синдромом составили женщины, обращавшиеся в Городскую поликлинику № 226 г. Москвы СЗАО, 18 испытуемых. Группу с нормально протекающей менопаузой составили женщины, посещающие центр эстетической медицины и красоты “Эсти-Лайн”, 11 испытуемых.

В начале тестирования с женщинами проводилась беседа, в ходе которой уточнялись жалобы, возраст, семейное положение, образование. Уточнялись особенности протекания менопаузы. Согласие на исследование было получено в письменном виде от каждой испытуемой. Далее была предложена карта локализации боли, на которой нужно было отметить участки болевых ощущений, наиболее актуальных на момент исследования. Затем проводилось анкетирование по Многомерному вербально-цветовому болевому тесту (МвцБТ) Адашинской Г.А. Затем поочерёдно предъявлялись компьютерные варианты методики "Оценка качества жизни (SF-36 health status survey)" и опросника Мини-мульти (сокращенный вариант MMP1). Остальные тестовые материалы (опросники и анкеты) были выданы испытуемым для самостоятельного заполнения, с приложением соответствующих инструкций. Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS for Microsoft Windows, version 15.0.

**Основные результаты исследования.** В ходе проведенного нами исследования, выдвинутая гипотеза о том, что у женщин с патологическим климаксом и головными болями более выражена тяжесть болевого синдрома по сравнению с болевыми ощущениями у женщин с нормально протекающим климаксом, была доказана.

Выявленная у женщин в менопаузе тяжесть протекания климактерического синдрома с болевыми синдромами больше, чем у женщин с нормально протекающим климаксом.

Болевой компонент в структуре ВКБ, а так же общий бал соматических жалоб у женщин с патологическим климактерическим синдромом более выражен, чем в



группе нормы. Общее состояние здоровья у женщин из группы патологии так же достоверно ниже, чем в группе нормы.

Структура личности женщин из группы патологии характеризуется, в частности, тревожностью и склонностью к ипохондрическим реакциям, превышающими показатели в группе нормы. Мы можем говорить о направленности группы нормы на решение стрессовых ситуаций. В группе патологии отмечается обратная тенденция, направленная на избегание стрессовых ситуаций. Среди защитных механизмов, используемых женщинами, в группе патологии выявлено применение неадаптивных защит проекции и замещения, в то время как в группе нормы – защиты высшего порядка – рационализации.

**Выводы.** На основании проведенного исследования и полученных результатов можно сделать следующие выводы о том, что у женщин с патологическим климаксом по сравнению с женщинами с нормальным физиологическим климаксом:

1) установлена более высокая тяжесть протекания болевого синдрома: они испытывают более частые и длительные боли, более тяжело переживают свои страдания (эмоциональное отношение), у них высокий уровень невротизации, что приводит к снижению уровня адаптивности.

2) более низкий уровень качества жизни: снижены физическое функционирование, активность из-за выраженности болевого синдрома, жизнеспособность уровень психического здоровья.

3) более выражены частота и разнообразие соматических жалоб, что свидетельствует о высоком уровне психосоматизации женщин с патологическим протеканием климакса.

4) более высокий уровень ипохондрических, тревожных проявлений

5) более высокий уровень реактивной и личностной тревожности;

6) в сфере защитного поведения преобладают проекция и избегание

7) при совладании с проблемами женщины с нормально протекающим климаксом выбирают тактику решение проблемы или избегание.

#### **Список литературы.**

1. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Цветовой выбор как способ оценки боли // Научно –практ. журн. «Боль». - 2003. -№1.

2. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е. Многомерный вербально-цветовой болевой тест // Научно-практич. журн. «Боль». – 2005. - №1.

3. Адашинская Г.А., Журавлева А.Ю., Мейзеров Е.Е. Цветовая диагностика и цветотерапия в практике лечения болевых синдромов // Научно-практич. журн. «Боль». - 2009. - №3(24) / Материалы XV научно-практич. конференции с международным. участием « Боль: медицинские и социальные аспекты» (10-12 ноября 2009 г, Москва).
4. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. -1994. - №1. – С. 3-18.
5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: дис. ... д-ра психол. наук. - Кострома, 2006. - 473 с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: Методики и тесты. Самара: Бахрах, 2005. – С. 110-120, 237, 638-672.
7. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А., Москаленко Н.П. Климактерический синдром. – М.: Медицина, 1988. - 288 с.
8. Сметник В.П., Карелина С.Н. Альтернативные пути коррекции климактерических расстройств // Климактерий. – 2004. - 221 с.
9. Сметник В.П. Медицина климактерия. М. – 2006 г. 371-379 с.
10. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: Метод, рук. - М., 1990. - 75 с.

## **ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ АДАПТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Лазарева Е.Ю., аспирант*

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

[elyu88@gmail.com](mailto:elyu88@gmail.com)

В рамках целостного подхода к изучению человека выделяется многоуровневость психического, которое подразделяется на следующие уровни: личностно-смысловой, индивидуально-психологический, психофизиологический. Каждый из выделенных уровней характеризуется различными проявлениями, различными механизмами адаптации и регуляции личностью ее отношений с миром (Б.С. Братусь, 1988). Поэтому, для получения наиболее полной картины личностной адаптивности больных кардиологического профиля, необходимо рассматривать механизмы адаптации на всех уровнях функционирования личности. Комплекс методик,

оценивающий психологические свойства личности на физическом, мотивационном, когнитивном, аффективном, поведенческом, социальном и духовном уровнях функционирования, позволяет детально оценить многофакторную структуру личности кардиологических больных.

Для диагностики личностной адаптивности больных кардиологического профиля целесообразно использовать методики, оценивающие также психологические особенности кардиологических больных.

Предлагаемый далее комплекс методик, позволяет диагностировать личностную адаптивность кардиологических больных с учетом их психологических особенностей и многоуровневой структурой функционирования личности.

Психологические особенности функционирования кардиологических больных на физическом уровне, характеризующем физическую активность, силу и продуктивность деятельности показывает опросник качества жизни SF-12, который является сокращенным вариантом методики SF-36 и относится к общим методикам, применяемым для оценки качества жизни больных с сердечнососудистой патологией. Опросник «Запрет на выражение чувств» (Зарецкий, Холмогорова, Гаранян, 2005), позволяет оценить состояние аффективного уровня, характеризующего эмоциональную сдержанность кардиологических больных. Психологическую структуру когнитивного, мотивационного, поведенческого уровней функционирования личности позволяет выявить опросник перфекционизма Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогоровой, который исследует не только тенденции следования стандартам и ориентацию на внешние достижения, но и характеристики когнитивных искажений и опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова,1988), диагностирующий основные регуляторные процессы и регуляторно-личностные свойства больных. Этот опросник характеризует уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека. Социальная включенность и религиозное самосознание, определяются с помощью опросника социальной поддержки в адаптации А.Б. Холмогоровой и опросника «Структура индивидуальной религиозности» Ю.В. Щербатых соответственно.

Проведенное клинико-психологическое исследование 180 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, позволило получить информацию об особенностях индивидуально-личностной адаптивности кардиологических больных.

В исследовании, получены достоверные различия результатов клинико-психологических характеристик кардиологических больных на различных уровнях функционирования личности. Запрет на выражение чувств  $p=0,0001$  и влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности  $p=0,002$ , характеризуют аффективный уровень больных. Стремление к совершенству определяющее мотивационный уровень функционирования кардиологических больных, выражается завышенными притязаниями и требованиями к себе  $p=0,001$ , высокими стандартами деятельности  $p=0,0001$ , общим перфекционизмом  $p=0,0001$ . На когнитивном уровне выявлены особенности мышления по типу «всё или ничего»  $p=0,0001$ , а также накопление информации о собственных ошибках и неудачах  $p=0,0001$ . Поведенческий уровень характеризуется регуляторными процессами – планированием  $p=0,0001$ , программированием  $p=0,007$ , оценением результатов  $p=0,0001$  и регуляторно-личностными свойствами – ригидностью  $p=0,0001$  и низкой самостоятельностью  $p=0,005$ . На социальном уровне функционирования выделяется удовлетворенность эмоциональной поддержкой  $p=0,0024$  и низкая общая удовлетворенность социальной поддержкой  $p=0,0001$ . Духовный уровень характеризуется верой в магическую силу религиозных обрядов  $p=0,016$ .

Таким образом, данный комплекс методик позволил диагностировать многофакторную структуру психологических особенностей кардиологических больных по всем уровням функционирования личности, выявить различные механизмы адаптивности личности на каждом из выделенных уровней и оценить степень эффективности психологических моделей адаптации свойственных кардиологическим больным. Дезадаптивные личностные характеристики сказываются как на отношении больного к своему заболеванию, так и на его образе жизни и отношении к лечению, в связи с чем, они являются мишенями психотерапевтических и реабилитационных мероприятий проводимых с кардиологическими больными.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА; ОСНОВНЫЕ АКЦЕНТЫ И ОСНОВНЫЕ СЛОЖНОСТИ.**

*Толстая Н.В.*

*Кафедра клинической психологии МГМСУ*

*Кафедра хирургии ФПДО МГМСУ*

*Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ МГМСУ*

Психологические особенности онкологических больных начали сначала активно изучать на западе – в Австралии, Европе и США, потом и в России. Одним из основателей психоонкологии как отдельного направления клинической психологии стал S. Greer. Развитию психонкологии способствовало выделение психосоматической медицины в отдельную специальность. Одним из определений психоонкологии является – психологическое исследование условий заболевания раком.

В соответствии с этим широким определением существующие вопросы в области психоонкологии можно разделить на несколько групп.

Во-первых, какие психологические особенности возникают у больных как результат самого заболевания. Эти особенности могут быть связаны с отношением к болезни, к сложностям социализации, к тяжелым физическим состояниям. Все эти факторы могут провоцировать депрессивные состояния, состояния тревожности, активизировать действие определенных защитных механизмов, влиять на мотивационную сферу больных (Тхостов А.Ш., A.Bussing&J.Fischer, J.W.Worden&H.J.Sobel). Уменьшение влияния данных факторов дает возможность больному эффективнее справляться с онкологическим заболеванием.

Во-вторых, ставится задача предотвращения онкологических заболеваний и ведется поиск психологических факторов, являющихся причиной или по крайней мере одной из причин возникновения онкологических заболеваний. Здесь анализируются психологические особенности, свойственные больным уже в преморбиде, которые возникли не как реакция на болезнь, а скорее являлись одной из причин заболевания. Предполагается, что влияя на эти факторы, можно добиться существенного прогресса в лечении заболевания, в том числе стойких ремиссий. (Ивашкина М.Г., 1998)

В-третьих, стоит вопрос о возможности улучшения качества жизни онкологических больных, в том числе в терминальном периоде. Развитие этой темы связано с

развитием паллиативной медицины как отдельного направления (Бояркина С.И. 2004, Панков М.Н, 1997), а также с вопросами психологической адаптации родственников к ситуации онкологического больного в семье.

В-четвертых, ведется поиск максимально эффективных методов психотерапии как для облегчения физических симптомов, например, болевого синдрома, так и для повышения эффективности лечения в целом.

Исследования во всех этих направлениях ведутся как в России, так и за рубежом. В России количество работ по психоонкологии несравнимо меньше, что во многом обусловлено разрывом между психологической наукой и медицинской, который в нашей стране до сих пор очень силен.

Очень интересным и практически неизученным остается вопрос о влиянии психологических особенностей, в том числе механизмов совладающего поведения и защитных механизмов, на эффективность ключевых методов лечения онкологических больных, в первую очередь операционного вмешательства.

В целом, состояние вопроса таково, что происходит накопление данных, материалов, которое позволит в итоге максимально глубоко вникнуть в тему психологических особенностей онкологических больных, психических нарушений, возникающих при подобных заболеваниях, и извлечь из этого максимальную практическую пользу, результаты, которые помогут медицине в эффективном лечении, максимально раннем выявлении, а возможно и предотвращении онкологических заболеваний.

## **КОМПЛАЕНС-ТЕРАПИЯ**

### **В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*Шлафер А.М., Бабин С.М., доктор медицинских наук, Анисимова Е.В.*

*Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2*

[orenopc@inbox.ru](mailto:orenopc@inbox.ru)

Современные юридические и этические нормы декларируют добровольное согласие больного на рекомендуемое лечение, и в этой связи степень доверия врачу, стремление добровольно выполнять назначения становятся одним из важных факторов терапевтического процесса [Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004]. Согласие пациента следовать рекомендациям врача обозначают термином «комплаенс»,

которому в тезаурусе соответствуют такие синонимы как подчинение, повиновение, уступчивость, приспособление, разделение взглядов.

Идентифицировано порядка 250 факторов, влияющих на комплаенс. Основные группы факторов, определяющих уровень комплаентности – факторы, связанные с медикацией, пациентом, его отношениями с врачом и внешним окружением. В Великобритании R. Kemp и соавт. был разработан метод комплаенс-терапии, использующий когнитивно-бихевиоральный подход в сочетании с мотивационным интервьюированием, и сфокусированный на повышении критического отношения к заболеванию и улучшении качества соблюдения лечебных рекомендаций [Кемп Р. И др., 2000]. Метод только начинают осваивать отечественные специалисты, хотя в рандомизированных контролируемых исследованиях получены данные о его эффективности [Мэй М., Сарториус Н., 2005].

Мотивационное интервью – это директивный, клиент-центрированный стиль консультирования, предназначенный для достижения поведенческих изменений посредством помощи клиентам в исследовании и преодолении амбивалентности [Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р., 2006]. Первоначально методика была предложена для работы с алкоголиками и наркоманами. Наиболее важными положениями мотивационного интервьюирования являются следующие. Подчеркивается, что мотивация к изменениям не есть нечто навязываемое пациенту извне. Амбивалентность, которую испытывает и выражает клиент, является его собственным важным качеством, к которому следует относиться уважительно. В обязанности специалиста не входит обязательное разрешение амбивалентности, скорее, он должен отражать ее и сотрудничать с клиентом в исследовании и разрешении его противоречивых тенденций. При мотивационном интервьюировании не используется прямое убеждение. Этот стиль подразумевает не противодействие пациенту, а совместное продвижение в общем направлении. Основой мотивационного интервьюирования выступает концепция готовности к изменениям, сформулированная Дж. Прохазкой и К. Ди Клементе (1984) [Прохазка Дж., Норкросс Дж., 2005]. Готовность к переменам не есть статичная характеристика индивида. Она может усиливаться или ослабляться в контексте терапевтических отношений и различных жизненных обстоятельствах.

При создании комплаенс-терапии из метода мотивационного интервьюирования были взяты такие техники, как побуждающее расспрашивание, активное выслушивание, регулярное использование открытых вопросов,

резюмирование, избегание обвинений, доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, поощрение и поддержка, а также формирование и подкрепление адаптивных установок и форм поведения. В процессе осуществления вмешательства постоянно стимулируется самостоятельное поведение больного, которое бы максимально приближалось к поведению идеального пациента.

Комплаенс-терапия представляет собой краткосрочную психотерапию, проводимую в три стадии, каждая из которых предполагает 2–3 встречи, длительностью до 1 часа дважды в неделю. Через 3, 6 и 12 мес. предлагаются дополнительные индивидуальные сеансы психотерапии.

Целью данного исследования были адаптация метода комплаенс-терапии и предварительная оценка его эффективности.

Исследование проводилось на базе стационара Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 и включало 90 пациентов с диагнозом F2х.х, которые относились к разделу МКБ-10, включающему шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства. Критериями включения пациентов в исследование служило соответствие выявленной у них клинической картины шизофрении на этапе формирования ремиссии. Из обследованных больных параноидной формой шизофрении (F20.0) страдали 55 человек (61,1 %), кататонической (F20.2) – 22 человека (24,4 %), простой тип шизофрении (F20.6) диагностировался у 11 (12,2 %) пациентов, и гебефреническая шизофрения (F20.1) – у 2 (2,2 %) больных. COMPLAINT-терапия осуществлялась врачами-психотерапевтами преимущественно в форме индивидуальной терапии или в малых группах до 3–4 больных, 1–2 раза в неделю, всего до 6–8 сеансов, общая длительность психотерапевтического лечения до 1 мес. Использовались клинический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Экспериментально-психологическое исследование проводилось в динамике на диагностическом этапе до проведения вмешательства и после комплаенс-терапии. Все полученные в работе результаты были обработаны различными статистическими методами по компьютерной программе SPSS 19.0.

**Выводы.** COMPLAINT-терапия у больных шизофренией оказалась эффективной, о чём свидетельствуют статистически достоверные изменения по Шкалам медикаментозного компланса, что совпадало с клинической оценкой врачей, осуществляющих курацию пациентов. COMPLAINT-терапия, в качестве краткосрочной, преимущественно индивидуальной психотерапии, объединяющей



когнитивно-поведенческие вмешательства, мотивационное интервьюирование и психообразовательные стратегии, может успешно применяться в комплексной терапии больных шизофренией в условиях психиатрического стационара.

Данная психотерапевтическая методика, направленная на коррекцию имеющихся убеждений пациентов, касающихся приема медикаментов и амбивалентного отношения к лечению как характерной черты, свойственной больным шизофренией, может существенным образом компенсировать недостатки исключительно дидактического подхода в психообразовательной стратегии.

Комплаенс-терапия показала достаточно высокую эффективность у больных шизофренией при непосредственной оценке. Для более полного и всестороннего изучения отдаленных результатов лечения и лучшего понимания механизмов воздействия данного вмешательства на различные факторы комплаентности необходимы дальнейшие исследования.

## **ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ОЖГОВЫМ ДЕФЕКТАМ ВНЕШНОСТИ**

*Фаустова А.Г., Яковлева Н.В.*

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Факультет клинической психологии*

*Кафедра общей психологии с курсом педагогики, Рязань*

[lakoniya@yandex.ru](mailto:lakoniya@yandex.ru)

В современной России термические поражения занимают второе место по частоте встречаемости среди других травматических повреждений. Несмотря на активную разработку и внедрение новых методов лечения ожогов, подобные травматические повреждения кожного покрова все же приводят к обширным функциональным нарушениям и физическим недостаткам. Ожоги чаще всего становятся причиной неожиданных, быстрых и порой невосполнимых дефектов внешнего облика человека. Приобретенные физические недостатки создают впоследствии целый спектр психологических проблем: от сложностей в межличностном общении до аффективных нарушений или внутриличностного конфликта. Сама ситуация получения ожогового повреждения и воспоминания о ней становятся психотравмирующими. Оптимальное и самостоятельное возвращение пациента к

повседневной жизни после выписки из больницы ставится под вопрос. Возникает необходимость разработки программ оказания психологической помощи в адаптации к измененной после ожогов внешности и развитию новых социальных навыков.

Внешность представляет собой индивидуальный ресурс, используемый личностью для самовыражения и самопрезентации в социуме, прежде всего – в ситуации взаимодействия с другими людьми, что обуславливает ее колоссальную значимость для межличностной коммуникации.

Теоретический анализ отечественных и зарубежных исследований в области психологии внешности позволил разработать авторскую объяснительную модель индивидуальной концепции внешности.

Индивидуальная концепция внешности – совокупность оценок и представлений личности о собственной внешности, которая формируется на основе имеющегося опыта и оказывает влияние на различные сферы психики и поведение.

Структура:

- когнитивный уровень – восприятие собственного внешнего облика и формирование когнитивной структуры образа внешности, задающей границы внешности определенным набором ведущих компонентов внешнего облика;
- эмоциональный уровень – самооценка внешнего облика, удовлетворенность внешностью и ее отдельными элементами;
- смысловой уровень – самоосознание внешнего облика, субъективная значимость внешности и ее компонентов.

С применением модели индивидуальной концепции внешности было проведено исследование переживания по поводу измененной внешности пациентов с ожоговой травмой различной локализации. Исследование состоялось на базе отдела термических поражений ГУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.

Ожоги тела и конечностей характеризуются значительными по площади поражениями кожного покрова, что обуславливает изменения в предпочтении референтных компонентов внешности и ведет к принципиальному включению в границы внешности травмированных частей тела. Массивная болевая импульсация и операции по трансплантации кожи являются причинами изменений в схеме и образе

тела. Мысли об эстетической непривлекательности ожоговых ран и возможных функциональных дефектах занимают сознание пациента, провоцируя чувство неполноценности и снижение самооценки. Последствия ожогов на теле и конечностях могут быть спрятаны под одеждой и, соответственно, не будут оказывать негативное влияние на коммуникативный потенциал личности в повседневном общении.

Термические поражения лица и головы представляются исключительно как причина «социального дефекта», то есть провоцируют формирование травмы коммуникативного потенциала. Ожоги подобной локализации трудно скрыть, поэтому пациенты буквально лишаются возможности управлять той информацией о самих себе, которую извлекают из их внешнего вида окружающие люди. Пациенты с ожогами лица в процессе лечения и реабилитации сталкиваются с необходимостью перестройки системы отношений, освоения новых социальных навыков, поиска дополнительных ресурсов для поддержания самоуважения и самооценки. Переживания из-за приобретенного дефекта внешности затрагивают смысловой уровень индивидуальной концепции внешности, определяя потребность в присвоении измененному внешнему облику новой значимости и смысловой нагрузки.

Разведение переживаний по поводу измененной из-за ожогов внешности по разным уровням индивидуальной концепции внешности позволяет точно и комплексно подойти к составлению программы психологического сопровождения в каждом конкретном случае.

Программа психологического сопровождения пациентов с термическими поражениями должна включать следующие блоки:

- диагностический – оценка степени негативного влияния на психику пациента полученного дефекта внешности;
- базовый – психокоррекция типичных нарушений, проявляющихся у пациентов ожогового центра независимо от характера повреждения;
- специализированный – психокоррекция нарушений, специфика которых обусловлена локализацией и характером термической травмы;

- контрольный – оценка результатов проведенной психокоррекционной работы, составление рекомендаций.

Базовый блок программы психологического сопровождения подразумевает работу с болевым синдромом; переживанием измененного внешнего вида; негативными эмоциональными реакциями; страхом перед выпиской.

Специализированный блок программы психологического сопровождения для пациентов с ожогами тела и конечностей включает в себя работу с изменениями границ внешности; самооценкой; удовлетворенностью внешностью и ее отдельными компонентами.

Специализированный блок программы психологического сопровождения для пациентов с ожогами лица и головы включает в себя коррекцию травмы коммуникативного потенциала и поиск дополнительных ресурсов для поддержания самоуважения вместо измененной внешности.

Оказание психологической помощи пациентам с ожогами способствует повышению эффективности проводимого лечения, стабилизирует эмоциональную сферу, актуализирует необходимые для реабилитации личностные ресурсы.

Контролируемая перестройка каждого уровня индивидуальной концепции внешности является залогом успешной адаптации к измененному внешнему облику.

### **III. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

#### **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ.**

*Малыгин В.Л. д.м.н., профессор зав кафедрой психологического консультирования,  
психокоррекции и психотерапии*

*Антоненко А.А. аспирант*

*ГОУ ВПО Московский Государственный Медико-Стоматологический  
Университет, Москва*

**anuta4ever@gmail.com**

Интернет используется все чаще в самых разных сферах жизни. Он стал распространенным у подростков всего мира средством, помогающим в учебе и дающем неограниченные ресурсы для развлечений. Чтобы улучшить школьную успеваемость и свою конкурентоспособность, подростки используют Интернет. Однако чрезмерное использование приводит и к негативным последствиям. 11} Подростки, зависимые от интернета часто страдают от проблем в повседневной жизни, ухудшения школьной успеваемости, тяжелых отношений внутри семьи и перепадов настроения. {9}. В связи с этим особое значение приобретает профилактики интернет-зависимого поведения и, в частности, своевременное выявление личностных факторов риска формирования интернет-зависимости. {4}. Одним из наименее изученных личностных свойств, влияющих на развитие интернет зависимости, является социальный интеллект, как интегральная интеллектуальная способность, определяющая успешность общения и социальной адаптации, которая объединяет и регулирует познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов. Данная способность необходима человеку для эффективного межличностного взаимодействия и успешной социальной адаптации. {1} Социальный интеллект обеспечивает понимание поступков и действий, речи, а также невербального поведения (жестов, мимики) людей. Он выступает как когнитивная составляющая коммуникативных способностей личности и как профессионально важное качество для профессий типа «человек – человек» и некоторых профессий типа «человек – художественный образ». В онтогенезе

социальный интеллект развивается позднее, чем эмоциональная составляющая коммуникативных способностей – эмпатия. {13}Его формирование стимулируется началом обучения в школе, когда с увеличением круга общения у ребенка развивается чувствительность, социально-перцептивные способности, способность сопереживать другому без непосредственного восприятия его чувств, умение принимать точку зрения другого человека, отстаивать свое мнение (все это и составляет основу социального интеллекта). Социальный интеллект реализует познавательные процессы, связанные с отображением человека как партнера по общению и деятельности. К процессам составляющим социальный интеллект относятся социальная чувствительность, социальная перцепция, социальная память и социальное мышление. Иногда в литературе социальный интеллект отождествляется с одним из процессов, чаще всего с социальной перцепцией или с социальным мышлением. По мнению Г.Оллпорта, социальный интеллект-это «социальный дар, необходимый для тонкого равновесия в поведении, обеспечивающего гладкость в отношениях с людьми. Для того, чтобы тактично говорить и поступать, необходимо прогнозировать наиболее вероятные реакции другого человека. Поэтому социальный интеллект связан со способностью высказывать быстрые, почти автоматические, суждения о людях. Вместе с тем социальный интеллект имеет отношение скорее к поведению, чем к оперированию понятиями: его продукт - социальное приспособление, а не глубина понимания». {12}

В данном определении социальный интеллект рассматривается как свойство, необходимое для успешного взаимодействия с людьми, которое проявляется в умении прогнозировать поведение другого человека. Однако автор связывает его более с поведенческим умением, чем с познавательной способностью.

Социальный интеллект обеспечивает понимание поступков и действий людей, понимание речевой продукции человека, а также его невербальных реакций (мимики, поз, жестов). Он является когнитивной составляющей коммуникативных способностей личности и профессионально важным качеством в профессиях типа «человек - человек», а также некоторых профессиях «человек – художественный образ». В онтогенезе социальный интеллект развивается позднее, чем эмоциональная составляющая коммуникативных способностей – эмпатия. Его формирование стимулируется началом школьного обучения. {1}.

С целью исследовать особенности эмоциональной и личностной сферы подростков, склонных к Интернет-зависимому поведению нами было проведено исследование на учениках московских школ. В исследовании участвовали 100 подростков.

Для достижения поставленных задачи были использованы методики:

1. Тест на Интернет-зависимость К. Янг (адаптация Буровой Л.)
2. Тест на выявление Интернет-зависимости Чен (Шкала CIAS).
3. Методика исследования социального интеллекта Гилфорда (адаптация Е.С. Михайловой).
4. Анкета участника (с целью сбора социальной информации).

Критерии включения в экспериментальную группу следующие:

Высокий балл (50-79 для склонных и 80 и выше для достоверно зависимых) по тесту К. Янг

Наличие как минимум двух критериев зависимого поведения по данным специально созданной анкеты участников исследования

Исследование проводилось в два этапа. Первый этап-диагностика склонности к Интернет-зависимому поведению, и формирование групп. Второй этап - исследование особенностей эмоционального и социального интеллекта.

По результатам первичной диагностики, включающей методики

Янг и анкету участника исследования на выявления Интернет-зависимости, были сформированы две группы-экспериментальная и контрольная. В экспериментальную группу зависимым от интернета поведением вошли 32 подростка (22 мальчика и 10 девочек), средний возраст 15, 4 лет.

В контрольную группу сравнения численностью 35 человек вошли 23 мальчика и 12 девочек, средний возраст 15.6 лет.

Обсуждение результатов.

Особенности социального интеллекта.

Мы предполагали, что социальный интеллект, то есть способность, определяющая успешность общения и социальной адаптации, которая объединяет и регулирует познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов, имеет влияние на возникновение зависимости. {1),

Средний и низкий уровень социального интеллекта может в определенной степени компенсироваться другими психологическими характеристиками (например, развитой эмпатией, некоторыми чертами характера, стилем общения, коммуникативными навыками), а также может быть скорректирован в ходе

активного социально-психологического обучения. Так же важно принимать во внимание половые различия. Так, девочки демонстрируют более высокий уровень развития социального интеллекта, чем мальчики, по такому параметру, как "Вербальная экспрессия".

Лица с более высокими оценками обладают чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что помогает им правильно понимать то, что люди говорят друг другу (речевую экспрессию) в контексте определенной ситуации, конкретных взаимоотношений. Такие люди способны находить соответствующий тон общения с разными собеседниками в разных ситуациях и имеют большой репертуар ролевого поведения (то есть они проявляют ролевую пластичность). { Социальный интеллект: теория, измерение, исследования. Под ред. Д.В. Люсина, Д.В.Ушакова. . М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004}.

Мы предполагали, что более низкий социальный интеллект способствует возникновению Интернет-аддикции, так как человек, находящийся онлайн, может сам выбирать-хочет ли он виртуального общения, или нет. Общение в сети Интернет имеет некоторые особенности. Первое, что бросается в глаза- отсутствие невербальных процессов, соответственно невозможно прочтение мимики, жестов своего Интернет-собеседника, следовательно затрудняется получение полной информации о содержании, и эмоциональной окраски речи собеседника. Смайлики и остальные принятые в Интернет-сообществе обозначения эмоций являются лишь суррогатом общения, которое из-за своей ограниченности не может развиваться. Мы не получили статистически значимых результатов по уровню развития социального интеллекта, однако, если рассматривать различия на уровне тенденций, то мы видим, что группа испытуемых, склонных к Интернет-зависимому поведению, демонстрирует меньшее владение языком телодвижений, взглядов и жестов, который раньше осваивается в онтогенезе и вызывает больше доверия, чем вербальный язык. В общении такие люди в большей степени ориентируются на вербальное содержание сообщений. И они могут ошибаться в понимании смысла слов собеседника потому, что не учитывают (или неправильно учитывают) сопровождающие их невербальные реакции. Как говорилось ранее, это может быть вызвано из-за невозможности невербального общения в сети Интернет, так как оно происходит в основном в виде текстовых сообщений, а оно не передает эмоциональной окраски сообщения. Популярное общение через веб-камеры тоже не



может передать полноту оттенков эмоционального общения, из-за несовершенства качества связи.

Так же группа испытуемых продемонстрировала тенденцию к худшему распознаванию различных смыслов, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения, нежели группа сравнения. Такие люди часто "говорят невпопад" и ошибаются в интерпретации слов собеседника. Однако предстоит выяснить, является это предпосылкой или следствием Интернет-зависимого поведения, так как подростки могут как и уходить в виртуальную реальность из-за того, что там проще общаться и правильно понимать своего собеседника, или же это следствие того, что после продолжительного опыта Интернет-общения способность различать оттенки речи перестает развиваться за ненадобностью.

Список литературы:

1. Белова С.С. Социальный интеллект: сравнительный анализ методик измерения
2. Андреева И. Н. Предпосылки развития эмоционального интеллекта // Вопросы психологии. 2007. № 5.
3. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена // Вопросы психологии. 2006. № 3.
4. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков – 2005 –Т.5–№2– стр.20-27.
5. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А. Личностно-характерологические и социальные факторы риска формирования склонности к Интернет-зависимости у подростков.// Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития. Под ред. А.Е. Войскунского – 2009 – стр. 199-211
6. Радионова М.С., Спиркина Т.С. Характеристики личностной и эмоциональной сферы пользователей сети Интернет, склонных к Интернет-зависимости // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития. Ред.-сост. А.Е. Войскунский – 2009 – стр.113-137.
7. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции - СПб.: Речь, 2007, 190с.
8. Интернет-зависимость: психологическая динамика и тенденции развития /Ред.-сост. А.Е. Войскунский. – М., 2009

9. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А. Личностно-характерологические и социальные факторы риска формирования склонности к интернет-зависимости у подростков// Интернет-зависимость: психологическая динамика и тенденции развития /Ред.-сост. А.Е. Войскунский. – М., 2009-стр. 199-211
10. Подборка различных материалов по эмоциональному интеллекту: основные модели эмоционального интеллекта, цитаты об EQ <http://www.eqspb.ru/eq.htm>
11. Интернет-зависимость: психологическая динамика и тенденции развития /Ред.-сост. А.Е. Войскунский. – М., 2009
12. Социальный интеллект: теория, измерение, исследования. Под ред. Д.В. Люсина, Д.В.Ушакова. . М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004.
13. Савенков А.И. Концепция социального интеллекта

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

*Малыгин В.Л. д.м.н., профессор зав кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии*

*Феклисов К.А соискатель*

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

*Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии  
(г. Москва)*

*k.feklisov@gmail.com*

В данной работе представлены результаты, полученные нами в ходе исследования проведенного в 2010 году на школьниках одной из московских школ ЦАО г. Москвы. Полученные данные, выводы и авторские интерпретации нашедшие отражения в данной статье могут служить основой для построения профилактических мероприятий аддиктивного и делинквентного поведения в среде учащихся старших классов общеобразовательных учреждений г. Москвы.

Интернет зависимое поведение достаточно новая, но уже крайне популярная тема для обсуждения в среде специалистов. Признавая вклад уже существующих исследований в развитие этого направления, мы так же стремимся изучить и расширить знания в области феноменологии интернет аддикции. Практический

смысл всех исследований заключается в том, что конечной целью должны являться точные и научно обоснованные выводы относительно специфики характера и личности лиц, проявляющих ту или иную форму зависимого поведения, что позволит направить профилактические и коррекционные меры на источники столь проблемного поведения. Обращая свое внимание на данную проблему, мы ставили перед собой задачу выявления наиболее характерных психологических особенностей, уделяя основное внимание личностным чертам подростков склонных к интернет зависимому поведению (ИЗП).

В проведенном нами исследовании в 2010 году на базе одной из московских школ ЦАО г. Москвы мы использовали экспериментально психологический метод исследования, включавший в себя проведение тестовых методик оценки личностных особенностей и наличия/отсутствия интернет зависимого поведения, полученные данные так же были обработаны статистически. В исследовании приняли участие 100 подростков, на момент проведения являющихся учащимися 10-х классов. В ходе данного исследования нами были разработаны специальные критерии (с использованием как субъективных так и объективных параметров) включения подростков в экспериментальную и контрольную группы. Одним из основных недостатков всех ранее проводимых исследований как показала практика являлись именно критерии оценки интернет зависимого поведения. Иными словами, опираясь исключительно на тест К. Янг невозможно делать вывод о наличии или отсутствии ИЗП, так как в основе теста лежит исключительно количественный принцип анализа. Первоначально мы обследовали всю группу подростков специально разработанной анкетой (Анкета участника исследования (форма А) разработанной совместно с Смирновой Е.А), позволяющей оценить характер интернет деятельности, особенности поведения, уровень социального функционирования подростка. Таким образом, нами были выделены 2 группы подростков;

Экспериментальная группа состояла из 32 человек, критерии включения в группу следующие:

- 1) Наличие доступа в интернет в течении последнего года, опыт использования интернета более 1 года.
- 2) Наличие минимум двух из ниже следующих показателей: время пребывания в интернете не менее 3 часов в сутки, низкая социальная активность (отсутствие увлечений вне учебной деятельности, недостаток общения с друзьями вне школы)

наличие он-лайн игр, азартных он-лайн игр в списке предпочитаемых интернет ресурсов.

Возрастные границы от 14 до 16 лет, средний возраст составил 15, 593 лет.

Контрольная группа состояла и 32 человек, критерии включения следующие:

1. Время в сутки проводимое в Интернете менее 3 часов
2. Высокая социальная активность (расширенный круг увлечений, удовлетворенность частотой встреч с друзьями)
3. Отсутствие в списке предпочитаемых интернет ресурсов он-лайн игр, азартных он-лайн игр.

Возрастные границы от 14 до 16 лет, средний возраст 15, 458 лет

Значимых различий по возрасту при анализе по критерию Манна-Уитни между двумя группами не отмечается.

Данные группы были обследованы следующими методиками:

- 1) Тест на интернет зависимость Кимберли Янг (адаптация Буровой);
- 2) Факторный личностный опросник Кеттелла (подростковый вариант 14 HSPQ форма А).

Результаты исследования

Исходя из представленных данных видно что различия между группами по показателям теста являются убедительно значимыми, так же это косвенно подтверждает что принцип включения в группы помогает выделить наиболее характерную картину ИЗП

Результаты факторного личностного опросника Р. Кеттелла (подростковый вариант 14 HSPQ форма «А»).

Полученные данные свидетельствуют о наличии 5 личностных факторов – С, D, H, Q3, Q4 выявленных с помощью опросника Р. Кеттелла HSPQ по которым обнаруживаются значимые различия между группами подростков с ИЗП и условно здоровыми подростками без предрасположенности к образованию зависимых паттернов поведения.

Фактор С- (mean = 6,938) этот фактор характеризует способность управлять своими эмоциями и настроениями, находить им адекватное объяснение и социально приемлемое выражение. Фактор С измеряет способность адекватно разряжать свои импульсы в конкретный момент (что близко по смыслу показателю «сила Я» в

психоанализе), а не способность хорошо планировать свою жизнь. Личность с низкой оценкой по фактору С отмечает что ей не хватает энергии, она часто чувствует себя беспомощной, усталой, неспособной справиться с жизненными трудностями. Она может иметь беспричинные страхи, беспокойный сон, склонна обижаться на других, порой безосновательно. Внешне этот фактор может проявляться как отсутствие ответственности, капризность, уклонение от реальности. При наличии выражено низкого фактора С и высокого уровня тревожности возникает необходимость для клинического исследования на предмет наличия психических расстройств: неврозов, психопатий. Так же согласно современным теоретическим представлениям «Слабость Я» является основным радикалом личности зависимого типа, что подтверждается в исследованиях больных алкоголизмом и наркоманией.

Фактор D- (mean = 4,781) данный фактор относится к группе факторов идентифицируемых у детей и подростков, но не находящих места в структуре личности у взрослых. Является показателем наличия или отсутствия эмоциональной возбудимости и общей активности. Низкий балл, выявленный нами свидетельствует об эмоциональной невозмутимости, с вероятной нехваткой инициативы и активности. Данный фактор свидетельствует о наличии малого количества энергии, астеничности, медлительности. Личность с низким показателем по фактору D трудно рассмешить, разгневать, опечалить, эмоциональный фон достаточно стабильный с чертами ригидности, с заниженной реакцией на происходящее вовне.

Фактор H+ (mean = 6,938) наиболее тесно связанный с особенностями нервной системы фактор. Для личности с высоким значением характерно преобладание влияния парасимпатической системы в ситуации стресса, с хорошо контролируемой активацией симпатической нервной системы. Говоря о личностно-характерологических особенностях то это в первую очередь тяга к поведению связанному с риском и поиском ощущений, с тенденцией быстро забывать о неудачах, делать выводы и сохранять опыт в результате последствий поведения. Отмечается так же склонность к быстрому принятию решений но скорее это связано с импульсивностью решений, нежели чем с быстрой интеллектуальной проработкой и учетом рисков.

Фактор Q3- (mean = 5,219) измеряет нечто похожее на самоконтроль поведения и склонность к планомерному, расчетливому подходу в жизни. Подразумевает под собой большую произвольность и осознанность поведения по сравнению с фактором

С, однако без учета моральной составляющей измеряемой отдельным фактором. Низкая оценка по данному показателю указывает на слабую волю и плохой самоконтроль (особенно самоконтроль желаний), отмечается трудность в организации времени и выполнения дел, распределение существующей энергии в конструктивной направлении. Клиницисты отмечают, что с точки зрения психического здоровья фактор Q3 с низким значением является фактором риска психической дезадаптации.

Фактор Q4- (mean =4,625) является наиболее прозрачным с точки зрения понимания смысла вопросов, низкое значение часто наблюдается в случае социально желательных ответов. Личность с низким значением по данному фактору может характеризоваться как расслабленная, без сильных побуждений и желаний, спокойно относящаяся как к удачам так и неудача, удовлетворенная любым положением дел, без стремления к достижениям и переменам.

Так же в результате анкетирования нами были получены данные о преобладающих видах интернет деятельности у подростков с ИЗП:

- 1) Социальные сети 39%
- 2) Системы общения (чаты, skype, icq и аналоги) 30%
- 3) Онлайн игры 9%
- 4) Азартные онлайн игры 4%
- 5) Форумы 14%
- 6) Программирование 4%

#### Заключение

Исследуя личность подростка склонного к зависимости от Интернета, перед нами стояла задача выявления наиболее значимых и статистически достоверных результатов, раскрывающих специфику и особенности такой личности. Основываясь на теоретической модели поведенческой зависимости и полученных результатах можно утверждать, в качестве характерных личностных особенностей подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, можно выделить следующие свойства: эмоциональная неустойчивость, возбудимость и беспокойство, робость, низкий контроль собственного поведения, фрустрированность (напряженность). В целом личность подростка со склонностью к чрезмерному использованию интернета представляется нам следующим образом: такая личность часто ощущает себя

беспомощной, усталой и неспособной справиться с жизненными трудностями, с выраженным отсутствием ответственности, уклонением от требований реальности, наличием тревожных компонентов в структуре личности. Сочетание данных особенностей хорошо укладывается в представление об использовании интернет-ресурсов как бегство от давления социальной среды в самостоятельно контролируемую и моделируемую интернет-реальность где можно быть смелым, раскованным, в разных образах. В свою очередь интернет- деятельность является таким процессом, который можно контролировать буквально своими руками, «кликом мыши», что имеет очень важное значение в качестве механизма компенсации неуверенности, робости, неполноценности. Подросток, сам управляя индивидуальным, скрытым и защищенным интернет- пространством, повышает таким образом самооценку, возвращает себе чувство уверенности в себе. Необходимо обратить внимание на отсутствие шизоидных черт характера среди интернет-зависимых подростков, что противоречит данным, приводимым М.Шоттон (M.Shotton, 1991). Вероятно отнюдь не аутичность и эмоциональная холодность, свойственная шизоидной личности, является риском формирования интернет-зависимого поведения. Скорее именно излишняя эмоциональная чувствительность (тревожность, эмоциональная неустойчивость, низкая стрессоустойчивость) наиболее часто приводят к проблемам социальной адаптации и, соответственно, к бегству в виртуальную среду. Волевая регуляция и самоконтроль ослаблены, трудности с организацией жизненного пространства и собственной деятельности, неспособность распределять энергию и жизненные силы. Ответственность за собственные поступки и желания не присваивается собственной личности. Неспособность адекватно выражать импульсы в поведении, регулировать и выстраивать собственную деятельность находит свое отражение в обращении к Интернету.

Примечание: Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно –исследовательского проекта РГНФ «Психологические и социальные факторы риска формирования и развития патологической зависимости от азартных игр», проект № 08-06-00733-а.

Список литературы

1. Егоров А.Ю «Нехимические аддикции» Санкт-Петербург, 2007

2. Малыгин В.Л. Интернет зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика
3. Менделевич В.Д. «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения». М: Медпрес 2003;
4. Ferraro G, Caci B, DiAmico A, et al. Internet addiction disorder: an Italian study. CyberPsychology & Behavior – 2007 – vol.10 – p.170-177.
5. Goldberg Ivan, MD Web Publishing 1996-1999
6. Griffiths, M.D. Internet addiction - Time to be taken seriously? Addiction Research – 2000 – vol.8 – p.413-418.
7. Kimberly Young Web Publishing 1996-1999
8. Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.C., et al. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents // Journal of Nervous and Mental Disease –2005 – vol.193 – p.728-733.
9. Lo SK, Wang CC, Fang W: Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. Cyberpsychology & behavior – 2005. – Vol.8 – p.15–20
10. Maressa Hecht Orzack, Ph.D. Web Publishing 1996-1999
11. Yen J., Yen C., Chen C., Tang T., Ko C. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference // Cyberpsychology & Behavior – 2009 – vol. 12 – p.187-191.

## **ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНЫХ УЧАСТНИКОВ РОЛЕВОГО ДВИЖЕНИЯ**

*Малыгин В.Л. д.м.н., профессор зав кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии*

*Щербачёв В.В., аспирант*

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет,  
кафедра психоконсультирования, психотерапии и психокоррекции, Москва*

orrofin@mail.ru

В начале 90-х годов в различных городах России среди молодёжи появилось новое увлечение – ролевые игры. Возникшие на волне культурных феноменов, пришедших с Запада, они были изначально проникнуты духом творчества и ухода от



повседневности. В очень короткие сроки ролевые игры привлекли большое количество заинтересованных, сформировавших вокруг своего увлечения субкультуру. Этот процесс происходил на фоне политического, экономического и культурного кризиса России, когда старые ценности отвергались, а новые сформировались лишь на материальном уровне. Потому неудивительно, что ролевые игры привлекли в первую очередь творческую, продвинутую духовно, но не вполне адаптированную социально молодёжь. Окружающий мир оказывал определённое давление, диктуя исключительно материальные ценности, вызывая у таких молодых людей стремление к побегу и протесту. Под влиянием этих стремлений, ролевые игры и субкультура, принявшая самоназвание «ролевое движение» продолжали своё существование и развитие, пока не стали заметны на общественном уровне.

В настоящее время субкультура ролевых игр насчитывает несколько десятков тысяч участников по всей России и обрела признание на административном и культурном уровнях. Среди лиц, увлекающихся ролевыми играми, встречаются люди разных возрастов и социальных классов, условно здоровых и с обширными психологическими и социальными проблемами. Именно поэтому сейчас изучение ролевых игр и особенно их участников с психологической точки зрения является чрезвычайно актуальными.

В 2009 году нами было проведено первое исследование личностных особенностей активных участников ролевых игр с целью выявления характерных закономерностей. В результате к настоящему моменту были сформулированы следующие гипотезы:

- 1) Ролевые игры привлекают людей с особым сочетанием личностных и характерологических черт.
- 2) Ролевые игры являются одной из форм юношеских патохарактерологических реакций.

Объектом настоящего исследования являются психологические особенности личностно-характерологические свойства, предметом - их особенности у лиц, более двух лет участвующих в ролевых играх.

Цель исследования - изучение особенностей личностно-характерологических свойств участников ролевых игр.

Исходя из объекта и предмета, для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи:

- 1) Исследовать личностные особенности участников ролевых игр при помощи специально подобранного комплекса методик.
- 2) Соотнести эти особенности с факторами внешней социальной адаптированности и дезадаптированности.

Для решения этих задач были использованы следующие методы:

- 1). Экспериментально-психологический: подбор адекватных цели исследования психодиагностических методик и обследование с их помощью лиц, активно участвующих в ролевых играх.
- 2). Статистический: статистическая обработка полученных результатов обследования (дескриптивный, корреляционный анализ).

Так же, для решения этих задач были сформированы две группы испытуемых. Экспериментальная группа состоит из 24 человек в возрасте 19 - 25 лет, более двух лет участвующих в ролевых играх. Экспериментальная группа была набрана по личному знакомству и на интернет-форумах, посвящённых ролевым играм. Контрольная группа состоит из 22 лиц того же возраста никогда, не участвовавших в ролевых играх.

- "Опросник Шмишека" (SF, Н. Schmieschek, адаптация В.М. Блейхера, Н.Б. Фельдмана).
- Методика "Диагностика уровня субъективного контроля" (LCS, J.V. Rotter, адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда).
- Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла. (В адаптации Капустиной А.Н.)
- Методика исследования представлений о "Я" Т. Лири.
- Тест Гилфорда «Социальный интеллект»

- Субъективный опросник внешней социальной адаптации (в форме анкеты).

Полученные данные были проанализированы и статистически сопоставлены по критерию Манна-Уитни. В результате, выявленные значимые различия данных основной и контрольной групп в Патохарактерологическом опроснике Шмишека позволяют квалифицировать три ведущих типа акцентуаций у активных участников ролевых игр - «Демонстративность», «Экзальтированность» и «Циклотимность». Исходя из выявленного сочетания акцентуаций, можно отметить, что чрезмерно выраженными у активных участников ролевых игр являются те черты личности, которые связаны с эмоциональной сферой, высокой психологической лабильностью, а так же гипертрофированной потребностью во внимании. Мы видим картину творческой, лабильной личности, акцентуированной в сторону эмоциональной сензитивности и поэтому крайне зависимой от окружающего мира личности. Ведущей акцентуацией черт характера является экзальтированность, как необходимость в пассивном, созерцательном получении эмоций. Можно предположить, что сочетание этих качеств с потребностью во внимании, артистизмом и другими проявлениями демонстративности свидетельствует о поиске собственной идентичности через окружение.

Данные многофакторного личностного теста Кеттелла позволяют сделать вывод о том, что активным участникам ролевых игр свойственна большая, в отличие от контрольной группы, сензитивность, потребность во внимании и склонность к уходу в фантазии(I+), а так же пренебрежение правилами, ярче выраженное стремление к независимости (G-). Кроме того, выделяются значительно более выраженная подозрительность, недоверчивое отношение к окружающему социуму (L+) и внутренняя напряжённость, раздражительность, предположительно детерминированная избытком побуждений, не находящих разрядки(Q4+).

Данный психологический профиль, учитывая наиболее выраженные типы акцентуаций, позволяет предположить, что активным участникам ролевых игр свойственен психологический инфантилизм, возвращающий их на подростково-юношескую стадию развития. Это подтверждает выдвинутое ранее предположение о ролевой игре, как способе поиска идентичности, так как, согласно концепции Э.Эриксона, основным содержанием кризиса перехода от подросткового-

юношеского к взрослому возрасту, является поиск идентичности и путаница социальных ролей.

Кроме того, тест на уровень субъективного контроля показал, что активные участники ролевых игр проявляют большую, чем испытуемые контрольной группы, склонность к экстеральному локусу контроля, то есть у них доминирует тенденция приписывать причины происходящего с ними внешним факторам (окружающей среде, судьбе, случаю или действиям других людей), снимая с себя любую ответственность. Особенно выделяются в этом отношении следующие сферы: общая сфера и сфера достижений и сфера производственных отношений. Это так же подтверждает предыдущие выводы о психологической незрелости, свойственной активным участникам ролевых игр, и позволяет предположить развитость такого механизма психологической защиты, как проекция. Более чётко этот факт проявляется в данных теста Лири. В нём значимые различия данных экспериментальной и контрольной групп выявлены в разделе «Я-реальное», в шкалах III и IV – «агрессивность» и «подозрительность, соответственно. Можно проследить взаимосвязь между чертами подозрительности и агрессивности. Неуверенность в себе, детерминированная отсутствием чёткой идентичности, вызывает защитную реакцию в виде направленной вовне агрессии, которая, в свою очередь, с помощью развитого механизма проекции, выявленного ранее, переносится на окружающий мир. Таким образом порождается внутриличностный конфликт, не находящий разрешения и создающий напряжение. Вопрос влияния данного конфликта на адаптацию к социуму требует дальнейшего изучения, однако уже сейчас можно предположить, наличие дезадаптивного протеста. Противопоставление себя социуму, очевидно, способствует эскапизму (стремлению уйти от реальной действительности общепринятых стандартов и норм общественной жизни в мир социальных иллюзий или в сферу псевдодеятельность, бегству в виртуальный мир.)

Обобщая полученные данные и их интерпретацию, а так же учитывая результаты выявления значимых различий в тесте Гилфорда, можно выдвинуть предположение, что активным участникам ролевых игр свойственен сниженный уровень социального ориентирования, обусловленный большей направленностью внимания на себя, чем на окружающий мир. Сложность в понимании и прогнозировании межличностного взаимодействия является фактором, способствующим социальной дезадаптации.

Можно предположить, что именно этот фактор снижает количество социальных контактов, а, следовательно, и социальных ролей. Компенсацией этого дефицита становится участие в ролевых играх. Тем не менее, данный вопрос является дискуссионным, нуждается в дополнительном исследовании и, возможно, будет раскрыт в дальнейших работах.

Остаётся открытым вопрос, являются ли данные психологические особенности причиной, по которой люди начинают заниматься ролевыми играми или развиваются уже в процессе. Так же требует ответа вопрос об адаптивных и дезадаптивных сторонах влияния ролевых игр на личностное развитие их участников. Эти, а так же многие другие вопросы оставляют широкий горизонт для дальнейших исследований, что делает ролевые игры очень перспективным направлением для психологической научной мысли в наше время.

#### Список использованной литературы

1. Энциклопедия социологии / Сост. А. А. Грицанов, В. Л. Абушенко, Г. М. Евелькин, Г. Н. Соколова, О. В. Терещенко. — Мн.: Книжный Дом, 2003
2. «Ролевое движение: Жизнь взаимы», Лариса Бочарова.
3. Статья «Ролевое движение: Жизнь взаимы», автор Лариса Бочарова
4. Й. Хёйзинга, 1992 «Homo Ludens; Статьи по истории культуры. М.: Прогресс — Традиция, 1997г.
5. Рубенштейн С. Л. Основы общей психологии. — Санкт-Петербург: издательство «Питер», 2000.
6. Макаренко А.С. О воспитании. - Москва: Издательство политической литературы, 1990
7. Д.Б.Эльконин. Игра и психическое развитие Живые Корни.
8. Хёйзинга Й. Homo Ludens; Статьи по истории культуры. / Пер., сост. и X 35 вступ. ст. Д. В. Сильвестрова; Коммент. Д. Э. Харитоновича — М.: Прогресс — Традиция, 1997.

9. «Изменять и изменяться» - Анна Володина Частный Корреспондент. 22 ноября 2008г
10. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. –Москва, Издательство: Речь, 2010 г. с
11. Ковалёв В.В. «Психиатрия детского возраста».- Москва, Издательство: Медицина, 1985. стр 202
12. Гурьева В.А.; Дмитриев А.С.; Дмитриева Т.Б.; Иммерман К.Л.; Клименко Т.В.; Печерникова Т. П.; Шишков С.Н. «Судебная психиатрия» Москва 1998 г.
13. Гишинский Я.И., Афанасьев В.С. Социология девиантного поведения. - СПб., 1993.
14. Комментарии к Уголовному кодексу Российской Федерации. - 2-е изд. - М., 1997
15. Змановская Е.Д. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. 2-е изд., испр. 2004 г.
16. Гишинский Я.И., Афанасьев В. С. Социология девиантного поведения. – Москва 1993г.
17. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д., Галинский Л.И. Психология девиантного поведения. – Москва, Изд: «Речь», 2001 г.
18. Менделевич В.Д. «Клиническая (медицинская) психология». – Москва Изд: «Речь» стр. 397
22. Элкин Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни / [Пер. с. англ.] — М.: Когито-центр, 1996 г

## **ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Бузина Т.С., к.психол.н., доцент; Шаталов П.Н., аспирант  
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет» Минздравсоцразвития России, кафедра клинической психологии,  
Москва  
tbuzina@gmail.com, avran4er@akado.ru*

Постоянный рост в современных условиях злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) требует совершенствования методов оказания помощи пациентам с зависимостью от них. Не подлежит сомнению тот факт, что повышение эффективности оказания медицинской помощи при лечении зависимости требует активного использования психотерапевтических методов вмешательств на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса. Цель психотерапии наркологических пациентов – изменение поведения, приводящего к срывам и рецидивам употребления. Результат подобных изменений может быть устойчивым, только если пациент принимает активное и самостоятельное участие в этом процессе. Это позволяет нам рассматривать участие пациента в психотерапии как целенаправленную и мотивированную деятельность. Поэтому мы считаем, что устойчивый результат лечения зависимости предполагает наличие изменений в структуре деятельности пациента.

В связи с этим, целью данного исследования была оценка изменений в структуре деятельности пациентов зависимых от ПАВ в результате психотерапевтических мероприятий.

Объектом исследования были 2 группы пациентов зависимых от ПАВ. В одну группу вошли пациенты с диагнозом алкоголизм и диагнозом наркомания имеющие стойкую ремиссию в течение года, участвующих в различных лечебно-реабилитационных программах (группа ППТ); во вторую группу были включены пациенты с диагнозом алкоголизм, наркомания без длительной ремиссии, не участвующие в различных лечебно реабилитационных программах (группа ПНПТ).

Исследование проводилось с помощью методики Цель-Средство-Результат (ЦСР) А.А. Карманова (ссылка).

Результаты исследования показали наличие значимых различий между группами по всем шкалам методики.

В группе пациентов не участвующих в различных психотерапевтических программах наблюдаются низкие показатели по шкале «Цель» (-3,02), что характеризует их, как находящихся в сильно фрустрированном состоянии, выражающемся в невозможности выдвижения и постановки конструктивных целей.

При этом мотивы деятельности бессистемны, нет четкой иерархии среди них. Вместо постановки реальных целей деятельности для достижения весомых результатов, человек или ограничивается постановкой "микроцелей", ограниченных текущей ситуацией, либо фиксируется на постановке излишне глобальных целей. Одним из выражений последнего может быть поиск так называемого "смысла жизни".

По шкале «Средство» (0,47) в этой же группе также наблюдаются низкие результаты. Это говорит о том, что эти пациенты периодически встречается с трудностями в выборе средств при решении жизненных задач. В данном случае речь идет о психологических барьерах. Причиной такой скованности часто является отсутствие конструктивной, достигаемой цели. В установках испытуемого преобладают "энергосберегающие мотивы".

По шкале «Результат» (-0,49) данные пациенты показывают не высокие показатели. Личностный рост испытуемого непредсказуем, во многом случаен. Как правило, повышенная тревожность. Интерес к своему внутреннему миру.

Как правило, они не очень трезво оценивает результаты своей деятельности, а также в оценках других людей, событий могут быть придирчивы.

Пациенты, которые участвовали в лечебно-реабилитационных программах, по шкале «Цель» (2,00) получили средний показатель, который позволяет сделать вывод, что эти больные не так фрустрированы, но все же ставящиеся ими цели не всегда обоснованы и не всегда устойчивы. Не все их действия целесообразны, иногда они склонны к пустому времяпрепровождению. В случае затруднения с выбором цели легко пользуются подсказкой извне, готовы принять внешнюю цель. Чтобы подготовиться к выполнению какой-либо деятельности - всегда требуются определенные усилия, чтобы "собраться".

Что касается шкалы «Средство» (4,69) здесь данные пациенты, имеют оптимальный результат. Это свидетельствует о том, что они достаточно свободны в выборе средств, их поведение настолько спонтанно, насколько этого требует ситуация. Также они имеют достаточно хороший энергетический потенциал, соответствующий сбалансированности эмоциональных и поведенческих реакций: они не агрессивны, но и не конформны, их поведение не вызывающее, но и не блокируется комплексами, мнительностью, негативизмом.



Шкала «Результат» (2,29) характеризует таких пациентов как довольно трезво оценивающих результаты своей деятельности. Они не переоценивают, но и не недооценивают итоги. В оценках других людей, событий довольно беспристрастны. Личностный рост нормально динамичен.

В целом, исследование показало, что в процессе психотерапевтических реабилитационных мероприятий у потребителей ПАВ происходят положительные изменения в структуре деятельности. У них повышается способность к постановке адекватных целей и выбора средств для их достижения. Наиболее позитивные изменения наблюдаются при выборе средств для достижения поставленных целей, который становится более свободным и спонтанным, соответствующим текущей ситуации. В то же время процесс целеполагания пациентов еще остается неустойчивым и зависимым от внешних факторов.

Результаты данного исследования указывают также направление дальнейшей психотерапевтической работы, которая должна быть направлена на большее осознание пациентами мотивов и целей собственного поведения и повышение осмысленности собственной деятельности.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ РОЛЕВЫХ ОНЛАЙН-ИГР (MMORPG)**

*А.А.Денисов, кандидат психологических наук, доцент*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра общей психологии, Москва*

*aadenisov@yandex.ru*

Интернет играет в жизни современного общества настолько важную роль, что исследование различных аспектов его воздействия на человека становится одной из важных задач всех антропоориентированных наук. Основные направления исследований особенностей воздействия Интернет на пользователей связаны прежде всего с изучением феномена интернет-зависимости (интернет-зависимого поведения). Данное направление исследований представляется нам недостаточным без изучения специфики интернет-зависимого поведения в связи с конкретными формами пользования сетью Интернет.

Особый интерес для исследователя, на наш взгляд, представляют онлайн-игры, поскольку они предоставляют игроку максимально широкие возможности в

реализации самых разных потребностей. Кроме этого, онлайн-игры - одна из наиболее быстро развивающихся отраслей сети Интернет,- ожидается, что к 2012 году число их пользователей в России достигнет 8 млн. человек . Необходимо отметить, что данные о количестве игроков строгому учету не поддаются, поскольку в отношении каждой отдельной игры подобная статистика ведется по количеству аккаунтов, созданных на официальном сервере.

Немаловажным обстоятельством, во многом определяющим значимость изучения онлайн-игр (прежде всего MMORPG (Massively multiplayer online role-playing game) - массовых ролевых многопользовательских онлайн-игр), является то, что на условиях анонимности игроки могут принимать роли и вступать в отношения, характерные для реальной жизни,- сочетаться браком, принимать активное участие в жизни группы (клана, гильдии), воевать и шпионить, зарабатывать деньги (часто вполне реальные), бороться за место в топ-100 игроков сервера, даже мошенничать и убивать других игроков. Таким образом, реализация фрустрированных потребностей в условиях онлайн-игр не блокируется социальными ограничениями, и регулируется только ценностно-смысловым уровнем личности.

Анализ возможностей, предоставляемых MMORPG, позволяет определить перспективные направления исследований в этой области, связанные с изучением:

- индивидуальных особенностей игроков в онлайн-игры (RPG) в отличие от других форм интернет-зависимого поведения (и условно-здоровых) – эмоциональных, когнитивных, поведенческих.
- идентификации с персонажем (персонажами) – пол, внешний вид, поведение.
- возрастных особенностей игрового взаимодействия в рамках MMORPG.
- связи индивидуальных особенностей с типом деятельности в игре (экономический, героический, воинственный, альтруистический и т.д.)
- возможностей удовлетворения различных потребностей в условиях онлайн-игры;
- социально-психологических особенностей взаимодействия в игре – как на межличностном, так и на внутригрупповом и межгрупповом уровне (образование групп, лидерство, процессы принятия группового решения, стратегии взаимодействия и т.д.).
- связи особенностей межличностного взаимодействия в условиях игры и реальной жизни.
- психолингвистических аспектов общения - использование сленга, жаргона.

- психосоматических аспектов игровой деятельности.

Исследования в этой области помогут лучше понять проблемы и возможности самоактуализации личности в современной социокультурной ситуации.

## **МОТИВЫ, ВОСПРИЯТИЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ГЕРОИНА И ИХ ОЖИДАЕМОЕ ДЕЙСТВИЕ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ И ГЕРОИНА**

*Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор,*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра клинической психологии, Москва*

*Деревнина А.Ю., соискатель*

*Московский государственный медико-стоматологический университет»,  
кафедра клинической психологии, Москва*

*[yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru); [derevnina\\_a@mail.ru](mailto:derevnina_a@mail.ru)*

**Актуальность** исследования обусловлена широкой распространенностью зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) как среди мужчин, так и среди женщин, которая по-прежнему остро стоит как в России, так и во всем мире. В 2008 г. специализированными учреждениями Минздравсоцразвития России зарегистрировано 3 млн. 318 тыс. больных наркологическими заболеваниями, что составляет около 2,3% общей численности населения [5]. 82,2% от общего числа зарегистрированных больных это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями. На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, приходится – 16,6%. 87,5 % из которых занимает опиная зависимость. И если показатели численности больных алкоголизмом несколько снижаются за последнее время, то численность больных наркоманией, в частности героиновой наркомании – растет. Так за период с 2003 по 2008 гг. он вырос на 5,4%. Также важно указать динамику показателей среди мужского и женского населения. Показатели распространенности заболеваний у мужчин по сравнению с предыдущими годами – снижается, а показатели заболеваний у женщин – возрастает. В целом за последние 5 лет показатель злоупотребления ПАВ у женщин увеличился на 8,3% [5].

Зависимость от алкоголя и наркотиков многогранное явление, сочетающее в себе социальные, психологические, биологические, клинические и фармакологические проблемы, что существенно затрудняет процесс лечения. У больного с синдромом зависимости от психоактивного вещества возникают необратимые биологические нарушения гомеостаза организма, которые сочетаются с изменениями личности, такими как морально-этическое, интеллектуальное снижение [2,7]. И, несмотря на большие достижения в фундаментальных и прикладных исследованиях, существенных успехов в борьбе с этой болезнью не наблюдается.

Лечение лиц, зависимых от ПАВ представляет собой сложный, длительный процесс, результатом которого является длительное воздержание от употребления ПАВ [6]. Полное излечение от наркомании, как и от алкоголизма, считается невозможным. Наилучшим исходом комплексного лечения больных с синдромом зависимости от алкоголя или наркотиков является длительная и устойчивая ремиссия [1].

Различным аспектам проблемы зависимости посвящено большое количество исследований, как в России, так и за рубежом, но неизменный рост количества злоупотребляющих свидетельствует о низкой эффективности лечения, проводимого в наше время. Это связано, в том числе и с тем, что до сих пор в научных исследованиях наркологии доминирует изучение биологических механизмов зависимости как объективной причины болезни и игнорируется важная роль субъекта лечения, имеющего собственное восприятие переживаемой болезни [4]. После курса необходимого медикаментозного лечения больные нуждаются в серьезной психологической и социальной реабилитации, которую зачастую не получают или получают не в полном объеме.

В последние годы все больше стали развиваться методы работы с мотивацией пациента, как возможностью изменения поведения больного, формирования мотивационной готовности к лечению [8-11].

Используя комплексный подход в процессе лечения больного с зависимостью от ПАВ, в который будет включаться как первоначальное медикаментозное лечение больного, так и последующее психолого-социальное сопровождение, может вести к повышению эффективности лечения и, следовательно, к длительному отказу больного от приема ПАВ.

В нашей работе мы рассмотрим особенности мотивации, ожидаемого действия и восприятие субъективных последствий употребления алкоголя и наркотиков у женщин с синдромом зависимости от алкоголя и героина, как важный аспект психологического воздействия в процессе реабилитации пациента. Данные об ожиданиях больного от приема ПАВ, причинах начала употребления (а также причинах продолжения употребления) и восприятия последствий злоупотребления дают большое количество информации, что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие зависимого поведения и выстраивать наиболее эффективное и своевременное лечение. Этим обусловлена **практическая значимость** нашего исследования.

**Целью** работы является сравнительный анализ мотивов, ожидаемого действия и восприятия субъективных последствий употребления алкоголя и героина у женщин со второй стадией алкоголизма и средней стадией героиновой наркомании.

**Задачи:** на группах женщин, зависимых от алкоголя и героина исследовать:

1. Особенности мотивов употребления алкоголя и героина;
2. Особенности ожидаемого действия алкоголя и героина;
3. Особенности восприятия субъективных последствий употребления алкоголя и героина;
4. Взаимосвязь мотивов, ожидаемого действия и последствий употребления алкоголя и героина у женщин, зависимых от алкоголя и наркотиков.

В нашей работе было проведено исследование больных Наркологической клинической больницы № 17 г. Москвы относительно мотивов, ожиданий и последствий употребления алкоголя и героина. В эксперименте приняло участие **50 человек** в возрасте от 27 до 42 лет: 1). **25 женщин, зависимых от алкоголя** (F10.212 – синдром зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях), средняя (вторая) стадия зависимости). Средний возраст –  $35,6 \pm 5,8$  лет. 2). **25 женщин, зависимых от опиоидов** (F11.212 – синдром зависимости от опиоидов, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях), средняя (вторая) стадия зависимости). Средний возраст –  $32,6 \pm 4,8$  лет.

В ходе исследования применялись библиографический и экспериментально-

психологический методы. Использовались **методики**, в адаптации д.м.н., проф. Ялтонского В.М.:

1. **Опросник «Мотивы потребления психоактивных веществ»** (Завьялов В.Ю. (1988)), который использовался в 2-х версиях:

- А) мотивы потребления алкоголя;
- Б) мотивы потребления наркотиков [3];

2. **Опросник «Мотивы употребления психоактивных веществ»** (Cooper M.L., Russell M., Skinner J.B., Windle M. (1992)), который использовался в 2-х версиях:

- А) мотивы употребления алкоголя;
- Б) мотивы употребления наркотиков [13];

3. **Опросник «Ожидаемое действие психоактивного вещества»** (Rohsenov D.J. (1995)), который использовался в 2-х версиях:

- А) ожидаемое действие алкоголя;
- Б) ожидаемое действие наркотиков [12];

4. **Опросник «Последствия употребления психоактивных веществ»** (Miller W.R. (1995)), который использовался в 2-х версиях:

- А) последствия употребления алкоголя;
- Б) последствия употребления наркотиков [14].

Обработка проводилась с помощью методов математической статистики: при сравнении групп применялся критерий U Манна-Уитни для независимых выборок, для установления корреляционных связей использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для статистического анализа использовался программный пакет Statistica 7 SP 2 for Microsoft Windows (English version).

В работе были получены результаты и сформулированы следующие выводы:

1. Ожидания, связанные с употреблением алкоголя и героина у зависимых от них женщин имеют похожую структуру. Ведущим компонентом

которой является релаксация и уменьшение напряжения.

А) В структуре ожиданий, связанных с употреблением алкоголя доминируют ожидания, связанные с уменьшением напряжения, социального выражения и расширения сексуальных возможностей.

Б) В структуре ожиданий, связанных с употреблением героина доминируют ожидания уменьшения напряжения, физического и социального удовлетворения и прилива сил и агрессии.

2. Мотивы употребления алкоголя и героина у женщин различны. У женщин с алкоголизмом это социальные, субмиссивные мотивы. У женщин с героиновой наркоманией – изменение эмоционального состояния (избегание негативных эмоций или желание получения позитивных эмоций).

3. Женщины, зависимые от героина оценивают последствия его злоупотребления статистически достоверно как более тяжелые в сравнении с оценкой тяжести последствий у женщин, зависимых от алкоголя.

А) В структуре последствий употребления героина преобладают межличностные, внутриличностные и физические последствия и последствия, связанные с потерей контроля.

Б) В структуре последствий употребления алкоголя преобладают физические, внутриличностные и межличностные последствия.

4. Имеется взаимосвязь ожиданий, мотивов и последствий употребления алкоголя, как у группы женщин с алкоголизмом, так и в группе женщин с героиновой наркоманией.

А) В группе женщин с алкоголизмом выявлена взаимосвязь последствия «социальная ответственность» с патологическими мотивами и ожиданием физического и социального удовлетворения.

Б) В группе женщин с героиновой наркоманией выявлены взаимосвязи внутриличностных и межличностных последствий с ожиданием затруднения познания и связь ожидания улучшения общения с гедонистическим мотивом.

В современном российском обществе все еще очень актуальной является проблема злоупотребления алкоголем и наркотиками. Особую тревогу вызывает увеличение доли женщин, находящихся в алкогольной и наркотической

зависимости. За последние десятилетия положение женщины в обществе изменилось, женщины отказываются от традиционных феминных ролей и идеалов, что возможно приводит к неуклонному росту алкоголизма и наркомании среди женского населения. Женщины участвуют во всех сферах человеческой деятельности. Это делает ее, с одной стороны, экономически независимой, а с другой, увеличиваются тяготы жизни. Необходимость быть квалифицированной и компетентной в профессии, в семье, в сложившейся социальной микросреде оказывает большое влияние на психологическое состояние женщины, что в определенных случаях приводит к началу и продолжению употребления психоактивными веществами и в последствии вызывает формирование зависимости.

Наличие данных о мотивах, ожиданиях и восприятии субъективных последствий больных несут большое количество информации и позволяют прогнозировать дальнейшее развитие зависимого поведения, определять мишени профилактических мер, а также выстраивать индивидуальный, эффективный и более точный план лечения больного с зависимостью.

#### **Литература:**

1. Бузина Т.С. Психологические подходы к профилактике ВИЧ - инфекции при употреблении психоактивных веществ. – М.: Прометей, 2009.
2. Егоров В.Ф. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. – 1996. - №1.
3. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988.
4. Зенцова Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук: 19.00.04. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2009.
5. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Деятельность наркологической службы и основные показатели заболеваемости в Российской Федерации в 2003-2008 гг. (анализ данных федерального статистического наблюдения) // Вопросы наркологии. -2009. - №5.
6. Наркология: национальное руководство. Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – М: Гэотар-Медиа, 2008.



7. Пятницкая И.Н. Наркомании. – М.: Медицина. – 1994.
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008.
9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А., Бузина Т.С., Волкова Т.В. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекции других форм психосоциальной адаптации у детей и подростков группы риска. Пособие. - М.: ННЦ наркологии, ПБОЮЛ «Гайнуллин», 2004.
10. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология. 2003. - - №4.
11. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. – 2009. - №6.
12. Brown S.A., Christiansen B.A., Goldman M.S. The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. Journal of Studies on Alcohol, 48, 483-491, 1987.
13. Cooper M.L., Russel M., Skinner J.B., Windle M. - Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motive // Psychological Assessment, 1992.
14. Miller W.R., Tonigan J.S., Longabaugh R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Test manual. (Volume 4, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.

## **ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, И ЕГО КОРРЕКЦИЯ.**

*Искандирова А.Б. к.м.н., доцент*

*Меркурьева Ю.А., соискатель*

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

*Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии*

*(г. Москва)*

*juliamerkurieva@gmail.com*

Интернет - зависимое поведение достаточно новая, но уже крайне популярная тема для обсуждения в среде специалистов. Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета ([www.monitoring.ru](http://www.monitoring.ru)) в России с 1992 по 2004 гг. удельный вес в ней подростков увеличился с 2% до 25%, т.е. подростки становятся все более активными пользователями сети, в связи с чем и увеличиваются случаи Интернет-аддикции среди молодежи. Особенно важной для исследования нам представляется именно эта аудитория, потому как возрастные и социальные изменения в подростковом возрасте являются фактором риска развития зависимости, в том числе и Интернет-зависимого поведения. Доступность интернета и относительная социальная одобряемость и некомпетентность еще больше увеличивают риск злоупотребления Интернетом. Признавая вклад уже существующих исследований в развитие этого направления, мы также стремимся изучить и расширить знания в области феноменологии Интернет - аддикции. Практический смысл всех исследований заключается в том, что конечной целью должны являться точные и научно обоснованные выводы относительно специфики характера и личности лиц, проявляющих ту или иную форму зависимого поведения, что позволит направить профилактические и коррекционные меры на источники столь проблемного поведения.

Основная часть. В проведенном нами исследовании в 2010 году на базе одной из школ ЦАО г. Москвы мы использовали экспериментально психологический метод исследования, включавший в себя проведение тестовых методик наличия/отсутствия Интернет- зависимого поведения, а также проективных методик, направленных на исследование я-образа и образа тела, полученные данные были обработаны статистически, проведен качественный анализ проективного материала. В исследовании приняли участие 100 подростков, на момент проведения являющиеся учащимися 10-х классов. В ходе данного исследования нами были разработаны специальные критерии (с использованием как субъективных так и объективных параметров) включения подростков в экспериментальную и контрольную группы.

Первоначально мы обследовали всю группу подростков специально разработанной анкетой (Анкета участника исследования (форма А) разработанная совместно с Феклисовым К.А, Смирновой Е.А), позволяющей оценить характер Интернет деятельности, особенности поведения, уровень социального функционирования подростка. На основе полученных данных нами были выделены 2 группы подростков:

1- экспериментальная(зависимые), 2- контрольная.

Экспериментальная группа состояла из 32 человек, критерии включения в группу следующие:

1. Наличие доступа в интернет в течении последнего года, опыт использования интернета более 1 года.
2. Наличие минимум двух из ниже следующих показателей: время пребывания в интернете не менее 3 часов в сутки, низкая социальная активность (отсутствие увлечений вне учебной деятельности, недостаток общения с друзьями вне школы) наличие он-лайн игр, азартных он-лайн игр в списке предпочитаемых интернет ресурсов.
3. Возрастные границы от 14 до 16 лет, средний возраст составил 15, 46 лет.

Контрольная группа состояла и 32 человек, критерии включения следующие:

1. Время в сутки проводимое в Интернете менее 3 часов
2. Высокая социальная активность (расширенный круг увлечений, удовлетворенность частотой встреч с друзьями)
3. Отсутствие в списке предпочитаемых интернет ресурсов он-лайн игр, азартных он-лайн игр.

Возрастные границы от 14 до 16 лет, средний возраст 15, 46 лет

Значимых различий по возрасту при анализе по критерию Манна-Уитни между двумя группами не отмечается.

Данные группы были обследованы следующими методиками:

1. Тест на интернет зависимость Кимберли Янг (адаптация Буровой);
2. Методика « Телесный образ я» ( М. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой);
3. Методика « Рисунок человека» (К. Маховер)

Результаты исследования группы по методике « Телесный образ я» ( М. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой) представлены в таблице №1.

Из анализа по методикам « Телесный образ я» ( М. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой); и методике К.Янг видны следующие взаимосвязи между определенными искажениями образа тела и количественных показателей по К.Янг.

Повышение количества искажений образа тела, а следовательно снижение его адекватности, связано с большей выраженностью Интернет-зависимого поведения.

Учитывая качественный анализ результатов методики «Телесный образ я» (М. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой) мы провели анализ методики «Рисунок человека» для поиска сходных символических особенностей образа тела.

В методике «Телесный образ я» нами были выявлены следующие символические особенности образа тела:

- 1) уменьшение длины стопы, свидетельствующее о недостаточной устойчивости, потребности в опоре, что говорит об отсутствии как внутренней, так и внешней поддержки, неуверенности, нестабильности;
- 2) удлинение шеи- тенденция к отделению телесности от сознания, а также блокирование и отделение эмоций от сознания;
- 3) увеличение ширины и высоты головы - высокая значимость интеллекта в системе ценностей, гиперконтроль над телесными импульсами;
- 3) уменьшение длины руки- нарушения, проблемы общения, уход от общения или его недостаток, недостаточная коммуникативная компетентность;
- 4) преуменьшение области от талии до промежности- тревога, относящаяся к сексуальности и гендерной идентичности, вызывает тенденцию контролировать свои сексуальные импульсы и их подавление;
- 5) увеличение ширины бедер (у девушек)- повышенное внимание к сексуальной сфере, соответствует генитальной фазе психосексуального развития, формирования гендерной идентичности, принятие поло-ролевой позиции.

В методике Рисунок человека были отмечены сходные символические особенности образа тела:

1. Проблемы опоры (неуверенность, отсутствие стабильности и т.д) : плотно сдвинутые ступни, отсутствуют или резко преуменьшены, нарисованы штриховыми линиями, стерты, неустойчивая поза. Один из признаков отмечается в 80 % рисунков.
2. Отделение чувств и эмоций от сознания: шея изображена штриховыми линиями, слабым нажимом, не прорисован стык с головой, шея изображена непропорционально тонкой, отделена полосой или воротником. Встречается в 75% рисунков.

3. Нарушение общения- руки нарисованы за спиной, в карманах, кисть пальцы отсутствуют или сильно укорочены, нарисованы множественными или штриховыми линиями. Встречается в 70 % рисунков.

4. Внимание к сексуальной сфере, подчеркивание женственности/ мужественности- подчеркнуты бедра, грудь, талия, узкие плечи в женской фигуре; мускулатура, широкие плечи, узкие бедра в мужской. Характерно для 80 % рисунков. В большинстве рисунков сексуально значимые области выполнены с сильным нажимом, что говорит о напряженности в отношении темы сексуальности.

5. Недифференцированность рисунка, наличие только границ, что говорит о нарушении контакта с телом, отсутствии знаний о нем, а также несформированном, диффузном самосознании (30% рисунков).

Таким образом, подытоживая наше эмпирическое исследование связи Интернет - зависимого поведения с особенностями образа тела и Я - Образа, опишем основные результаты.

1. Общий уровень искажений образа тела по экспериментальной группе весьма высок среднее значение искажений 467+- 80, тогда как по контрольной группе 189.

2. Испытуемые наиболее сильно искажают такие параметры образа тела, как ширина головы (на 62% от реального), длина шеи(на 30%), ширина шеи(35%), ширина бедер(на 34%),ширина рта(40%)

3. Высокие показатели по К.Янг коррелируют с увеличением процента искажений образа тела в группе.

Изучение особенностей образа тела и эмоциональной сферы подростков не только позволяют расширить представление о феномене интернет зависимости, но и разработать психодиагностические, коррекционные меры по профилактике интернет зависимости.

На данный момент нами проводится проверка эффективности программы коррекции интернет аддикции у подростков, основанной на коррекции искажений образа тела, Я-концепции и развитии самосознания. По изучению данного предмета существует недостаточно исследований, необходимо исследовать связь телесности, эмоций с формированием Интернет -зависимости у подростков.

В качестве перспектив исследования мы рассматриваем изучение связи различных компонентов образа тела с формированием Интернет- аддикции. Необходимо углубление знаний по особенностям телесности и эмоциональной сферы подростков, склонных к Интернет-зависимому поведению. Полученные данные могут быть

использованы для выявления факторов риска и для профилактики формирования Интернет- зависимости.

Список литературы

1. Егоров А.Ю «Нехимические аддикции» Санкт-Петербург, 2007
2. Малыгин В.Л. Интернет зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика
3. Менделевич В.Д. «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения». М: Медпрес 2003;
4. Ferraro G, Caci B, DiAmico A, et al. Internet addiction disorder: an Italian study. CyberPsychology & Behavior – 2007 – vol.10 – p.170-177.
5. Goldberg Ivan, MD Web Publishing 1996-1999
6. Griffiths, M.D. Internet addiction - Time to be taken seriously? Addiction Research – 2000 – vol.8 – p.413-418.
7. Kimberly Young Web Publishing 1996-1999
8. Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.C., et al. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents // Journal of Nervous and Mental Disease –2005 – vol.193 – p.728-733.
9. Lo SK, Wang CC, Fang W: Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. Cyberpsychology & behavior – 2005. – Vol.8 – p.15–20
10. Maressa Hecht Orzack, Ph.D. Web Publishing 1996-1999
11. Yen J., Yen C., Chen C., Tang T., Ko C. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference // Cyberpsychology & Behavior – 2009 – vol. 12 – p.187-191.
12. Егоров А.Ю «Нехимические аддикции» Санкт-Петербург, 2007

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Колпаков Я.В., кандидат психологический наук, старший преподаватель*

*ГБОУ ВПО «Московской государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра клинической психологии*

*kolpakov\_jv@mail.ru*

Исследования, посвященные работе с мотивацией лиц, зависимых от алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние десять лет. Причиной этих исследований явилось понимание того, что лечение пациентов, не готовых к изменениям своего жизненного стиля, не приводит к позитивным результатам [2, 3, 4, 5, 9-13, 16, 19, 20].

Ряд авторов подчеркивают связь мотивации к лечению с такими понятиями как «критичность», «анозогнозия» (Бехтель Э.Е., 1986), «внутренняя картина болезни» (Ялтонский В.М., 2009) [1, 12]. Согласно В.В. Николаевой (1987, 2009) внутренняя картина болезни является сложным структурированным образованием, включающим в себя, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни: чувственный уровень ощущений, эмоциональный уровень, интеллектуальный и мотивационный уровень [7]. Мотивационный уровень отражает личностный смысл болезни ее последствий, сопровождающийся изменением поведения, образа жизни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья [8]. По мнению В.М. Ялтонского (2009), мотивация к лечению является важным структурным компонентом мотивационного уровня внутренней картины болезни, который в процессе динамики формирования внутренней картины болезни отражает изменения мотивационной (ценностно-смысловой) сферы личности, ценности здоровья и болезни, цели лечения и так далее. Автор считает, что мотивацией на лечение является побуждение личности, ее заинтересованность включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем и быть приверженным определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью. По мнению автора, мотивация на лечение отражает степень готовности больного к изменению поведения, опосредованного болезнью [12].

Исследования программ лечения наркозависимых, ориентированных на общество, проведенные M.L. Hiller (2009), показали, что мотивация к лечению является существенным предиктором участия пациента в терапии длительное время [16]. A.C. King и S.A. Canada (2004) показали, что женщины, более вероятно, чем мужчины прекращают лечение или получают его в неполном объеме [17]. По мнению С.Е. Grella (1997), причины вовлечения в лечение могут отличаться у мужчин и женщин. Для мужчин более характерны причины, связанные с работой или обучением, в то время как для женщин более значимо переживание, что жизнь стала неконтролируемой ими и состояние субъективного стресса. Страх потерять ребенка,

во время пребывания на лечении, является для женщины фактором, снижающим мотивацию к лечению [15]. Исследование, проведенное D.A. Dawson (1996), показало отсутствие различий между женщинами и мужчинами, зависимыми от психоактивных веществ, связанных с направленностью на лечение по таким демографическим и клиническим характеристикам как пол, уровень образования наличие работы, развод, наличие детей младше 18 лет. Но вероятность того, что женщина обратится в больницу за помощью при наблюдении в течении 8 лет была ниже, чем за тот же период наблюдения у мужчин [14].

В.М. Ялтонский (2009) предложил теоретическую модель мотивации к лечению у лиц, зависимых от психоактивных веществ. Исходя из теории мотивации достижения, процесс лечения может рассматриваться как деятельность, направленная на получение определенного прогнозируемого больным результата терапии, обусловленная его внутренним относительно устойчивым стремлением к преодолению болезни, а наличие мотивации к лечению является надежным предиктором успешности лечебно-реабилитационного процесса. Мотивация к лечению лиц, зависимых от психоактивных веществ, представляет собой динамическое многоуровневое образование, имеющее сложную полимерную структуру, являющуюся производным компонентом мотивационного уровня внутренней картины болезни (мотивационный компонент внутренней картины терапии). Она отражает когнитивные стадии готовности к изменению зависимого поведения, возможные переходы в процессе интернализации от регуляции зависимого поведения с помощью внешних факторов к саморегуляции, от внешней мотивации к смешанной мотивации к лечению (внешне и частично внутренней) и обратно. В процессе интернализации происходит замещение внешних представлений о болезни и целесообразности лечения внутренними представлениями больного. Автор выделяет три уровня (негативный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый и позитивный) и сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты (предикторы). Уровни и структурные компоненты мотивации к лечению могут быть индивидуализированными мишенями психотерапии [12].

Я.В. Колпаков и В.М. Ялтонский (2011) определили «мишени» психотерапии для каждого уровня мотивации на лечение. Для уровня негативной мотивации на лечение «мишенями» являются повышение признания болезни и повышение



амбитендетно-амбивалентного отношения к ней. Для уровня амбитендетно-амбивалентно-неустойчивой мотивации на лечение «мишенями» являются повышение признания болезни, повышение амбитендетно-амбивалентного отношения к ней и повышение восприятия социальной поддержки. Для уровня позитивной мотивации на лечение «мишенями» являются повышение признания болезни, повышение амбитендетно-амбивалентного отношения к ней, повышение восприятия социальной поддержки и повышения самооэффективности [6].

Однако, не менее важным аспектом является изучение собственно мотивации на психотерапию у женщин, зависимых от психоактивных веществ.

#### Основные положения исследования.

Были обследованы 75 женщин в возрасте 20-40 лет. Из них были сформированы две основные группы (проходили стационарное лечение в филиале «Наркологической клинической больницы №17» ДЗ г. Москвы) и контрольная группа. В первую группу вошли 25 женщин с синдромом зависимости от алкоголя, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F10.212). Во вторую группу вошли 25 женщин с синдромом зависимости от опиоидов, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F11.212). В третью группу – контрольную - вошли 25 условно здоровых женщин, впервые посетившие АНО «Институт психодрамы и ролевого тренинга» с целью возможного дальнейшего участия в учебно-терапевтической группе.

Данные группы были обследованы при помощи пилотной русскоязычной версии «Опросника мотивации на психотерапию» (FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, R. Nubling, H. Schulz, J. Schmidt, U. Koch, W.W. Wittmann, 2001). Данная методика предназначена для изучения факторов, которые повышают или снижают мотивацию на психотерапии. Методика включает 39 утверждений, для которых испытуемый указывает степень согласия – «верно», «скорее верно», «скорее не верно» или «не верно».

Полученные ответы обрабатываются при помощи специального ключа, а полученные сырые баллы переводятся в стандартизированные оценки – Т-баллы – по каждой из 6 шкал методики.

Шкала «Избавление от психологического напряжения».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с желанием респондента обсудить проблемы, из-за которых он чувствует себя эмоционально удрученным, подавленным, опасается за свое будущее.

Шкала «Надежда на помощь психотерапии».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с уверенностью респондента в эффективности психотерапевтической помощи, оптимизмом в отношении улучшения своего состояния.

Шкала «Отрицание необходимости психотерапии».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с восприятием респондентом психологических проблем как собственной слабости, а психотерапии как угрозы своей независимости.

Шкала «Знание о пользе психотерапии».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с осведомленностью респондента о том, что такое психотерапия, а также с наличием опыта поиска информации о психотерапевтической помощи.

Шкала «Собственная инициатива обращения за психотерапией».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с наличием у респондента собственной активности и усилий, направленных на получение психотерапевтической помощи.

Шкала «Вторичная выгода от психотерапии».

Отражает фактор мотивации на психотерапию, связанный с желанием респондента использовать свои симптомы и участие в психотерапевтическом процессе для получения позитивного социального подкрепления – «вторичной выгоды», а не для решения насущной психологической проблемы [18].

Полученные при помощи указанных выше методик данные были подвергнуты обработке при помощи пакета программ «SPSS, version 16».

Результаты исследования.

В группе женщин, зависимых от алкоголя, и в группе женщин, зависимых от опиоидов, ведущим фактором мотивации на психотерапию является «Отрицание необходимости психотерапевтической помощи» -  $64,87 \pm 5,92$  и  $64,25 \pm 5,08$  Т-баллов, соответственно.

Испытуемые в данных группах, по сравнению с контрольной, были мало информированы о том, что такое психотерапия ( $47,87 \pm 11,28$  и  $50,83 \pm 5,08$  Т-баллов, соответственно), что она может быть полезной, они не испытывали надежд, что психотерапия им может помочь ( $40,67 \pm 11,53$  и  $44,00 \pm 8,52$  Т-баллов, соответственно).

Ведущим потенциальным мотивом обращения за психотерапией в данных группах может стать своего рода ситуативный копинг-мотив «Избавление от психологического напряжения» ( $42,87 \pm 12,83$  и  $43,83 \pm 7,83$  Т-баллов, соответственно).

Этот мотив минимально выражен в контрольной группе -  $38,31 \pm 6,59$  Т-баллов. Ведущим фактором мотивации на психотерапию в контрольной группе является «Знание о пользе психотерапии» ( $58,16 \pm 3,29$  Т-баллов), также важную роль играет фактор «Надежда на помощь психотерапии» ( $52,54 \pm 9,50$  Т-баллов).

У женщин, зависимых психоактивных веществ выражен мотив «Отрицание необходимости психотерапевтической помощи», ведущим потенциальным мотивом обращения за психотерапией является «Избавление от психологического напряжения». Это соответствует полученным ранее данным об особенностях структуры мотивации на лечение при разных её уровнях. У условно здоровых женщин ведущими факторами мотивации на психотерапию являются «Знание о пользе психотерапии» и «Надежда на помощь психотерапии».

Полученные данные можно использовать при разработке новых технологий клинико-психологического сопровождения женщин, зависимых от психоактивных веществ, проходящих стационарное лечение. Также в ходе исследования апробирована пилотная русскоязычная версия методики, направленной на оценку факторов мотивации на психотерапию, что позволяет определить новые векторы изучения данного феномена.

Литература.

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. - М.: Медицина. - 1986.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1998.
3. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. - М., 2001.
4. Дёмина М.В. Нарушения нозогнозии («Синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании (клиника, систематика, подходы к коррекции): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, Москва, ННЦ наркологии, 2005.
5. Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя: Автореф. дис. ... канд. психол. наук, Москва, МГУ, 2010.
6. Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Особенности клинико-психологического сопровождения женщин, зависимых от алкоголя, с разной мотивацией к лечению на этапе реабилитации // Всеросс. научн.-практ. конф. с международн. участием «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация», Москва, 22-23 апр. 2011 г. Мат-лы конф. / Ред.-сост. В.В. Барцалкина, Н.Б. Флорова, В.В. Аришинова. – М.: МГППУ, 2011. – С. 116-120.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: Изд-во МГУ, 1987.
8. Николаева В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // Психосоматика: телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009.
9. Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук, Санкт-Петербург, СПНИПНИ, 2009.
10. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008.
11. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А., Бузина Т.С., Волкова Т.В. Формирование мотивации на изменение поведения в отношении употребления психоактивных веществ и коррекции других форм психосоциальной адаптации у

детей и подростков группы риска. Пособие. – М.: НИЦ наркологии, ПБОЮЛ «Гайнуллин», 2004.

12. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии – 2009. - №6.

13. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология. – 2003. - №4.

14. Dawson D.A. Gender differences in the probability of alcohol treatment // J. Subst. Abuse Treat. – 1996. - N8.

15. Grella C.E. Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need // J. Psychoactive Drugs. – 1997. – Vol. 28. - N4.

16. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated // Substance Abusers Substance Use & Misuse. – 2009. - N44.

17. King A.C., Canada S.A. Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy // J. Subst. Abuse Treat. – 2004. - N26.

18. Nübling R., Schmidt J., Schulz H. FPTM. Fragebogen zur Psychotherapiemotivation // In E. Brähler, J. Schuhmacher & B. Strauß (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. - Göttingen: Hogrefe, 2002.

19. Simpson D.D., Joe G.W. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment // Psychotherapy. - 1993. – Vol. 30. - N2.

20. Swanson A.J., Pantalon M.V., Cohen K.R. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed // J. Nerv. and Ment. Disorders. – 1999. - N187

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ, СТРАДАЮЩИХ  
КОМПУЛЬСИВНЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ**

*Романовская Т.Ю., аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии*

### *Белорусский государственный медицинский университет г. Минск*

В 1959 году Stunkard опубликовал клиническое наблюдение о том, что страдающие ожирением пациенты описывают эпизоды переедания с ощущением того, что прием пищи находится вне их волевого контроля (т.е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется). Он же охарактеризовал данный пищевой феномен, как имеющий «оргиастический характер» и отмечал, что при этом «огромное количество пищи потребляется в относительно короткие периоды времени». Также он отмечал, что данные приступы переедания часто «вызываются определенным эмоциональным переживанием, или событиями и регулярно сопровождаются чувством внутреннего дискомфорта и вины. Хотя этот феномен выявляется на протяжении всего спектра нарушений пищевого поведения, его положение в современных классификационных подходах устойчиво закреплено лишь в структуре нервной булимии (МКБ10, DSM ). Тем не менее, клиническое наблюдение Stunkardt привело к появлению исследовательских, диагностических критериев расстройства пищевого поведения по типу компульсивного переедания (КП). Данное расстройство было включено в приложение 4-го выпуска DSM-IV (1994), как расстройство для дальнейшего исследования, в контексте атипичных расстройств пищевого поведения. Введение критериев КП в исследовательские критерии DSM-IV стимулировало за прошедшее десятилетие большое количество научных исследований и подняло много критических вопросов относительно полезности данного нового диагноза. Соответствующая диагностическая категория отсутствует в десятом пересмотре МКБ-10. Принимая во внимание, что классификационные требования разрабатываются с учетом клинически выраженной патологии, целый ряд нарушений, не достигнувших классификационного порога, остаются зачастую без внимания. При этом они формируют резерв развернутых патологических проявлений, профилактические мероприятия при которых были бы обоснованными. Важно иметь в виду, что большинство людей, страдающих КП, имеют различные степени ожирения, однако, в критериях DSM IV отсутствуют различия между лицами, страдающими ожирением и лицами, у которых ожирение отсутствует. Однако очевидно, что наличие ожирения зачастую определяет тяжесть КП и специфику терапевтических подходов.

Целью данного исследования является изучение особенностей феномена компульсивного переедания у женщин страдающих избыточным весом.

Задачи исследования: провести исследование психологических особенностей женщин, страдающих избыточным весом с КП; провести исследование психопатологических особенностей женщин, страдающих избыточным весом с КП; выявить особенности феномена компульсивного переедания у женщин с избыточным весом; проанализировать теоретические подходы к проблеме КП.

Материалы и методы. В обследовании участвовали 365 женщин в возрасте 18-45 лет (средний возраст 42,7 лет) по поводу снижения веса и давшие письменное информированное согласие на проведение исследовательского интервью в отношении их веса, предпочтений в еде, способах коррекции веса, к которым они обращались на протяжении жизни.

Демографическая анкета включала информацию о возрасте, семейном положении, образовании и месте жительства.

Биометрические параметры и анамнестические данные собирались с помощью измерения веса и роста, исходя из которых высчитывался индекс массы тела и было произведено разделение на группы (нормальная масса тела – 18,5-24,9; 25-29,9-избыточный вес; 30 и более – ожирение.) У участников спрашивалось о возрасте появления избыточного веса, а также о том, каким образом они снижали вес (диета, вызывание рвоты, физические нагрузки, «кодировка», БАД, прием лекарственных препаратов), частота использования данных средств. Также выявлялась частота сниженного фона настроения, длительность эпизодов сниженного настроения, а также анамнестические данные в отношении избыточного веса и расстройств настроения у отца и матери.

Согласно критериям КП задавались вопросы относительно приступов переедания (потребление большого количества пищи), их частоты(не менее 2-х раз в неделю) в течении последних 6-ти месяцев и чувству психического дискомфорта, сопровождающее приступ переедания. (критерии DSMIV).

Результаты исследования. В изученном образце 38,6% женщин соответствовали критерия КП. И 45% отмечали подпороговые проявления КП. Согласно полученным данным у женщин, страдающих избыточным весом и компульсивным перееданием, матери страдали избыточным весом в 59,8% и 34,65% случаев без КП, 39,4% у отцов и без КП 47,1%. У женщин, страдающих КП, матери

имели злоупотребление в анамнезе алкоголем у 7,5% и у 3,8% без КП. Расстройства настроения у матерей при КП у 16% и без КП у 5,8%.

Состояние депрессии отмечали 56,6% лиц с КП (в прошлом 59,6%), у лиц без КП 37%. Суицидальные мысли чаще определялись у женщин с КП у 26,7% и у 3,9% без признаков КП. Индекс массы тела у женщин страдающих КП - 36,8 баллов, а у женщин без КП 36,5 баллов. Возраст набора веса у женщин с КП 18,1%, а без КП 25,1%. Для женщин, страдающих КП свойственно использование диет у 12,5% и у 4% лица без КП. Обращение за помощью по поводу снижения веса у 11% и у 1% без КП, подсчет ккал свойственен для лиц без КП у 71,4% и у 50% у лиц без КП. Физические упражнения, как способ нормализации веса свойственен 19% лицам без КП и 9,4% лицам с КП.

Выводы: среди женщин ,обращающихся за помощью в снижении веса, значительное количество имеет симптомы КП. Для женщин, страдающих компульсивным перееданием и избыточным весом по сравнению с женщинами ,имеющими избыточный вес ,без КП свойственно более ранний возраст набора веса .Наличие сопутствующих расстройств настроения и большей выраженности суицидальных мыслей и тенденций. Наличие отягощенной семейной истории особенно со стороны матери в отношении расстройств настроения и злоупотребления алкоголем. Также для женщин страдающих лишним весом и КП свойственно ограничительное пищевое поведение в частности склонность к соблюдению диет. Полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекции расстройств настроения у женщин, страдающих избыточным весом в сочетании с КП, а также формирование здоровых паттернов пищевого поведения с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии.

Источники литературы.

1. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп.//гл. ред. Т.Б. Дмитриева – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 512 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб: «АДИС». - 1994. – 304 с.
3. Скугаревский, О.А. Переедание: один синдром или разные диагнозы? (исследовательские замечания)//Актуальные вопросы психического здоровья: сб. научных работ. – Минск, 2005 - с. 162-164.
4. Spitzer, R.L. et al. Binge eating disorder: A multisite field of the diagnostic criteria.



//International Journal of Eating Disorders. - 1992. -Vol.11. - P.191-204.

5. Stunkard, A.J. Eating patterns and obesity.// Psychiatry Quarterly - 1959. - Vol . 33. - P. 284-295.

## **ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ СО СКЛОННОСТЬЮ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ**

*Спиркина Т.С., старший преподаватель*

*ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра клинической психологии, Москва*

alisaaa@list.ru

В связи с ростом компьютерных и интернет технологий, стала актуальной проблема интернет-зависимости, обозначенная за рубежом еще в начале 90-х гг. прошлого столетия (Shotton M., 1991; Griffiths M., 1995). Количество работ посвященных проблеме чрезмерного увлечения Интернетом с каждым годом увеличивается. Одним из направлений исследований, проведенных в рамках изучения данного феномена, является изучение форм семейных коммуникаций, где зависимым от Интернета является ребенок или подросток (Смирнова Е.А., 2011), и практически не затрагиваются вопросы семейных отношений, где интернет-зависимым является кто-либо из супругов.

Рассматривая зависимость от Интернета в контексте супружеских отношений, в основу данной работы было положено представление о семье с точки зрения системного подхода, где семья – это система, развивающаяся и функционирующая по своим законам и правилам (Варга А.Я., 2009). Согласно системному подходу, наличие проблемы в семье, к которой можно отнести и интернет-зависимость, проявляется в виде «симптома». Затрагивая всю систему целиком, существующий «симптом» не является проблемой только ее конкретного элемента, но, также свидетельствует о дисфункциональности семейной системы в целом (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2006).

Цель данного исследования – изучить параметры семейной системы (такие как сплоченность, удовлетворенность браком, ролевые ожидания и притязания и т.п.), где хотя бы у одного из супругов отмечается склонность к интернет-зависимости.

В исследовании приняло участие 55 супружеских пар (110 человек), в возрасте от 20 до 29 лет, состоящих в браке не менее одного года (средний стаж брака – 2 года).

Среди опрошенных супругов 34% жен и 74% мужей имели высшее образование, неполное высшее у 49% жен и 14% мужей и средне-специальное у 16% жен и 10% мужей от общей выборки.

Наиболее посещаемыми ресурсами Интернета испытуемые назвали социальные сети («odnoklassniki.ru», «vkontakte.ru» и т.д.) - их посещают 100% опрошенных супругов; 9% мужей и 5% жен отдают предпочтение сайтам игрового содержания; Интернет для работы (учебы) используют 63% мужей и 16% жен, бесцельно блуждают по Сети 42% мужей и 12% жен.

Можно предположить, что мужчины больше увлечены Интернетом, нежели женщины, используя его как для работы, так и для развлечений. Данное обстоятельство также подтверждается тем, что среди опрошенных супружеских пар, склонность к интернет-зависимости в большей степени преобладает у мужей (93,8%), чем у жен (6,2%).

Из 55 семейных пар было выявлено 16 (32 человека), где хотя бы у одного из членов семьи отмечалась склонность к возникновению зависимости от Интернета. Данные испытуемые составили экспериментальную группу исследования. В контрольную группу вошли 39 супружеских пар (68 человек) без склонности к интернет-зависимости.

Анонс исследования проводился в Интернете. Испытуемым, согласившимся участвовать в опросе, высылались набор методик, оформленных в программе «Excel» с сопроводительной инструкцией, а также анкета с демографическими вопросами.

В качестве методик использовались следующие:

- 1) Тест на «Интернет-зависимость» (К. Янг), адаптированный В. Буровой;
- 2) Опросник «Удовлетворенности браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко);
- 3) Методика «Типовое семейное состояние» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис);
- 4) Опросник «Анализ семейной тревоги» («АСТ») (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис);
- 5) Шкала «Семейной адаптации и сплоченности» («FACES-3») (Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави), адаптированная М. Перре;
- 6) Опросник «Рольевые ожидания и притязания в браке» (Волкова А.Н., Трапезникова Т.М.).

Обработка полученных данных проводилась с помощью статистического пакета «SPSS». Для изучения связи между явлениями использовался критерий Спирмена, а

для оценки различий между двумя независимыми выборками - критерий Манна-Уитни.

Проведенное исследование позволило сделать вывод о связи интернет-зависимости со шкалами: удовлетворенность ( $r=-0,410$ ,  $p<0,01$ ) опросника «Удовлетворенности браком», общая неудовлетворенность ( $r=0,191$ ,  $p<0,05$ ) опросника «Типовое семейное состояние», общая семейная тревожность ( $r=0,220$ ,  $p<0,05$ ) опросника «Анализ семейной тревоги», а также подшкалами «ролевых ожиданий» ( $r=-0,204$ ,  $p<0,05$ ) и «ролевых притязаний» ( $r=-0,261$ ,  $p<0,01$ ) родительско-воспитательской шкалы и подшкалы «ролевых ожиданий» ( $r=-0,250$ ,  $p<0,01$ ) шкалы социальной активности опросника «Рольевые ожидания и притязания в браке».

Исходя из полученных данных можно сказать, что чем выше показатели по интернет-зависимости, тем более выражены у супругов неудовлетворенность браком и семейная тревожность. Такие супруги не демонстрируют как собственной активной родительской позиции, так и не накладывают больших обязанностей в воспитании детей на мужа (жену). Наряду с этим, чем выше у супругов результаты по шкале интернет-зависимость, тем в меньшей степени они ориентированы на то, чтобы брачный партнер имел серьезные профессиональные интересы и играл важную общественную роль.

Сравнивая супругов экспериментальной и контрольной групп между собой, было показано, что жены из семей, где хотя бы один из супругов имеет склонность к интернет-зависимости значительно отличаются от жен из семей, не имеющих такой склонности тем, что они более неудовлетворены собственным браком ( $p<0,0001$  (опросник «Удовлетворенности браком»)). Мужья, в семьях которых кто-либо из супругов страдает проблемой чрезмерного увлечения Интернетом, в отличие от мужей, в семьях которых подобной проблемы не отмечается, в большей степени испытывают нервно-психическое напряжение ( $p<0,01$  (опросник «Типовое семейное отношение»)) и чувство собственной вины ( $p<0,05$  (опросник «Удовлетворенности браком»)).

Проведенный качественный анализ по вышеизложенным методикам позволил сказать, что у мужей и жен экспериментальной группы (где хотя бы один из супругов склонен к интернет-зависимости) наблюдается отсутствие выраженных ожиданий от партнера и установок на самостоятельное выполнение следующих функций и ролей: организация и ведение семейного быта, активная родительская

позиция, изменение эмоционального климата в семье, эмоциональная поддержка друг друга.

По своей структуре, такие семьи относятся к разобщенному типу сплоченности и хаотичному типу адаптации, т.е. к несбалансированному типу семейной системы (Olson, 2000). Структуру такой семьи можно описать так: в отношениях между супругами есть значительная дистанция, им сложно поддерживать близкие отношения, в результате чего, нарастает чувство тревоги, нет четкого распределения ролей, в связи с чем, супруги вынуждены принимать импульсивные решения. Именно такой тип семейной системы связан с возникновением и развитием «симптома» и, как следствие, к развитию дисфункциональности семьи (Черников А.В., 2001).

На сегодняшний день Интернет занимает значительное место в жизни современных молодых людей с довольно раннего возраста, затрагивая множество областей жизни, в том числе и семейную. В данной работе была осуществлена попытка изучить феномен интернет-зависимости с точки зрения семейного системного подхода, уделяя особое внимание супружеской подсистеме, поскольку особенности супружеских отношений во многом влияют на формирование и развитие «симптома», к числу которых относится и интернет-зависимость.

#### Список литературы

1. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. / М.: «Когито - Центр», 2009. – 181 с.
2. Смирнова Е.А. Особенности семейных коммуникаций при интернет-зависимости. // Материалы межведомственной научно-практической конференции «Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий» (Интернет-консультирование и дистанционное обучение) – М.: МГППУ, 2011. – С. 160-163.
3. Черников А.В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. — Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 97).
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. / СПб.: «Речь», 2006. – 352 с.
5. Griffiths, M. D. Technological addictions / Clinical Psychology Forum, 1995. – № 71. – Pp. 14-19.

6. Olson D.H. Circumplex Model of Marital and Family Systems. // Journal of Family Therapy, 2000. – Vol. 22. – Pp. 144-167.
7. Shotton, M. The costs and benefits of computer addiction. // Behaviour and Information Technology. – Taylor and Francis Group, 1991. – № 10. – Pp. 219–230.

## **ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК СПОСОБ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Трифонова Е.А.1,2, Ротарь О.П.3, Коростовцева Л.С.3, Иваненко В.В.3,  
Киталаева К.Т.3, Конради А.О.3, Шляхто Е.В.3, Алёхин А.Н.1*

*1Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
кафедра клинической психологии, Санкт-Петербург*

*2Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева, Лаборатория клинической психологии и  
психодиагностики, Санкт-Петербург*

*3Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова  
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Санкт-  
Петербург*

*Трифонова Е.А. – кандидат психологических наук, trifonovahelen@yandex.ru*

*Ротарь О.П. – кандидат медицинских наук, rotari\_oxana@mail.ru*

*Коростовцева Л.С. – аспирант.*

*Иваненко В.В. – аспирант.*

*Киталаева К.Т. – аспирант.*

*Конради А.О. – доктор медицинских наук, профессор, ahleague@mail.ru.*

*Шляхто Е.В. – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент  
РАМН, заслуженный деятель науки РФ, ahleague@mail.ru.*

*Алёхин А.Н. – доктор медицинских наук, профессор, termez59@mail.ru.*

Табакокурение признается в настоящее время одной из актуальных медико-социальных проблем в РФ, что обусловлено его значительной распространенностью, в особенности среди мужчин трудоспособного возраста, а также негативными последствиями для состояния здоровья активно и пассивно курящих (Заридзе Д.Г. и соавт., 2002; Камардина Т.В., 2004). По данным ВОЗ на 2005 год, в России курят 43,9

млн. взрослых граждан (61,3% мужчин и 15% женщин), что составляет ок. 35,8% населения страны (The European tobacco control report, 2007). При этом профилактика табакокурения, приводя к положительным эффектам, остается недостаточно результативной (Укрепление здоровья..., 2006), что связано с доступностью табака, противоречивостью официальных и неофициальных установок в отношении курения в обществе, отсутствием единой концепции профилактики. Важную роль играют также собственно психологические и психофизиологические механизмы поддержания данной формы поведения. Ассоциированность табакокурения с комплексом нейрофизиологических и психологических характеристик обуславливает устойчивость поведенческих стереотипов, направленных на поддержание психофизиологического гомеостаза (Heishman S., 1999). В зарубежных исследованиях показано, в частности, что у курящих людей имеются определенные особенности эмоционального и нейроэндокринного реагирования на стресс (Childs E, de Wit H., 2009), при этом курение может использоваться как средство саморегуляции эмоционального состояния в проблемных ситуациях, обеспечивая временное снижение психического дискомфорта с его последующим возрастанием (Parrott A., 1995). Недостаточность навыков эффективного преодоления стресса рассматривается как важное психологическое звено в формировании и поддержании зависимости от табакокурения (Лозовой В.В., 2009; Shadel W., Mermelstein R., 1993): стрессогенные события способны выступать в качестве триггеров рецидива у лиц, пытающихся отказаться от табака (Baer J., Lichtenstein E., 1988), а успешность совладания с провоцирующими ситуациями зависит в том числе от стратегий их преодоления (Marlatt G., Gordon J., 1985; Shiffman S. et al., 1997) и общей толерантности к эмоциональному и физическому дискомфорту, отражающей устойчивые тенденции реагирования на стресс (Battista S. et al., 2008).

В отечественных исследованиях преимущественное внимание уделяется проблемам формирования зависимости от табакокурения в подростковом возрасте и у учащейся молодежи (Лозовой В.В., 2009; Новикова Н.В., 2009). У курящих выявлена повышенная агрессивность, обнаружена связь между эмоциональным дистрессом, недостатком социальных и личностных копинг-ресурсов и началом табакокурения.

Накопленные к настоящему времени данные позволяют предположить значительную роль стиля совладания со стрессом в формировании поведения курильщиков, однако отечественные исследования по данной проблеме немногочисленны и ограничиваются подростково-юношеским контингентом. При

этом вне поля зрения оказывается наиболее активно курящая часть российского населения – лица 20-40 лет. В этом возрасте чаще, чем в подростково-юношеский период отмечаются сформированная зависимость от табакокурения и стереотипизация данного поведения. Это позволяет предположить и наличие специфических для ранней взрослости психологических механизмов поддержания аддикции, знание которых позволило бы расширить возможности современных программах профилактики и психологического сопровождения процесса отказа от курения.

Вышеизложенное определило цель настоящего исследования: оценка роли табакокурения в структуре стресс-преодолевающего поведения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2008 году в рамках скрининговой программы выявления факторов кардиометаболического риска среди лиц трудоспособного возраста. Выборку составили работники одного из банков Санкт-Петербурга. Первичное обследование было проведено непосредственно на рабочих местах с информированного согласия участников.

В исследовании использовались следующие методы и методики:

- 1) Структурированное интервью, направленное на получение информации об образе жизни, опыте табакокурения, наследственности, соматическом статусе.
- 2) «Методика для оценки стиля стресс-преодолевающего поведения» («Coping inventory for stressful situations» – CISS) N. Endler, J. Parker (1990) в адаптации Т.Л. Крюковой (2004).
- 3) Математико-статистические методы: методы описательной статистики (частоты, среднее, стандартное отклонение, стандартная ошибка среднего); методы сравнительного анализа (параметрический критерий  $t$  Стьюдента для количественных переменных); метод оценки нормальности распределения показателей (критерий Колмогорова-Смирнова).

Было обследовано 384 человека – 107 мужчин и 277 женщин в возрасте от 20 до 39 лет (средний возраста  $31,4 \pm 4,9$  лет). Среди женщин: 59,9% – никогда не курили, 12,3% – отказались от табакокурения (более полугода назад), 27,8% – курят. Аналогичное соотношение у обследованных мужчин: 54,2%, 17,8% и 28%. Достоверных различий в распределении курящих, отказавшихся от табакокурения и никогда не куривших среди мужчин и женщин выявлено не было. Доля курящих среди мужчин в обследованной выборке оказалась существенно меньше, чем в

среднем среди мужского населения РФ, а доля курящих женщин – выше, что, по-видимому, связано со спецификой обследованной группы.

Результаты и их обсуждение. Сравнение предпочитаемых копинг-стратегий (по методике CISS) у мужчин с разным опытом табакокурения позволило установить следующие особенности выделенных подгрупп. Курящие молодые мужчины обладают менее богатым репертуаром копинг-стратегий: они достоверно реже, чем их никогда не курившие сверстники используют стратегию избегания (показатель по шкале избегания  $38,8 \pm 1,64$  vs.  $43,2 \pm 1,13$  у никогда не куривших,  $p < 0,05$ ), а также менее склонны прибегать к поиску поддержки других людей и общению, чем мужчины, сумевшие отказаться от табакокурения (показатель по шкале социального отвлечения  $12,4 \pm 0,81$  vs.  $15,3 \pm 0,84$  у бросивших курить,  $p < 0,05$ ). Также на уровне тенденции отмечается более редкое использование курящими мужчинами стратегии, предполагающей тщательный анализ ситуации, планирование и активную реализацию действий по разрешению проблемной ситуации (показатель по шкале решения задач  $56,3 \pm 2,2$  vs.  $60,7 \pm 0,80$  у никогда не куривших,  $p = 0,06$ ).

В женской подгруппе были выявлены противоположные различия: курящие женщины достоверно чаще, чем никогда не курившие, используют стратегию избегания (показатель по шкале избегания  $46,5 \pm 0,86$  vs.  $44,3 \pm 0,69$  у никогда не куривших,  $p < 0,05$ ) и на уровне тенденции – стратегию отвлечения (показатель по шкале отвлечения  $20,3 \pm 0,49$  vs.  $19,2 \pm 0,38$  у никогда не куривших,  $p = 0,07$ ): то есть чаще игнорируют и уклоняются от мыслей о проблемной ситуации, склонны искать способы снижения эмоционального напряжения, переключения внимания на другие виды деятельности и развлечения. Каких-либо особенностей стиля совладания со стрессом у женщин, отказавшихся от табакокурения, выявлено не было.

Таким образом, в исследовании были выявлены различия в стиле стресс-преодолевающего поведения между курящими и никогда не курившими. Вместе с тем различия оказались неодинаковыми в группе мужчин и женщин.

У женщин активное табакокурение связано с выраженностью стратегии избегания и входящего в его структуру отвлечения, что позволяет предположить использование курения именно в контексте осознанных попыток снижения эмоционального напряжения в проблемных ситуациях через переключение внимание на другие аспекты жизнедеятельности, развлечения, отдых, сон и т.п. Фактически, репертуар стратегий совладания со стрессом у курящих женщин – шире, но преимущественно



за счет различных вариантов уклонения от решения проблемы и самоотвлечения, включая курение.

У мужчин, напротив, табакокурение связано с недостаточностью навыков совладающего со стрессом поведения, как проблемно-ориентированного, так и ориентированного на отвлечение: курящие мужчины не склонны тщательно анализировать проблемные ситуации, планировать свои действия и оценивать возможные варианты преодоления трудностей на основании личного опыта. При этом они также не ищут отвлечения от проблемы. Выявленное различие, по-видимому, является свидетельством недостаточной целенаправленности и гибкости поведения курящих мужчин в стрессовых ситуациях. Можно предположить, что, прибегая к курению в проблемной ситуации, мужчины делают это, в отличие от женщин, скорее импульсивно, чем осознанно, возможно, не в полной мере отдавая себе отчет в наличии эмоционального напряжения.

Примечательно также, что только в группе мужчин была обнаружена зависимость между стилем стресс-преодолевающего поведения (предпочтением стратегии социального отвлечения) и успешным отказом от курения. С одной стороны, склонность к обращению за социальной поддержкой и поиск отвлечения от проблем в общении могут выступать в качестве замещения табакокурения после отказа от него (общение и поддержка при этом компенсируют те функции, которые выполняло курение). С другой стороны, само предпочтение стратегии социального отвлечению указывает на большую зависимость данной подгруппы мужчин от социального окружения, возможно, большую подверженность его влиянию, в том числе поощрению отказа от курения (например, со стороны близких, семейного окружения).

Полученные результаты согласуются с данными других исследований о различиях в паттернах и психологических механизмах формирования аддиктивного поведения у курящих мужчин и женщин (Waldron I., 1991; Gritz E., Nielsen I., Brooks L., 1996; McKee S. et al., 2003) и могут лечь в основу индивидуализированных программ отказа от курения.

## Литература

1. Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. и др. Курение: главная причина высокой смертности в Российской популяции // Вестник Российской Академии Медицинских наук. 2002. № 9. С. 40-45.

2. Камардина Т.В. Современное состояние проблемы табакокурения и возможные пути ее решения // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2004. №5. С. 46-58.
3. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2004.
4. Лозовой В.В. Медико-психологические и психосоциальные характеристики табакокурения и употребления алкоголя у школьников: Дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009.
5. Новикова Н.В. Психофизиологические особенности формирования копинг-стратегий у клинически здоровых лиц молодого возраста с учетом профиля вуза: взаимосвязь с табакокурением как фактором риска развития артериальной гипертензии: Дисс. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2009.
6. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации / Под ред. И.С.Глазунова и S. Stachenko. – CINDI. Россия. 2006.
7. Baer J.S., Lichtenstein E. Classification and prediction of smoking relapse episodes: an exploration of individual differences // *J Consult Clin Psychol*. 1988 V.56. №1. P.104-110.
8. Battista S.R., Stewart S.H., Fulton H.G. et al. A further investigation of the relations of anxiety sensitivity to smoking motives // *Addict Behav*. 2008. V.33. №11. P.1402-1408.
9. Childs E., de Wit H. Hormonal, cardiovascular, and subjective responses to acute stress in smokers // *Psychopharmacology (Berl)*. 2009. V.203. №1. P.1-12.
10. Endler N.S., Parker J.D.A. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. – Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1990.
11. Gritz E.R., Nielsen I.R., Brooks L.A. Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological, and behavioural factors // *Journal of American Medical Women's Association*. 1996. V.51. P.35-42.
12. Heishman S.J. Behavioral and cognitive effects of smoking: relationship to nicotine addiction // *Nicotine Tob Res*. 1999. V.1 Suppl 2. S143-147.
13. Marlatt G.A., Gordon J.R. (Ed.). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1985

14. McKee S.A., Maciejewski P.K., Falba T., Mazure C.M. Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status // *Addiction*. 2003. V.98. P.847-855.
15. Parrott A.C. Stress modulation over the day in cigarette smokers // *Addiction*. 1995. V.90. №2. P.233-244.
16. Shadel W.G., Mermelstein R.J. Cigarette smoking under stress: The role of coping expectancies among smokers in a clinic-based smoking cessation program // *Health Psychology*. 1993. V.12. №6. P.443-450.
17. Shiffman S., Hickcox M., Paty J.A. et al. Individual differences in the context of smoking lapse episodes // *Addict Behav*. 1997. V.22. №6. P.797-811.
18. The European tobacco control report 2007. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
19. Waldron I. Patterns and Causes of Gender Differences in Smoking // *Social Science and Medicine*. 1991. V.32. №9. P.989-1005.

## **ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

### **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

*Арина Г.А., старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им.Ломоносова,*

*Иосифян М.А., соискатель на степень кандидата психологических наук*

*Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, кафедра нейро-и патопсихологии, Москва*

Ценность здоровья является одной из ключевых психологических переменных, оказывающих влияние на профилактически направленное или рискованное поведение человека. Данные исследований ценности здоровья используются для разработки профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни.

В рамках культурно-исторического подхода в клинической психологии телесности ценность здоровья изучается с помощью модели , включающей три категории феноменов : когнитивные (представления о здоровье), аффективные

(эмоциональное отношение к здоровью) и мотивационные (побудительные по отношению к поведению).

В данном эмпирическом исследовании ценность здоровья рассматривается как системное звено в иерархии ценностей, развивающееся под влиянием микро- (семья) и макро (культура) -социальных факторов. Подростковый период является этапом активного освоения и присвоения ценностно-смысловой системы представлений и, в частности, о здоровье; поэтому в качестве респондентов выступили три группы подростков : российские подростки- здоровые и страдающие психопатоподобным расстройством, а также американские школьники, проживающие в России.

Обнаружилось, что представления о факторах, влияющих на здоровье, различаются у российских и американских подростков. Первые отмечают важность влияния факторов внешнего локуса контроля здоровья (экология, погода, государство, забота родителей и т.д.), вторые – значимость факторов внутреннего локуса контроля здоровья(собственное отношение к здоровью, собственное поведение, образ жизни и т.д.). Возможно, полученные результаты отражают характерные для российской и американской популяций стереотипы личной ответственности за здоровье.

Когнитивные представления подростков о ценности здоровья не всегда совпадают с эмоциональным отношением к ней. Так, при декларированном негативном отношении к вредным привычкам российские подростки проявляют эмоционально позитивное отношение к ним в ситуациях удовлетворения гедонистических потребностей.

Подростки с психопатоподобным синдромом при декларируемом формальном отказе от вредных привычек на эмоциональном уровне окрашивают их позитивным смыслом, делая их частью самопринятия. Данный факт, с одной стороны, отражает диффузность и неразвитость их представлений о здоровье, с другой стороны, патологическое стремление к самоутверждению.

В ситуациях риска для здоровья подростки вне зависимости от культурной принадлежности демонстрируют пассивную позицию (склонность переложить ответственность на окружающих, отсутствие активности). Подростки готовы приступить к активным действиям только в случае фрустрации иных- важных- для них ценностей , а именно : у американских подростков – ценности достижений, у

российских подростков – фрустрации гедонистических желаний, у подростков с психопатоподобным синдромом – возможности экспансивного самоутверждения.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ И ЮНОШЕЙ С ПСИХОПАТОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ**

*Арина Г.А., старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии  
факультета психологии МГУ им.Ломоносова,*

*Иосифян М.А., соискатель на степень кандидата психологических наук*

*Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, кафедра  
нейро-и патопсихологии, Москва*

[m.a.iosifyan@gmail.com](mailto:m.a.iosifyan@gmail.com)

Современная клиническая психология делает особый акцент на исследовании поведенческих переменных, имеющих решающее значение для понимания профилактически мотивированного поведения. Одним из ключевых факторов влияния психических переменных на профилактически направленное или рисковое поведение является ценность здоровья. Формирование ценности здоровья как одного из психологических конструктов, наиболее значимо влияющих на поведение, связанное со здоровьем, по-разному проходит в норме и патологии [Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980г] .

Ценность здоровья в данном исследовании изучается с помощью эмпирической модели [Арина Г.А, 2006г.], включающей в себя следующие компоненты: ценностные представления о здоровье, эмоциональное отношение к здоровью и собственно регуляторные механизмы (побудительная функция ценности здоровья по отношению к поведению). Разработан методический аппарат, позволяющий исследовать ценность здоровья в рамках описанной модели у здоровых юношей и юношей с психопатоподобным синдромом. Выдвинута гипотеза эмпирического исследования : ценность здоровья является важным психологическим конструктом (влияющим на поведение), формирование и структура которого различается в норме и патологии.

В данном исследовании изучались особенности функционирования ценности здоровья в рамках патологической мотивационной структуры личности при психопатиях.

В исследовании приняли участие 16 здоровых юношей и 16 юношей с психопатоподобным синдромом (возрастом от 15 до 17 лет).

При изучении ценности здоровья в данной работе исследованы как ее положение в *иерархии ценностей*, так и ее структура и компоненты. Была создана специальная методика, позволяющая оценить положение ценности здоровья среди других 6 ценностей, актуальных в подростковом возрасте (выделенные А.Маслоу). Анализ результатов методики «Оценка значимости ценностей» показал, что здоровье у здоровых юношей, как правило, является одной из наиболее важных ценностей по сравнению с другими ценностями (безопасности, удовольствий, достижений, привязанности, самоутверждения, самоуважения). В отличие от них, для юношей с психопатоподобным синдромом ценность здоровья часто «приносится в жертву» ради более важных для данных подростков ценностей удовольствия, достижения и *самоутверждения* как лидирующей ценности.

Анализ *представлений* юношей о здоровье с помощью модифицированной методики «неоконченные предложения» позволил получить следующие результаты: в отличие от здоровых юношей, определения здоровья юношей с психопатоподобным синдромом часто похожи на штампы и шаблонные выражения, формальное обозначение важности здоровья соседствует с отсутствием конкретных представлений о бытовой значимости здоровья.

*Представления* юношей о факторах, влияющих на здоровье, исследованы с помощью специально созданного опросника «Представления о факторах, влияющих на здоровье». Представления здоровых юношей по данным методики имеют неоднородную структуру, состоящую из следующих кластеров: «семья», «вредные привычки», «образ жизни», «внешние и внутренние факторы, влияющие на здоровье». К наиболее значимым для здоровья юноши относят факторы вредных привычек (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков), а также факторы экологии среды, микросоциальных групп и социальных институтов. К наименее значимым для здоровья юноши относят факторы внутреннего локуса контроля (собственные мысли и чувства, поведение, внешность, отношение к здоровью).

В отличие от здоровых юношей, представления о факторах, влияющих на здоровье у юношей с психопатоподобным синдромом, диффузны и не структурированы относительно значимых и малозначимых факторов, влияющих на здоровье. Юноши с психопатоподобным синдромом демонстрируют отрицание значимости факторов вредных привычек на здоровье, предпочитая делать акцент на значимости факторов образа жизни, о которых у них имеется поверхностное, формальное представление.

Особенности частично осознаваемого *эмоционального отношения* к факторам, влияющим на здоровье, исследованы с помощью модифицированного Цветового Теста Отношений [А.М.Эткинд]. В данной работе будет описано эмоциональное отношение подростков только к факторам вредных привычек. На уровне представлений о факторах, влияющих на здоровье, здоровые юноши декларируют высокую значимость факторов вредных привычек для здоровья. Эмоциональное отношение юношей к данным факторам характеризуется позицией отказа от вредных привычек с признаками амбивалентного отношения к ним.

В отличие от здоровых юношей, на уровне представлений о факторах, влияющих на здоровье, юноши с психопатоподобным синдромом не относят факторы вредных привычек к значимым для здоровья. Эмоциональное отношение к данным факторам у юношей с психопатоподобным синдромом характеризуется широким и разнообразным спектром ощущений : от стремления к удовлетворению собственных потребностей по средствам вредных привычек до коммуникативной значимости вредных привычек для данных юношей.

Мотивационный или регуляторный аспект ценности здоровья исследован с помощью специально созданных методик «Рисуночный тест ситуаций» и «Здоровье как один из параметров идентичности». Данные методики позволили выявить особенности отношения к себе как к здоровому человеку, тактики поведения подростков в фрустрирующей ситуации, связанной с риском для здоровья.

Ценностное отношение к себе как к здоровому человеку у здоровых юношей заключается в описании себя как активного человека, имеющего различные личностные интересы, связанные со спортом, здоровым образом жизни. В отличие от здоровых юношей, юноши с психопатоподобным синдромом, описывая себя как здорового человека, предъявляют формальный, социально желательный образ Я. При этом, для данных подростков важно самоутверждение и экспансивное поведение даже в тех сферах жизни, в которых они наталкиваются на сильные

препятствия и проблемы. В фрустрирующей ситуации, связанной со здоровьем и рисками для здоровья, юноши с психопатоподобным синдромом склонны проявлять пассивность. В качестве тактики поведения в подобных ситуациях для разрешения конфликта они выбирают формальное признание собственной вины.

*Таким образом,* искаженная мотивационная структура личности при психопатиях характеризуется особенностями представлений о здоровье, связанными с не критичным отношением к роли вредных привычек, отсутствием структурированных представлений о факторах, влияющих на здоровье, низкой значимостью ценности здоровья в связи с высокой значимостью ценности экспансивного самоутверждения и гедонистических потребностей. У юношей с психопатоподобным синдромом формальное и социально желательное декларирование важности здоровья выступает как псевдорациональное представление, выполняющее защитную функцию, скрывающее диффузность и неразвитость представлений данных подростков о здоровье. Полученные данные совпадают с исследованиями личности при психопатиях, проведенными в рамках отечественной школы патопсихологии [Б.В.Зейгарник, Б.С.Братусь].

**СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗЕЙ АНТИЦИПАЦИОННЫХ  
СПОСОБНОСТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПОДРОСТКОВ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ  
РАЗРАБОТКИ И АПРОБАЦИИ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ «ЗАКОНЧИ  
СКАЗКУ».**

*Бабушкина М.А., медицинский психолог*

*Наркологическая клиническая больница №17, 5 наркологическое отделение,  
Москва*

kisaaska@mail.ru

Исследование и диагностика копинг-поведения у детей на сегодняшний день мало разработаны. Цели исследования – выявление особенностей совладающего поведения у детей из неблагополучных семей, а также разработка и апробация проективной методики «Закончи сказку» для диагностики копинг-стратегий в подростковом возрасте. Исследователи копинг-поведения считают связь между взрослением и совладающим поведением чрезвычайно сложной. По мнению



некоторых авторов, развитие и становление личности делают копинг-поведение более успешным, совершенствуя его стратегии. Существует опасность формирования деструктивного копинга для подростков, из неблагополучных семей, исходные возможности которых ещё более ограничены в силу дезадаптации. Исследование механизмов копинга, личностных особенностей и условий социальной среды, лежащих в основе формирования нарушений поведения подростков, помогло бы разрабатывать более целенаправленные программы по профилактике нарушений поведения и выработке продуктивных копинг-стратегий.

В данной работе была предпринята попытка использования проективных механизмов сказки для диагностики копинг-стратегий в подростковом возрасте, причем каждая сказка ориентирована на определенную проблему, которые являются актуальными для подростков. Типичными для возрастной группы подростков являются следующие сферы трудностей: учебная деятельность, материальные проблемы, семья, взаимоотношения со сверстниками, взаимоотношения с взрослыми, личное будущее, глобальные проблемы, самооценка, здоровье [3]. Настоящее исследование является фрагментом масштабного проекта по разработке пакетов методики для отдельных возрастных периодов развития в детском и подростковом возрасте. Гипотеза исследования: подростки из неблагополучных семей будут использовать непродуктивные копинг-стратегии для преодоления жизненных проблем.

Существуют различия в восприятии стрессоров социально-адаптированными и подростками с риском социальной дезадаптации. Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский (2003), исследуя копинг-поведение подростков, разработали три теоретические модели.

Модель активного адаптивного функционального копинг-поведения.

Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения. Основные признаки данной модели характеризуются сочетанием в использовании как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий, базисной копинг-стратегий поиска социальной поддержки в качестве ведущей; повышенным удельным весом стратегий, не соответствующих возрасту.

Модель пассивного, дисфункционального копинг-поведения. Характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием детских копинг-стратегий, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей используется копинг-

стратегия избегание. Преобладает мотивация избегания неудачи. Неготовность к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме, оценка ее как угрозы; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведения [6].

Конфликты и противоречия с социумом подростка из неблагополучной семьи ограничивают его в использовании адаптивного поведения при разрешении сложных жизненных ситуаций [5]. Можно предположить, что сознательно-выбираемые стратегии поведения также будут дезадаптивными и будут относиться к непродуктивному стилю совладающего поведения.

В результате обследовано 57 учащихся общеобразовательных школ и специализированных школ, средний возраст - 15 лет. Подростки были разделены на основную группу (28 человек), в которые вошли дети из неполных семей, дети, проживающие в тяжелых жилищных условиях с одним родителем, дети, чьи родители лишены или находятся под угрозой лишения родительских прав, и контрольную группу (29 человек), в которую вошли дети из благополучных семей. Используются следующие диагностические методики: «Шкала дифференциальных эмоций» (ШДЭ) К. Изарда и соавт. в адаптации А.Б. Леоновой и А.С. Кузнецовой (1987) [2], «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) Р. Плутчика и соавт. в адаптации СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева (2005) [1], «Юношеская копинг-шкала» (ЮКШ), адаптированная Т.Л. Крюковой (2007) [4], и оригинальная проективная методика исследования копинг-стратегий «Закончи сказку».

Основные результаты.

Подростки из неблагополучных семей чаще прибегают к стратегии «духовность», «чудо», «несовладание», «общественные действия», «самообвинение», «профессиональная помощь», реже используют стратегии «социальная поддержка», «решение проблемы», «беспокойство», «друзья», «позитивный фокус», «отвлечение». У подростков из неблагополучных семей показатель механизма психологической защиты «компенсация», «интеллектуализация» и «реактивное образование» достоверно выше, чем в группе контроля. Обратная закономерность отмечается с показателем механизма психологической защиты «проекция», который достоверно выше у условно-благополучных подростков. Сравнительный анализ особенностей эмоциональной сферы показал, что подростки из неблагополучных семей больше переживают негативные и тревожно-депрессивные эмоции, чем подростки из благополучных семей. Показатель по копинг-стратегии «духовность» у

подростков из неблагополучных семей положительно связан с показателями негативных эмоций. В целом показатели по непродуктивному стилю совладания у подростков из неблагополучных семей положительно связаны с показателями тревожно-депрессивных эмоций, то есть чем чаще эти подростки прибегают к использованию непродуктивных стратегий, тем более выражены у них эмоции тревожно-депрессивного спектра. В частности, такие стратегии как «несовладание», «разрядка», «игнорирование», «уход в себя» положительно коррелируют с показателями тревожно-депрессивных эмоций.

Анализ результатов апробации методики «Закончи сказку» показал, что сказки №9 (проблема личного будущего), №2 (материальные проблемы) и №4 (проблема взаимоотношений в семье) имеют наибольшее количество корреляционных связей с методикой «Юношеская копинг – шкала». Надежные данные, полученные с помощью разрабатываемой методики, свидетельствуют о неэффективности совладающего поведения подростков из неблагополучных семей именно в ситуациях, отражающих проблемы связанные с основными функциями семьи. То есть можно говорить о чувствительности разрабатываемой методики к стратегиям, применяемым к конкретным проблемным ситуациям.

Предложенный комплекс методик, апробированный в работе, может широко применяться в диагностической работе для прогнозирования механизмов адаптации подростков. Полученные результаты дают возможность планировать целенаправленную стратегию помощи подросткам; описанные закономерности совладания могут быть широко применены в практике психологического консультирования, стать основой для разработки психопрофилактических программ.

### **Литература**

- 1.Вассерман Л.И. «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей» - СПб: СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева , 2005.
- 2.Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб: Питер, 1999.
- 3.Крюкова Т.Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26. - №2.
- 4.Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: Три копинг-шкалы. - Кострома: Авантитул, 2007.
- 5.Михайлычева И.В. Копинг-поведение младших подростков с различными рисками девиантного поведения: Дисс. ... канд. психол. наук, Кострома, 2008.

6.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические, методологические и практические основы альтернативной употреблению наркотиков активности несовершеннолетних и молодежи. - М.: РИО ННЦ наркологии, 2003.

## **СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИЛИ ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Боровкова Е.Ю.*

*Казанский Государственный Медицинский Университет, кафедра медицинской и общей психологии, Казань*

[Eugenia.Borovkova@yandex.ru](mailto:Eugenia.Borovkova@yandex.ru)

По современным статистическим данным отмечается высокий рост рождаемости детей с нарушениями развития физического и психического, увеличивается показатель заболеваемости детей, приводящей к инвалидизации ребенка или хронической патологии. Готовность семьи принять заболевание ребенка недостаточно высока для создания благоприятных реабилитационных и развивающих условий для самого ребенка. Неожиданность случившегося приводит к поведенческой дезориентации родителей, ведет к превращению данной семьи в закрытую систему и нарушению ее нормального социального функционирования, ограничению развития и социализации ребенка.

Семья представляет собой систему действий и отношений, необходимых для существования и развития общества.

Возникновение представления о семье как о системе привело к пониманию того, что в ней все взаимосвязано, что она является единым целым, единым психологическим и биологическим организмом.

Стресс в семейном контексте – особо значимая для личности ситуация. Ощущение дискомфорта, переживание напряжения и негативных эмоций всеми членами семьи, нарушение межличностных контактов, угроза утраты значимых семейных ценностей – это перечень факторов, определяющих психологическое неблагополучие и плохое самочувствие личности в семье.

Способность семьи к успешному разрешению стрессовых ситуаций зависит не только от общей семейной атмосферы и сплоченности между ее членами, но и от индивидуально-личностных качеств каждого из родителей.

Центральными понятиями в данном вопросе становятся такие, как психологическая защита, антиципационная состоятельность и совладающее поведение (копинг).

Психологическая защита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.

Антиципационная состоятельность или прогностическая компетентность - способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением.

Копинг-поведение подразумевает индивидуальный способ совладания человека с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в его жизни и с личностно-средовыми ресурсами, которые во многом определяют поведение человека.

Таким образом, прогностическую компетентность, механизмы психологической защиты и копинг-поведение можно рассматривать, как комплекс ресурсных состояний личности, при помощи которых происходит процесс совладания со стрессом.

Мысленная преднастройка своему будущему поведению определяет уровень адаптивности человека в той или иной ситуации, способствует систематизации имеющихся в арсенале личности паттернов решения проблем и успешной регуляции поведения.

Взаимосвязь прогностической компетентности и копинг-поведения занимает особое место в адаптационных способностях личности. Находясь в прямой взаимосвязи со свойствами личности, обеспечивающими успешную адаптацию, высокий уровень развития антиципации, она будет способствовать выбору активного стиля реагирования, сохраняющего целостность личности и адекватное реагирование на различные ситуации окружающей среды.

В связи с этим целью исследования является выявление специфики взаимосвязей между антиципационной состоятельностью (способностью к прогнозированию), совладающим поведением (защитные механизмы личности и копинг) и

особенностями личности родителя, имеющего ребенка с хроническим или острым заболеванием в сравнительном аспекте.

В качестве методов исследования будут применены следующие методики: тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича; Опросник способов совладания Лазаруса – Фолкмана; СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности); Диагностика типологий психологической защиты Р. Плутчика (в адаптации Л.И. Вассермана).

Полученные результаты помогут оптимизировать процесс адаптации родителей к заболеванию ребенка и новым условиям жизни семьи в целом, а также будут являться полезным научным вкладом в разделы общей, медицинской и специальной психологии.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ И НЕВРОЗАМИ**

*Вейц А.Э., врач-психоневролог, Сумгаитский психоневрологический диспансер*

[veyts@mail.ru](mailto:veyts@mail.ru)

Эмоциональное благополучие имеет первостепенное значение для социально-личностного становления ребенка, поскольку неумение найти продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности [1]. В связи с этим актуальным представляется анализ особенностей механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, имеющих важное значение в формировании эмоционального благополучия детей [ 2-5]. Способность защитить себя, справиться с внутренним и внешним дискомфортом, умение принимать самостоятельные решения зависят от зрелости «Я». По тому, умеет ли ребенок или подросток эффективно применять копинг-стратегии-целенаправленные и потенциально сознанные действия или же ограничивается лишь психологической защитой, включающейся автоматически и неосознанно, можно судить о его эмоциональной зрелости [6].

С целью исследования возрастной динамики детей мы провели сравнительный анализ копинг-поведения и психологических защит, применяемых детьми младшего

школьного возраста и подростками с невротоподобным синдромом, обусловленным органической патологией ЦНС и невротами.

Результаты опросника копинг-стратегий детей школьного возраста, адаптированного Н.А.Сиротой и В.М.Ялтонским и тематических плакатов из серии «Психологический инструментарий на каждый день», разработанных Г.Б.Мониной и Е.К.Лютовой –Робертс показали, что **дети с невротоподобным синдромом** чаще всего используют стратегии «обнимаю, прижимаю глажу» и «играю во что-нибудь». Причем, девочки из этой группы чаще всего «мечтают, представляют себе что-нибудь», «обнимают, прижимают, гладят», «играют », «вопят и кричат». Наименее используемыми стратегиями у девочек являются «занимаюсь спортом «и »гуляю». Мальчики «обнимают, прижимают, гладят», «просят прощения», «говорят сами с собой» и «говорят с кем-нибудь», что свидетельствует о большей социальной приспособленности мальчиков с органической патологией ЦНС по сравнению с девочками.

**Подростки с невротоподобным синдромом** предпочитают «оставаться в одиночестве», «мечтать, представлять себе что-нибудь», «думать об этом», «смотреть телевизор», «слушать музыку», что подтверждает еще большее углубление их интровертированности по сравнению с младшими школьниками этого возраста, уход в себя. Они не используют стратегий, направленных на решение проблемы. Предпочитаемые ими стратегии характеризуют интровертированный пассивный тип личности, входящего в группу риска.[2] Это же подтверждают предпочитаемые ими психологические защиты, выявленные в результате исследования, проведенного по опроснику Келлермана-Плутчика , где видно, что подростки с невротоподобным синдромом чаще всего используют проекцию, ведущую к патологическому развитию личности по параноидному типу, одним из ведущих проявлений которого является уход в себя.

По сравнению с подростками с невротами, подростки с невротоподобным синдромом чаще используют стратегии «есть или пить», «кусать ногти или ломать суставы пальцев», «дразнить кого-то», «прятаться», «убегать», «зажмуриваться», «принимать душ», т.е дезадаптивные стратегии и стратегии, направленные на восстановление физических сил, но не на решение проблем .Самыми эффективными стратегиями в этой группе признаны: «слушать музыку»(расслабление) и «думаю,

как отомщу». Конструктивных действий подростки с неврозоподобным синдромом не предпринимают.

**Дети с неврозами** чаще всего в трудных ситуациях «рисуют,пишут,читают» (мальчики отдают предпочтение этой стратегии наравне с девочками) и «мечтают,представляют себе что-нибудь» (мальчики это делают достоверно чаще девочек, что подтверждает более развитое воображение у мальчиков этой группы и преобладание у них психологической защиты по типу «замещение»).Также мальчики с неврозами в трудных ситуациях «едят или пьют»и «принимают душ», т.е используют стратегии посредством восстановления физических сил. Реже дети этой группы обоих полов используют дезадаптивные стратегии «кусаю ногти или ломаю суставы пальцев», «стискаю зубы»(мальчик и делают это чаще девочек) , указывающие на интрапунитивный тип реакции (агрессия направлена на себя), по нашим данным, характерный для детей с неврозами младшего школьного возраста. Но лишь малая часть детей нашла мужество признаться в этом.

**У подростков с неврозами** наиболее часто используемыми стратегиями явились «сплю», «остаюсь в одиночестве», ««мечтаю, представляю себе что-нибудь», «смотрю телевизор», «бью, ломаю, швыряю вещи». Причем, по последней стратегии они значительно превосходят сверстников с неврозоподобным синдромом. Здесь сказывается тот факт, что наряду с интровертированным пассивным типом личности, среди подростков с неврозами наблюдается интровертированный активный тип, склонный к неуправляемой агрессии на фоне общей астенизации. При заострении черт, свойственных этому типу личности у подростков и углублении конфликта между «должен» и «могу» [1] может развиваться акцентуация характера по астено-невротическому типу, [7], для которой свойственна повышенная утомляемость, астения с одной стороны и раздражительность, вспышки агрессии по незначительному поводу-с другой. В запущенных случаях это ведет к неврастению. Самая эффективная стратегия в этой группе-«сплю», призванная снять напряжение, тревогу, освободиться от страхов. И ведущими защитами у подростков с неврозами являются вытеснение и гиперкомпенсация ( стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности), для которой характерна очень низкая самооценка, склонность к самообвинению, болезненное реагирование на мнение окружающих, страх перед необходимостью вступать в контакты с незнакомыми людьми. Эту защиту применяют подростки с тревожным



типом личности, при заострении черт которой проявляется акцентуация характера по сенситивному типу, что в дальнейшем может привести в патологическому развитию личности по тревожному типу [8].

При гендерном сравнении девушки-подростки с неврозоподобным синдромом чаще всего «мечтают, представляют», «просят прощения», «слушают музыку» а юноши чаще «смотрят телевизор», «думают об этом», «думают, как отомстят», «остаются одни», т.е. девушки в подростковом возрасте становятся более коммуникабельными, чем юноши, которые еще более замыкаются в себе, не используют ни одной конструктивной стратегии, а наоборот, становятся еще более интровертированными, что ведет к развитию расстройства личности по шизоидному типу.

У девушек-подростков с неврозами нет явных предпочтений. Они «рисуют, пишут, читают что-нибудь» и «плачут, грустят», «стараясь расслабиться, оставаться спокойными» и «бьют, ломают или швыряют вещи», а юноши чаще всего «спят», «остаются одни», «смотрят телевизор» и «занимаются спортом». По последней стратегии они значительно превосходят девочек и сверстников с неврозоподобным синдромом, т.е. могут более эффективно справиться с неблагоприятной ситуацией.

Итак, для преодоления трудностей дети с неврозоподобным синдромом применяют стратегии, позволяющие расслабиться путем телесного контакта, с помощью механизма идентификации (игра), с помощью «очищения души»- «прошу прощения или говорю правду» и «говорю с кем-нибудь». Причем последние две стратегии используют мальчики, более адаптированы к трудностям, нежели девочки этой группы. Но стратегии, дающие возможность выплеснуть отрицательную энергию наружу, дети этой группы не применяют, поэтому полностью расслабиться и освободиться от негатива они не могут, отсюда-их внутренняя напряженность. Эти же проблемы и у детей с неврозами, которые также не применяют стратегии с выходом отрицательной энергии наружу, а наоборот, загоняют ее все глубже внутрь (интрапунитивные реакции).

**При изучении возрастной динамики применения психологических защит** выявилось, что по сравнению с детьми с неврозоподобным синдромом, подростки этой группы достоверно чаще используют защиту проекция, характерную для интровертированных личностей, ведущую к патологическому развитию личности по

параноидному типу, что доказывает, что черты интроверсии к пубертатному возрасту еще более заостряются. Также в пубертатном возрасте чаще, чем у детей основной группы, наблюдается защита вытеснение, что говорит о том, что подростки начинают обращать внимание на свои недостатки, переживать их, становятся равнодушными к мнению окружающих, т.е. растут внутриличностные конфликты. Вытеснение по-прежнему остается ведущей защитой у подростков с неврозами, свидетельствующей о дальнейшей невротизации. Также у подростков с неврозами, в отличие от детей этой группы, появляется гиперкомпенсация, отличающаяся заострением таких черт, как тревожность, заниженная самооценка, склонность к самообвинению, болезненное реагирование на мнение окружающих и приводящая к акцентуации характера по сенситивному типу, что в дальнейшем может привести к патологическому развитию личности по тревожному типу. Все это свидетельствует о дальнейшем углублении внутриличностных конфликтов и усугубляющейся невротизации детей этой группы.

По сравнению с подростками с неврозами, подростки с неврозоподобным синдромом так же, как и младшие школьники, чаще используют дезадаптивные стратегии и стратегии, направленные на восстановление физических сил, но не на решение проблем. Конструктивных действий подростки основной группы не предпринимают..

Как показали результаты исследования, подростки обеих групп не используют стратегии, направленные на решение, применяемые ими стратегии носят временный эффект, в результате черты невротизации еще больше заостряются, что ведет к акцентуациям характера и риску патологического развития личности.

**При изучении половых различий в зависимости от возраста** было установлено, что мальчики с неврозоподобным синдромом проявляют большее стремление к социальным контактам, более коммуникативны по сравнению с девочками, в подростковом возрасте, напротив, девушки становятся более социальными, а у юношей черты интроверсии заостряются, они все больше уходят в себя. У девочек с неврозами наблюдается склонность к истерии, неадекватная самооценка, неадекватная оценка ситуации, мальчики же этой группы отличаются большей тревожностью, напряженностью, у них велика потребность в тепле и понимании. Они используют дезадаптивные стратегии, направленные на себя и более

подвержены невротизации, нежели девочки. С возрастом черты невротизации сглаживаются, и юноши-подростки с невротизацией применяют больше конструктивных стратегий, более адаптированы к неблагоприятным условиям по сравнению с девушками и сверстниками с невротизацией.

Сравнительный анализ копинг-поведения и психологических защит, применяемых детьми и подростками с невротизацией и невротизацией, позволяет определить уровень индивидуальной адаптации каждой группы к своему социальному окружению, своевременно выявить «уязвимые участки» в формировании индивидуальной адаптации и разработать план психокоррекционных мероприятий, направленных на: обучение применению эффективных стратегий, направленных на решение; коррекцию эмоциональных нарушений; обучение бесконфликтному взаимодействию с окружающими.

Литература:

1. Мясищев В.Н. Личность и невротизация.- Л., Изд. ЛГУ, 1960.-424с.
2. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей.- СПб.: Речь, 2006.-507с.
3. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы.- М.: Педагогика-Пресс, 1993.- 144с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Изд. 2-е, переработанное и дополненное.- М.: Медицина, 1995.-560с.
5. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Невротизация у детей и их лечение.- Ленинград: Медицина, Лен.отделение, 1977.-272с.
6. Мамайчук И.И., Смирнова М.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения.- СПб.: Речь, 2010.-384с.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.- СПб.: Речь, 2009.- 256с.
8. Детская психиатрия: Учебник/ Под ред. Э.Г. Эйдемиллера.- СПб.: Питер, 2005.-1120с

## ПРОБЛЕМА ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В КОНТЕКСТЕ КРИЗИСА ДЕТСТВА

*Воротыло Н.В., кандидат психологических наук*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет» Минздравсоцразвития России, кафедра общей психологии, Москва*

[n.vorotylo@gmail.com](mailto:n.vorotylo@gmail.com)

Детство не является раз и навсегда заданным периодом человеческого развития. Многочисленные этнографические, исторические, культурологические и психологические исследования убедительно показывают, что природа детства является социально-исторической, т.е. она обусловлена не закономерностями онтогенеза человека, а условиями социума, в котором человек развивается [1], [3], [6].

В истории человечества неоднократно изменялась структура психического онтогенеза: новое время ознаменовалось утверждением статуса собственно детства; период отрочества был выделен не ранее конца 19 - начала 20 вв.; юность как отдельный период появилась после Первой мировой войны [3]. Эти изменения напрямую связаны с усложнением структуры социальных отношений, прежде всего – в экономическом секторе.

Отечественная психология развития, представленная работами Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина и др., дает исчерпывающий анализ развития ребенка в структуре социально-экономических отношений. Понятия реальной и идеальной форм, предложенные Выготским, объясняют механизм развития ребенка в этом контексте. Так, идеальная форма – это та форма действия, которая пока не доступна ребенку для выполнения, но актуальна для того, чтобы быть ориентиром его развития. Реальная форма, соответственно, – то, что ребенок в силах выполнить, сделать. Если для ползающего младенца идеальная форма – ходьба окружающих его людей, то для дошкольника это посещение школы. Иными словами, идеальная норма – это то, на что в каждом возрасте ребенок «равняется». Различие между идеальной и реальной формами составляет источник развития.

Масштабные социальные изменения приводят к тому, что появляются новые формы деятельности, возникают новые возрастные задачи. Задаваемая идеальными формами траектория развития также изменяется. В результате меняются и количественные характеристики развития (например, ускорение темпа созревания

современных детей), и качественные, а именно изменяется сама структура возрастов. Примеры такого рода изменений приведены выше.

По аналогии с периодами детского развития, разделенными Л. С. Выготским на литические и критические [2], именуются и периоды в существовании структуры детства: в литические периоды структура детства остается стабильной, в критические она качественно меняется, «достраивается», причем достраивается изнутри, за счет «вклинивания» новых периодов между существовавшими ранее [1]. В стабильные периоды у ребенка есть четкие ориентиры (идеальные формы), определяющие задачи развития. В критические периоды старая система отношений отмирает, и старые идеальные формы, соответственно, не выполняют своей ориентирующей функции. Следовательно, если идеальная форма – это ориентир, то кризис возраста - это потеря ориентиров.

В современном обществе меняющихся ориентиров очень большое значение имеет проблема дезадаптации подростков [4], [5], [7]. Явления дезадаптации распространяются на школьное обучение, общение с родителями, а также все чаще включают в себя аддиктивное поведение и другие девиации. Профилактические меры не обеспечивают желаемого эффекта: многие подростки сегодня намеренно или ненамеренно выходят в своем поведении за границы дозволенного обществом, законом. Однако подростковая дезадаптация изучается в психологии на протяжении долгих десятилетий, и новой эту проблематику назвать нельзя (возможно, новизна заключается в масштабности явления, которое раньше было ограничено распространенным). Качественно новой особенностью, как считают современные исследователи [3], является декларируемое многими подростками нежелание взрослеть, быть, как взрослые, с их заботами и необходимостью приспособливаться к социуму, законы которого далеки от справедливости. Своеобразное декадентство, разочарованность в жизни, которой они еще даже не знают, сегодня характеризует ребят 15-17 лет значительно более емко, чем классическое «чувство взрослости» [9]. Таким образом, нормативная для данного возраста идеальная форма, которой является поведение взрослого, самостоятельного человека, теряет свою побудительную силу для современного подростка. Какова же новая идеальная форма этого возраста?

Важная особенность кризиса – как возрастного, так и кризиса в системе детства – в том, что появлению новой идеальной формы должно предшествовать разрушение

старой, которое, однако, протекает не одновременно. В разгар кризиса предсказать его благополучное разрешение бывает крайне трудно.

Известно, что кризис содержит как негативную, так и позитивную фазы [2]. В первой фазе с необходимостью должны разрушиться прежние условия и обстоятельства. В рамках возрастного кризиса ребенка эта фаза связана с деструктивным поведением, непослушанием, эмоциональным неблагополучием ребенка, которое нередко передается и родителям. «Появление новых смыслов, идеальной формы и новой ведущей деятельности необходимо связано с переломом, кризисом системы отношений взрослых и детей» [1]. Позитивная фаза связана с построением нового – новых отношений, новых внутренних структур. В этой фазе достигается благополучное равновесие системы отношений ребенка и взрослого на новых основаниях.

Применение данной теоретической модели к современной ситуации дает основания предположить, что структура возрастов вступила в кризисный период, когда она должна в очередной раз в истории человечества измениться [3]. Эти изменения обусловлены модификациями социально-экономических условий, в связи с которыми меняются задачи развития и, соответственно, закрепленные в истории возрастные периоды не выполняют свою главную функцию – функцию подготовки ребенка к вхождению в социум. Возможно, обострившая проблема социальной дезадаптации подростков – это своего рода «звоночек», подсказка, которую дают обществу дети как наиболее восприимчивая к изменениям социальная группа. Не исключено, что мы стоим на пороге социально закрепленных изменений в структуре детского развития, когда будут созданы новые институты, призванные заменить традиционное обучение в старших классах более практически ориентированной, продуктивной по своему характеру деятельностью (что было предложено еще И.Д. Фруминим и Б.Д. Элькониным под наименованием «школа взросления» [8]).

### **Литература**

1. Венгер А.Л., Слободчиков В.И., Эльконин Б.Д. Проблемы детской психологии и научное творчество Д.Б. Эльконины // Вопросы психологии. 1988. № 3.
2. Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 4. - М., 1983.
3. Карабанова О.А. Возрастная психология. Конспект лекций. Учебное издание. - М., 2005.

4. Корчагина Ю.В. Девиантность и социальная дезадаптация детей и подростков: основные понятия, факторы риска, профилактика. Методическое пособие. - АПКиППРО, 2010.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. - Медпресс, 2001.
6. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебное пособие. – М.: Педагогическое общество России, 1999.
7. Фетискин Н.П. Психология девиантного поведения: диагностика и методы профилактики. – М.-Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2003.
8. Фрумин И.Д., Эльконин Б.Д. Образовательное пространство как пространство развития. (“Школа взросления”) // Вопросы психологии, 1993, №1.
9. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии, 1971, № 1.

## **ПРОБЛЕМЫ СУПЕРВИЗИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

*Городнова М.Ю., кандидат медицинских наук, доцент*

*Александрова Н.В.*

*ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования РОСЗДРАВА», кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, Санкт-Петербург*

*mgorodnova@yandex.ru*

По определению А. Хесса [1] супервизия – «насыщенное межличностное взаимодействие, основная цель которого заключается в том, чтобы один человек, супервизор, встретился с другим, супервизируемым и попытался сделать последнего более эффективным в помощи людям». Первичная цель супервизии защитить интересы клиента/пациента, чему будет способствовать развитие психотерапевтических навыков и расширение понимания собственных возможностей у супервизируемого. Таким образом, во всем мире супервизия является обязательной составляющей подготовки и повышения профессиональной компетентности специалиста, помогающей профессии.

Проблемы супервизии в отечественной последипломной подготовке врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов лежат в нескольких плоскостях:

1. Законодательство в области вузовского и послевузовского образования и определение самого понятия супервизия.

Существующая система подготовки врачей психотерапевтов и медицинских психологов в России предусматривает включение супервизии при обучении в очень незначительном объеме. Так в типовой программе дополнительного профессионального образования врачей по специальности психотерапия, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ в 2005 году из 576 часов на супервизию всего отводится 10 часов практических занятий. Согласно Приказу МЗ № 391 от 26.11.1996 «О подготовке медицинских психологов для учреждений оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» предусмотрено 30 часов супервизии (10 индивидуальной, 20 групповой). Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 клиническая психология утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ № 2057 от 24.12.2010г. включает супервизию в базовую часть и в дисциплины специализаций профессиональной части стандарта. При этом удельный вес интерактивных форм обучения среди аудиторных занятий составляет 50%, из них 10% занимает супервизия. В стандарт также внесено «В соответствии с Европейским стандартом подготовки психологов обязательным является прохождение годовой супервизии, что предполагает организацию практического обучения обучающегося под руководством высококвалифицированного преподавателя-специалиста психолога в соответствующих профильных учреждениях». Не выступает ли в этом случае супервизия синонимом наставничества?

Создание официального института супервизии в стране продолжает оставаться в стадии зарождения, что находится в явном противоречии с признанной во всем мире системой подготовки и поддержания профессиональной компетенции психотерапевта и медицинского психолога. Не существует в нашей стране и государственный институт подготовки самих супервизоров, хотя супервизия



является специальной практикой, требующей должных компетенций от проводящего ее специалиста.

## 2. Мировые и отечественные стандарты подготовки психотерапевта.

Психотерапевтические школы разных направлений психотерапии основаны на обязательном прохождении достаточного количества часов супервизии наряду с индивидуальной психотерапией в выбранном методе. Овладение им требует значительных временных затрат, так обучение когнитивной терапии занимает от 2 до 3 лет, столько же занимает обучение биоэнергетическому анализу А. Лоуэна, программа подготовки гештальт-терапевта рассчитана на 4 года и предусматривает 150 часов супервизии. Существующая отечественная модель переподготовки врача-психотерапевта предполагает скорее знакомство с разнообразием психотерапевтических направлений и методов, чем овладение ими. В дальнейшем врач-психотерапевт осваивает выбранный приоритетный для себя метод самостоятельно или обучаясь в существующих школах. Предусмотренная законодательством ресертификация врача-психотерапевта не предполагает обязательного наличия у него какого бы то ни было объема часов супервизии, что в принципе невозможно в практике психотерапевта за рубежом.

## 3. Определение понятия психотерапии.

До настоящего времени в стране ведутся споры о понятии и границах психотерапии. Признанная у нас медицинская модель психотерапии входит в противоречие с понятием психотерапии за рубежом, где, овладев конкретным методом психотерапии, заниматься психотерапевтической практикой может не только врач, но и медицинский психолог.

## 4. Современные образовательные тенденции.

Современное стремление унификации образовательных программ, определяемое вхождением в Болонскую систему, позволяет специалисту овладевать специальными профессиональными компетенциями, едиными на европейском образовательном пространстве и признаваемыми необходимым условием соответствия специалиста выбранной специальности в любой точке мира, входящей в Болонское соглашение. Соответствие мировым стандартам подготовки позволяет современному специалисту быть членом профессионального сообщества не только России, но и Европы. Принятая в мире система непрерывной последиplomной подготовки

специалиста предполагает его самостоятельное активное участие в жизни профессионального сообщества и совершенствование им профессиональных навыков путем участия в семинарах, конференциях, симпозиумах, сдачи квалификационных экзаменов. Что касается психотерапевтов, то участие в супервизии является необходимым условием продолжения профессионального роста и подтверждения своей квалификации. В свете этих мировых тенденций современные программы тематического и общего усовершенствования врачей-психотерапевтов в последипломной подготовке должны включать в себя супервизию.

5. Востребованность в супервизии среди психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Проведенный на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии анализ 100 анкет слушателей, проходивших обучение на циклах профессиональной переподготовки, общего и тематического усовершенствования в 2009-2010 гг. позволил установить следующее: наибольшую востребованность в супервизии проявили врачи психотерапевты (48,6%), при этом средний стаж работы по специальности составил 10,8 лет, врачи психиатры указали необходимость в обучении супервизии в 22,6% случаев, при среднем стаже работы по специальности 4,6 лет. Медицинские психологи лишь в 22,2 % указали необходимость супервизии, при среднем стаже 3,8 года. Программа подготовки последних предусматривает наибольший объем часов супервизии. Можно ли рассматривать этот факт как «пресыщенность», или как «разочарование»?

6. Синдром «эмоционального сгорания» среди специалистов помогающих профессий. Доказанным является факт значимости супервизии профилактики синдрома «эмоционального сгорания», распространенного среди специалистов помогающих профессий. Так по данным исследований проведенных на нашей кафедре, этот синдром в той или иной степени выраженности присутствует более чем у 80% слушателей, обучавшихся на циклах в 2008-2010гг, при этом отмечается рост числа слушателей с данным синдромом.

7. Личный опыт супервизии.

При анализе 183 опросников «Лист участника группы супервизии» было установлено: впервые участвовали в работе группы 25,5 % психотерапевтов, 56,9 % психиатров, 36,8% медицинских психологов и 72,7% других специалистов. При этом средний стаж работы по специальности составил 10,2 года, 12,4 года, 4 года и 6,4 года соответственно. Опыт повторной работы в группе имели психотерапевты со средним стажем 10,5, психиатры - 4,8г., медицинские психологи 4,1 года, иные 5,3 года. Оказалось, что чем больший стаж профессиональной деятельности имеют врачи психиатры, тем реже у них опыт супервизии.

Опыт личной супервизии имели 37,3% врачей-психотерапевтов, 9,8% психиатров, 9,1% иных специалистов. Медицинские психологи опыта личной супервизии не имели! Что не согласуется с программой подготовки данных специалистов. Как правило, имеющие опыт личной супервизии были представителями отдельных психотерапевтических методов, таких как символдрама, групп-анализ, психоанализ, гешталь-терапия, арт-терапия. На опыт прохождения супервизии в государственных образовательных учреждениях указали лишь 5 респондентов, или 2,7% из числа опрошенных (183человека)!

#### 8. Представления и отношение к супервизии.

Представления специалистов о супервизии часто ассоциируются с критикой, сравнением, оценкой, выявлением «ошибок», что, естественно, вызывает страх и активизирует «нарциссическую» уязвимость. Для психиатра супервизия, прежде всего - это клинический разбор пациента с участием коллег и экспертов, поэтому цель супервизии во многом связана с оценкой его работы, знаний и его профессионального уровня. Для психотерапевтов, которые обучались отдельному методу психотерапии, целью супервизии является осознание соответствия применяемой технологии данному методу и правильности его проведения.

Учитывая изложенные проблемы, противоречия и возможности в области супервизии и последиplomного образования, на кафедре разработана авторская модель обучающей супервизии [2]. Ее цель - осознание технологии использованной психотерапии в представляемом случае и ее соответствия теории и практике выбранного метода.

Данная обучающая модель супервизии реализуется в группе, что обусловлено следующими причинами:

1. необходимостью включения всех обучающихся на цикле в активную работу по осознанию собственных профессиональных качеств и навыков, так как условия проведения циклов не позволяют создать для слушателей длительно существующую супервизионную группу, а также провести для всех обучающихся индивидуальную супервизию.
2. необходимостью сочетать процесса супервизии с обучением процессу психотерапии и возможностям его анализа.
3. необходимостью интенсификации проведения супервизии и учебного процесса в целом.

Продолжительность сеанса супервизии составляет 2 часа, а ее технология проведения включает в себя следующие этапы:

1. Присоединение к группе. Задачами данного этапа является создание общего эмпатического поля, обстановки доверия и мотивации на работу. Ведущими предлагается вводная в технологию проведения супервизии в группе. Данный этап завершается выбором супервизируемого из тех слушателей, которые предварительно активно заявили о желании пройти супервизию и подготовили свои случаи.
2. Присоединение супервизора к супервизируемому. Это достигается посредством удобной рассадки, знакомства, выбора обращения, формулирования супервизируемым запроса на супервизию. Супервизируемый сообщает о своем случае, а супервизор уточняет в рамках какого метода, какой методики и какой технологии проводилась психотерапия в заявленном случае, количество сеансов, продолжительность каждого и всего процесса в целом.
3. Собственно супервизия. Цель данного этапа - анализ представлений супервизируемого о методе, методике, технологии и процессе психотерапии. Данная цель достигается посредством уточняющих вопросов, которые можно сгруппировать следующим образом:
  1. Вопросы, касающиеся теоретических представлений супервизируемого об использованном методе психотерапии;

2. Вопросы, касающиеся процесса психотерапии (психотерапевтические гипотезы и мишени, этапах психотерапии, психотерапевтические интервенции, технологические приемы и т.д.);
3. Вопросы, касающиеся переносов и противопереносов в процессе психотерапии и их влияния на него.
4. Методические вопросы и прояснения, задачами которых является обучение слушателей психотерапии.

При проведении данного этапа обсуждение случая ведется между супервизором и супервизируемым. Остальные члены группы активно работают с разработанным на кафедре опросником «Лист участника группы супервизии», в котором они отражают переживаемые ими чувства, возникающие по ходу супервизии вопросы, комментарии. Они не принимают непосредственного участия в обсуждении случая, однако активно соприкасаются с собственными переживаниями, противопереносами, осознают свои профессиональные качества, знания и умения, как осуществляют процесс психотерапии, с каким методом отождествляют свою работу, распознают собственные «белые пятна».

4. Отсоединение супервизора от супервизируемого. Подведение итога супервизии, обратная связь.
5. Групповая рефлексия. Участники группы подытоживают проделанную ими работу с собственными чувствами и мыслями и делятся своим осознанием собственных представлений о себе как профессионале.
6. Отсоединение от группы. Участники оценивают необходимость супервизии для собственного профессионального роста.

Технология супервизии в группе для психиатров и психотерапевтов изоморфна, анализу подвергается процесс диагностики, дифференциальной диагностике и лечения. На третьем этапе вопросы супервизора будут касаться теоретических представлений психиатра о симптомах, синдромах, нозологии, этиопатогенезе, дифференциальнодиагностических критериев, критериев выбора терапии, фармакокинетики и фармакодинамики выбранных средств, профилактики и реабилитации.

Анализ «Листов» участников группы показал, что все участники супервизии в группе отметили полезность работы, а 84% заявили о собственных планах на прохождение супервизии.

На основании приведенных данных и опыта собственной работы мы считаем, что предложенная нами технология супервизии в группе является эффективной для профессионального роста и профилактики синдрома эмоционального сгорания специалистов - психиатров и психотерапевтов - на циклах повышения квалификации в системе последиplomного образования.

#### Список использованной литературы

1. Ховкинс П., Шохет Е. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002. – С. 91.
2. Александрова, Н.В. Модель обучающей супервизии в практике последиplomной подготовки детского психиатра / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова // Материалы науч. практ. конф. IX Мнухинские чтения. - СПб., 2010. - С. 13-18.

### **ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ В РАЗВИТИИ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

*Ковалевский В.А., доктор медицинских наук, профессор*

*Красноярский государственный педагогический университет им. В.П.*

*Астафьева, кафедра психологии детства, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, кафедра психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО, Красноярск*

[kovalevsky@kspu.ru](mailto:kovalevsky@kspu.ru)

Изучение особенностей психического развития соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии. В последнее время количество соматически больных детей в силу нестабильности социально-экономических условий жизни населения и ухудшения экологической обстановки продолжает неуклонно расти. Уже в 2004 году государственные статистические

данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания до 15-20% (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 2003). Больные дети вызывают повышенное внимание многих специалистов, что обосновывает потребность в разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории детей.

Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный фактор является наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. Так, состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям, обостряет противоречия между генетико-биологическими задатками и способствует росту заболеваемости детей (Муравьева В.Н., 1999; Бутенко Н.И., 1999).

Вместе с тем, во всех современных исследованиях в области клинической психологии (психосоматическое направление) подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей.

В результате суммарного анализа исследований были выделены особенности социальной ситуации развития соматически больного ребенка и особенности его личности.

Личностные особенности.

\* понятию «Я» у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь «выгодна», потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде

заботы и внимания. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. В целом же, отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о болезни;

\* при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно- чувственное;

\* у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе;

\* слабо сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции;

\* присутствует стремление к компенсации дефекта (у 84 % опрошенных часто болеющих дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий);

\* нет развернутого жизненного плана, то есть, нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее;

\* основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания (84% детей). В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды (63%) и на взаимодействие с другими людьми (70%);

\* уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков), причем результаты имеют достоверные различия. Анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоего пола (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков («девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное», «девочки красивые, а мальчики – не такие красивые», «мальчики дерутся, а девочки – добрые» и пр.). Обнаружены различия и в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий «внешние признаки» (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее, девочки чаще мальчиков ориентируются на качества



личности, а мальчики на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что часто болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях. Таким образом, часто болеющие мальчики (в сравнении с часто болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли;

\* соматически больные дети старшего дошкольного возраста показали особенности понимания обмана. Дети испытывают *больше затруднений при объяснении обмана*, хуже распознают обман в области знаний, чаще проявляют стратегии принятия обмана за правду и стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегии распознавания обмана в области эмоций (Николаева В.В., 1987; Ковалевский В.А., 1997; Котова Е.В., 2004, Груздева О.В, 2004, Дубовик Е.Ю., 2006; Вылегжанина Г.Г, 2005; Чекрыкова С.В., 2008; Дусказиева Ж.Г., 2009; Штумф В.О., 2009).

*Особенности межличностного взаимодействия и деятельности* соматически больных детей:

- \* круг общения ребенка ограничен до минимума;
- \* присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь;
- \* преобладают симбиотический, симбиотически - авторитарный, привязывающе-подавляющий стили родительского отношения к ребенку;
- \* родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения;
- \* ограничена игровая деятельности (ее возможности и проявления) и, как следствие, двигательная потребность ребенка;
- \* психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отгороженный от них отец. Отец «перемещается» в сферу фантазий и идеальных представлений ребенка, наделяется особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Объективное же «вытеснение» отца из психологической жизни ребенка может иметь несколько причин. Это, прежде всего традиционное культурно обусловленное перераспределение функциональных обязанностей в семье в ситуации болезни ребенка, когда социально заданная тотальная ответственность за все происходящее с больным ребенком приводит к

экспансии этой ответственности на все жизненное пространство семьи и отец оттесняется от своих ролевых форм влияния на ребенка. В ситуации болезни отец – наблюдатель, а не деятель. Обычна позиция для сообщества мать-ребенок: «Уходи, не мешай, мы лечимся»;

\* образовательный уровень родителей больных детей часто высокий. Это позволяет предположить наличие в семьях часто болеющих детей повышенных требований к организации быта и качеству окружающей материально-вещной среды, насыщенному проведению досуга, обогащению и развитию духовного мира ребенка. Кроме этого, родители четко осознают свою ответственность за воспитание детей, за достойную организацию семейной и общественной жизни. Родители склонны к анализу своей воспитательной деятельности и повышению педагогической культуры. Проявляют повышенную заинтересованность социальным и физическим развитием детей. Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом. Но при таких благоприятных для развития ребенка потенциальных возможностях их родителей, в семьях в целом присутствует неудовлетворенность семейной жизнью и особенности в принятии и соблюдении составляющих ортобиоза (здорового образа жизни);

\* в семьях часто болеющих детей часто не соблюдаются в полной мере рекомендуемые режимы питания, сна, физической активности и нет фактического серьезного отношения к здоровью. Ситуация в семейной микросреде во многом определяется и зависит от субъективной позиции родителей, их активности и желании совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

В целом, анализ микросоциальной среды развития соматически больных детей *младшего дошкольного возраста* в сравнении со здоровыми сверстниками показывает, что больные дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

Анализ микросоциальной среды развития соматически больных детей *среднего дошкольного возраста* показывает, что развитие психических функций, таких как мышление, память, внимание происходит в соответствии с возрастными закономерностями. Дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками болеющие дети по-прежнему

неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений. Образовательный уровень родителей высокий. Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом, удовлетворенностью семейной жизнью.

Микросоциальная среда соматически больных детей *старшего дошкольного возраста* характеризуется следующими особенностями. Дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. Внутрисемейная атмосфера характеризуется сниженным эмоциональным микроклиматом (Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ливанова М.Н., 1997; Михеева А.А., 1999; Николаева В.В., 1987; Орлова М.М., 1982, Котова Е.В., 2004, Груздева О.В, 2004, Вылегжанина Г.Г, 2005; Ковалевский В.А, Урываев В.А., 2006).

*Познавательное развитие. Речевой онтогенез* больного ребенка дошкольного возраста:

- \* общая истощаемость психической деятельности;
- \* колебания работоспособности, инертность психической деятельности;
- \* снижение продуктивности воспроизведения (у больных детей меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания, но преобладают более развитые уровни переключения внимания);
- \* в силу специфической направленности познавательной активности и ограниченности воспринимаемого пространства, отмечается меньший объем памяти;
- \* моделирующие перцептивные действия складываются позже (снижена сила побуждений);
- \* уже в младшем дошкольном возрасте фиксируются отставания в речевом развитии у соматически больных детей по сравнению с их здоровыми сверстниками. Выявлены изменения в речевом развитии часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата младшего дошкольного возраста (лексический, грамматический строй речи, а также в звуковая культура и связная речь). В среднем дошкольном возрасте у соматически больных детей продолжают наблюдаться сложности в развитии словаря и грамматического строя речи. Дети опираются в основном на лексическое, а не на грамматическое значение слова. Речь детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по сравнению с часто болеющими детьми более аграмматичная, структурно нарушенная. Активный словарь беднее. В старшем дошкольном возрасте зафиксировано снижение показателей речевого развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

и повышение их же в группе часто болеющих детей (по сравнению со средним дошкольным возрастом). (Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ливанова М.Н., 1997; Михеева А.А., 1999; Николаева В.В., 1987; Орлова М.М., 1982, Груздева О.В, 2004; Ковалевский В.А, Урываев В.А., 2006).

Выявленные особенности социальной ситуации развития, особенности личности, познавательного развития и деятельности необходимы для построения программ медико-психолого-педагогического сопровождения развития соматически больных детей дошкольного возраста. Общая стратегия коррекционных воздействий на процесс психического и психологического развития больных детей, как доказано в ряде исследований под научным руководством В.А.Ковалевского, должна осуществляться через оптимальные воздействия на всю социальную ситуацию развития, при этом должно происходить взаимодействие внешних (социальных) и внутренних (индивидуально-личностных) факторов развития соматически больных детей. Каждый аспект коррекционной деятельности ребенка и взрослого рекомендуется проводить через активизацию мотивационного, содержательного и операционного компонентов осуществляемой ими деятельности.

Представленный опыт исследовательских и практических разработок в области изучения психосоматических проблем детей дошкольного возраста вызывает устойчивый интерес со стороны научного и практического сообщества и востребован в большинстве образовательных и медицинских учреждений Красноярского края.

## **ОСОБЕННОСТИ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Коваль-Зайцев А.А., кандидат психологических наук, доцент*

*Московский городской психолого-педагогический университет, кафедра нейро-и патопсихологии, Москва*

*koval-zaitsev@mail.ru*

Проблема оценки графической деятельности подростков с эндогенными психическими расстройствами (прежде всего больных шизофренией) всегда привлекала внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, психологов). Акцент на своеобразии графической деятельности,

диссоциации моторики и интеллекта у подростков с эндогенной психической патологией делали и психиатры, и психологи (Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалев, В.М.Башина, И.А.Козлова, В.В.Лебединский, Т.К.Мелешко и др.). При этом предыдущие патопсихологические исследования графической деятельности больных фокусировались в основном на проективном анализе рисунков (А.Л. Венгер, 2005; К. Маховер 2000; С.А. Болдырева, 1974); анализу графической составляющей посвящены всего несколько исследований (А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, 2009, 2010).

Качественный анализ и количественная оценка графической деятельности у подростков, больных шизофренией могут служить опорой для разработки своевременных диагностических методов для данного заболевания, а также оценки эффективности лечения, прогноза, наблюдения динамики течения болезни, организации подходящей психологической коррекции и обучения. Исследования графической деятельности могут внести существенный вклад в получение более полного представления о болезни в целом, и в частности помочь в квалификации особенностей нарушений развития у детей и подростков, больных шизофренией.

**Цель исследования:** оценка различий в графической деятельности подростков, больных шизофренией в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома у больного.

В исследовании принимали участие 49 подростков 11-14 лет, больных шизофренией, проходящих стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН. Всем больным были выставлены диагнозы: шизотипическое расстройство неврозоподобный и психопатоподобный синдромы (F21.3, F21.4), шизотипическое расстройство личности (F21.8), шизофрения детский тип (F20.8). На основании ретроспективного анализа историй болезни был установлен возраст начала заболевания, который варьировался от 18 месяцев до 14 лет.

В исследовании использовались методики «Рисунок человека», «Рисунок семьи» (А.Л. Венгер, 2005); «Пиктограмма» (В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков, 2002) и «Срисовывание человека» (А.В. Семенович, 2008).

При интерпретации методик анализировались следующие параметры: положение рисунка на листе относительно вертикальной оси (сдвиг вправо, сдвиг влево и

центральное положение). Качество линии — нажим (слабый, нормальный, сильный). Размер рисунка (маленький, средний, большой). Искажение форм фигуры (такие как квадратная голова, голова в форме «огурца», тело в форме шара). Особенности в изображении верхних конечностей (отсутствие рук, кистей, пальцев, руки-лопаты, руки-грабли и т.п.). Способ изображения — схематичный, пластичный или смешанный. Искажение пропорций фигур — непропорциональная фигура, туловище, голова, руки, ноги (например - большая голова и очень маленькое туловище, короткое туловище и очень длинные конечности). При анализе методики «срисовывание человека» анализировались качество линии (нажим), искажение пропорций, схемы тела и особенности изображения верхних конечностей. Для объективизации анализа рисунков был использован метод экспертных оценок. Независимые эксперты оценивали рисунки по параметрам, описанным выше, не зная, к какой группе принадлежит испытуемый. Математическая обработка данных проводилась с помощью точного критерия Фишера и критерия Манна-Уитни с использованием программы статистической обработки данных SPSS 17.

**Результаты исследования:** анализ рисунков испытуемых по выделенным параметрам проводился в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома. Оказалось, что подросткам с более ранней манифестацией заболевания характерно большее количество искажений формы фигуры и схемы тела образца для копирования, чем подросткам заболевшим позже (при  $p < 0,05$ ). Более сильный нажим характерен для больных с меньшим возрастом начала заболевания (при  $p < 0,01$ ). У подростков с более ранним началом болезни наблюдается тенденция к нестабильности размера, более частому искажению пропорций фигур и нарушению в изображении верхних конечностей. Таким образом, можно говорить о значительном влиянии возраста начала заболевания на выраженность особенностей графической деятельности — чем раньше началось заболевание, тем более явные отклонения наблюдаются в графической деятельности. Полученные данные согласуются с имеющимися теориями о влиянии возраста начала заболевания на тяжесть шизофренического дефекта (В.В. Ковалев, 1985; М.Ш. Вроно, 1971; И.А. Козлова, 1987; J.R. Asarnow et al., 1999; Н. Е. Remschmidt et al., 1994). В связи с этим, есть потенциальная возможность использовать рисуночные методики в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания.

При сравнении рисунков подростков, больных шизофренией в зависимости от выставленного диагноза оказалось, что сильный нажим более характерен для

подростков с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4 тогда как подросткам с диагнозом F21.8 сильный нажим не характерен (при  $p=0,05$ ). У подростков с диагнозами F20.8 и F21.3 уровень графической деятельности по способу изображения ниже, чем у подростков с диагнозом F21.4. Подросткам с диагнозом F21.8 искажения пропорций и форм фигуры характерны в значительно меньшей мере, чем подросткам с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4. У подростков с диагнозом F20.8 нарушения в изображении верхних конечностей наблюдаются в подавляющем большинстве случаев (при  $p<0,01$ ). Для подростков с другими диагнозами нарушения в изображении верхних конечностей также характерны, но в меньшей степени. В этой связи можно отметить различную степень влияния диагноза на графическую деятельность (от значительного влияния к более слабому): «шизофрения детский тип», «шизотипическое расстройство, психопатоподобный синдром», «шизотипическое расстройство, неврозоподобный синдром» и «шизотипическое расстройство личности». Таким образом, можно говорить о том, что наиболее выраженные особенности в графической деятельности наблюдаются у подростков с диагнозом «шизофрения детский тип» (F20.8). Полученные данные согласуются с основными теориями о том, что болезненный процесс при шизотипическом расстройстве в целом менее прогрессивный и имеет более благоприятный прогноз (Г.Е. Сухарева, 1998; М.Ш. Вроно, 1986; И.А. Козлова, 1987; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова, 2006). В связи с этим, возможно использование рисуночных методик в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания, который зачастую устанавливается посредством ретроспективного анализа анамнеза больного, часто со слов родителей.

Сравнение уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показало, что больным с неврозоподобным синдромом более характерен сильный нажим, нежели больным с другими ведущими синдромами в рамках шизофрении. У подростков с психопатоподобным ведущим синдромом сильный нажим незначительно преобладает над нормальным. У подростков с аффективным ведущим синдромом нормальный нажим преобладает над сильным и в ряде случаев наблюдается слабый нажим. Таким образом, можно говорить о достаточно высоком уровне тревожности больных с неврозоподобным синдромом в рамках шизофрении, который имеет значительное влияние на качество линий в рисунках. Эти данные могут быть использованы в качестве оценки текущего состояния больного, динамики болезни, для организации соответствующей терапии.

## **Выводы**

1. Анализ рисунков больных шизофренией показал, что подросткам с более ранним началом заболевания присуще большее количество искажений, более сильный нажим и, возможно, нестабильность размера, большее количество искажений пропорций и изображения верхних конечностей.
2. Выявлено влияние диагноза на степени выраженности особенностей графической деятельности.
3. Анализ уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показал, что подросткам с неврозоподобным синдромом сильный нажим значительно более характерен, чем подросткам с другими ведущими синдромами.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ СТРАДАЮТ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ**

*Ленкевич И.Э., врач-психиатр*

*Городской психоневрологический диспансер, г. Минск*

*Копытов А.В., доцент, кандидат медицинских наук*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*koptda@tut.by*

Существует внутренний конфликт между «активной попыткой и пассивным результатом», и что орально-зависимое желание – это специальный аспект этого активно- пассивного конфликта [3]. В результате экспериментальных исследований установлена повышенная склонность людей с язвами к гневу и негодованию, а также наличие в их младенчестве и раннем детстве событий, сопровождавшихся сильной стрессовой ситуацией. Когда этих людей просили вспомнить стрессовые периоды из детства и привести ассоциации, связанные с ними, то они часто скрывали место рождения и напряженные отношения в семье. Эти факты, возможно, не оказали непосредственного воздействия на тот момент, но оставались в подсознании и актуализировались в более зрелом возрасте [4].

Актуальность темы связана с увеличением частоты встречаемости язвенной болезни среди детей и подростков, а также не всегда результативным проведенным медикаментозным лечением.



Цель работы: определить влияние детско-родительских отношений на формирование заболеваний ЖКТ у детей. Задачи исследования: изучить отношения матерей к разным сторонам семейной жизни с помощью методики PARI; оценить особенности родительско-детского контакта с точки зрения его оптимальности; произвести анализ полученных результатов; на основании полученных данных обосновать предложения по коррекции родительско-детских отношений.

**Объект исследования.** Участвовать в исследовании было предложено 61 ребенку (возраст 5-17 лет, из них 23 мальчика и 38 девочек). Все дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ и на момент исследования проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении ЗДГКБ г. Минска. В исследование вовлеклась 61 мать. 34 женщины отказались от заполнения опросников, объясняя этот факт отсутствием свободного времени. Таким образом, в обследование были включены 27 диад «мать-дитя».

**Методы исследования.** Исследование проводилось с использованием опросника «Измерение родительских установок и реакций» PARI (Parental attitude research instrument) (Е.С.Шефер, Р.К. Белл, адаптация Т.В.Нещерт) [1, 2].

Статистическая обработка с помощью программы SPSS17.0. Статистическая значимость различий оценивалась по уровню критерия  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** На основании полученных данных было обнаружено, что матерям, чьи дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, присущи определенные особенности личности и поведения. Из исследуемых признаков наиболее актуальными для анализа и наблюдались у всех матерей следующие (имели показатели  $>15$  баллов): вербализация, опасение обидеть, сверхавторитет родителей, партнерские отношения, развитие активности ребенка, чрезмерное вмешательство в мир ребенка, несамостоятельность матери, минимальное стремление к уклонению от конфликта.

Оценка межсупружеских отношений матерями дала следующие результаты: 21,4% среди опрошенных матерей согласны с утверждением, что если бы отцы не мешали воспитанию детей, матери бы лучше справлялись с детьми – стремление исключить влияние отца на развитие и установление жизненных позиций ребенка.

57,1% указали на недостаток участия отца в воспитании ребенка – признак, указывающий на отсутствие интегрированности семьи в результате авторитарного способа материнского воспитания, при котором основную роль на себя берет мать, стремясь свести до минимума влияние на ребенка других членов семьи, в том числе и отца.

Кроме того, проблемные отношения между супругами подтверждаются статистическими данными, полученными с использованием метода корреляционного анализа.

В подобных семьях женщина стремится установить авторитет в глазах мужа и ребенка, предпринимает попытку управлять ими, контролировать их поведение, действия и даже ход мыслей. Сопротивление этому со стороны супруга приводит к возникновению конфликтных ситуаций. «Подавляемый» муж с целью избежать конфликта становится безучастным в воспитании ребенка, таким образом, еще осложняя складывающуюся ситуацию. Естественно, это усугубляет возмущение матери, усиливает ее раздражительность и недовольство мужем, провоцирует новые конфликты, еще больше осложняя межсупружеские отношения, отдаляя супругов.

Преследуя свою цель, мать видит единственным способом утверждения авторитета путем оказания влияния на ребенка. Ощущая непонимание со стороны мужа, женщина боится обидеть и ребенка, поэтому предпринимает попытку установить с ним партнерские отношения ( $r=0,682$ ;  $p<0,05$ ). Такие отношения позволяют знать многое или почти все о ребенке, его интересах, мыслях о семье, каждом из родителей, о его тайнах, об отношениях с противоположным полом. Это же поможет матери проконтролировать все его сферы жизни, если нужно, подавить волю ребенка, исключить внутрисемейное влияние отца, подавить сексуальность ребенка ( $r=0,560$ ;  $p<0,05$ ).

Боясь изменения взглядов ребенка, женщина хочет оградить его от влияния окружающего мира, проявляя излишнюю строгость. Чрезмерное вмешательство в мир ребенка, подавление его воли и желаний вызывает стремление уйти от контроля и ведет к излишней эмоциональной дистанции, утрате оптимального эмоционального контакта ( $r=-0,530$ ;  $p<0,05$ ). Пути сближения – 1) установление более строгого контроля, что тормозит развитие ребенка ( $r=0,520$ ) ;  $p<0,05$ ; 2)

выполнение роли идеальной хозяйки, которая вызывает неудовлетворенность и дискомфорт, но в данной ситуации является необходимой для интеграции семьи.

#### **Выводы:**

- в семьях, где дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, имеются проблемы в сфере родительско-детских и супружеских отношений;
- значимыми факторами, предопределяющими семейную дисгармонию, являются характерологические (стремление к установлению сверхавторитета, несамостоятельность, склонность к чрезмерному вмешательству в мир ребенка, склонность к конфликтам и др.) особенности матери;
- в семьях, где дети страдают эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, особенности характера матери могут влиять на формирование заболевания у детей;
- семьи, где дети страдают заболеваниями ЖКТ, относятся к категории дисфункциональных;
- своевременное оказание адекватной помощи детям, страдающим эрозивно-язвенными заболеваниями ЖКТ, должно учитывать не только симптоматическое лечение соматических проявлений, но и коррекцию отношений мать-ребенок и коррекцию психологических особенностей матери.

#### **Список использованных источников**

1. Слепкова, В.И. Психодиагностика семейных отношений/ В.И. Слепкова. – М.: 2006. - 196 с.
2. Шнейдер, Л. Б. Основы семейной психологии/ Л.Б. Шнейдер. – М.: 2005.- 460 с.
3. Wiesman, A.D. A Study of the Psychodynamics of Duodenal Ulcer Exacerbations/ A.D. Wiesman// Psychosom. Med. - 1956. - 18:2-42.
4. Selye, H. The Stress of Life/ H. Selye. - New York: McGraw- Hill Book Co. – 1956.

### **ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ВИЗУАЛЬНОЙ СРЕДЫ ПОДРОСТКАМИ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

*Молчанов А.С., кандидат психологических наук, зав. кафедрой*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра психологии и технологий педагогической деятельности, Москва*

Непременным условием формирования адаптивного поведения человека является соотнесение стимулов и поведенческих реакций, которое приводит к установлению причинно-следственных связей между случайными предъявлениями стимула и специфическими поведенческими реакциями. Вероятность и время, необходимое для закрепления специфических форм поведения в определенной материальной среде, зависит от способа и частоты подкреплений, полученных в аналогичных условиях в прошлом. Возможности для формирования таких связей возникают уже при элементарных формах мышления. Однако понимание правил взаимодействия со средой и вера в их действенность, возникает при наличии более совершенных форм мышления, позволяющих сопоставлять свои действия с их возможными последствиями [Skinner B.F., 1968].

Павлов И.П. [1973] указывал, что при многократных повторных предъявлениях изначально нейтральный стимул начинает ассоциироваться с определенным безусловным рефлексом, вследствие чего, поведенческие и физиологические изменения, возникающие в ответ на экстрацептивную стимуляцию, могут быть описаны в терминах ориентировочного, пассивно - и активно-оборонительного рефлексов.

Выготский Л.С. [1934] писал, что процесс развития сопровождается формированием психологических систем, образованных сложной системой межфункциональных связей. Цепочки случайных ассоциаций между отдельными обобщенными образами превращаются в мышление. В результате знак приобретает значение, природные «натуральные» функции становятся «культурными» функциями высшего уровня развития.

Зрительное восприятие окружающей среды связано с идентификацией ее "значения" на основе сложившейся у наблюдателя системы представлений и эталонов. Эта система складывается в процессе усвоения индивидом общественно-исторического опыта, адекватного условиям его формирования и направленного на активное преобразование окружающей среды [Шмелев А.Г., 1983]. Снижение интеллекта сопровождается упрощением системы формирующихся представлений, а, следовательно, и форм адаптивного поведения.

**Цели исследования.** Данное исследование рассматривалось нами в качестве необходимого этапа изучения свойств психологических пространств, построенных

методами многомерного шкалирования, которые используются нами в процессе построения обобщенной модели зрительного восприятия окружающей среды. При проведении экспериментов и анализе полученных данных нами уточнялось: (1) количество переменных, необходимое для их описания; (2) особенности зрительного восприятия природных ландшафтов подростками с сохранным интеллектом; (3) особенности зрительно воспринимаемых природных ландшафтов подростками с легким снижением интеллекта. Эти данные учитывались нами при совершенствовании методик подготовки подростков с особенностями интеллектуального развития к самостоятельной жизни, при разработке рекомендации по совершенствованию существующих и проектируемых зон отдыха.

**Испытуемые.** В исследовании приняли участие две группы "наивных" испытуемых: подростки 14-16 лет, учащиеся одного из московских колледжей и подростки того же возраста с диагнозом "олигофрения в степени дебильность" (третья группа по классификации Певзнер М.С.) [Певзнер М.С., Лубовский В.И., 1963], учащиеся 9 класса одной из вспомогательных школ г. Москвы.

**Организация исследования.** Нами уточнялось число и содержание переменных, которые учитываются "наивными" наблюдателями при зрительном восприятии различных природных ландшафтов. С этой целью строились психологические пространства природных пейзажей, уточнялась их размерность и свойства. Исследование проводилось с каждым испытуемым индивидуально.

Организация экспериментов с подростками, имеющими снижение интеллекта, ничем не отличалась от серии исследований, в которых приняли участие лица с сохранным интеллектом. Незначительные изменения были внесены в процедуру предъявления стимульного материала, инструкцию, форму отчетности для подростков со сниженным интеллектом. Это было сделано для того, чтобы испытуемые предельно точно поняли стоящую перед ними задачу. Так, их просили оценивать различия между ландшафтами не в вербальной форме, а показывать их руками на специальной шкале. По внешнему виду эта шкала была похожа на обычную линейку размером в один метр, поделенную на девять отрезков. На шкале требовалось откладывать тем большие отрезки, чем большим казалось различие между ландшафтами. Когда испытуемый откладывал на шкале какой-либо отрезок, экспериментатор его переводил в шкалу стандартных ответов.

После неоднократного подробного объяснения задания, с ними проводился обучающий эксперимент, во время которого испытуемые тренировались

откладывая на шкале отрезки, соответствующие степени различия между ландшафтами. В обучающем эксперименте использовались слайды, которые не входили в основной набор изображений. Когда требуемый навык был сформирован в достаточной степени, начиналось основное исследование.

**Методы обработки результатов исследования.** Экспериментальные данные обрабатывались методами многомерного шкалирования (ALSCAL). Влияние сохранности интеллекта на особенности восприятия окружающей среды уточнялось по мерности психологического пространства, наименованию базисных векторов, структуре точек-стимулов в психологического пространстве. Анализировались решения различной мерности.

**Результаты.** В результате обработки экспериментальных данных получены (1) общее психологическое пространство природных ландшафтов группы "наивных" испытуемых с сохранным интеллектом и (2) индивидуальные психологические пространства испытуемых с диагнозом олигофрения в степени дебильность.

В психологическом пространстве испытуемых с сохранным интеллектом ландшафты вдоль первого базисного вектора распределились с учетом температурного режима и соответствующей ему растительности. На одном полюсе были расположены ландшафты с водоемами и богатой зеленью в условиях интенсивного солнечного излучения, а на другом – также ярко освещенные солнцем пейзажи равнин или гор покрытых снегом. Вдоль второго вектора ландшафты распределились с учетом изменения уровня их освещенности. На одном полюсе находились ярко освещенные солнцем ландшафты на морском побережье в районах близких к тропическим, а на другом - пейзажи в условиях теплового комфорта средней полосы, но освещенные значительно меньше. Вдоль третьего вектора ландшафты распределились в соответствии со степенью изменений, внесенных в них в результате антропогенного влияния (обустроенные – необустроенные ландшафты). Базисные векторы трехмерного варианта психологического пространства были интерпретированы как: 1. "Климатические условия, рельеф местности, особенности растительности"; 2. "Интенсивность освещенности ландшафта"; 3. "Степень антропогенного вмешательства в природную среду".

Все двенадцать предъявлявшихся пейзажей в системе первого и второго векторoобразовали несколько самостоятельных групп. Среди них наиболее четко выделяются две их них: (1.) ландшафты в условиях климатического комфорта средней полосы, с богатой растительностью и водоемами; (2.) лесные массивы.

Таким образом, содержательная интерпретация базисных векторов показала, что для наблюдателей с сохранным интеллектом имеют значение климатические условия (температурный режим и уровень освещенности), особенности рельефа (его вертикальная / горизонтальная организация), наличие водоемов, особенности растительности, степень антропогенного воздействия.

Структура психологических пространств подростков со сниженным интеллектом оказалась редуцированной. Содержательно интерпретировать было возможно лишь первый базисный вектор, который назывался испытуемыми: "лето-зима", "жарко - холодно": "хорошие - плохие" ландшафты и т.д.

**Обсуждение.** Полученные результаты позволяют предположить, что размерность психологического пространства природных ландшафтов зависит от степени развития интеллекта. Так как первый базисный вектор психологических пространствах испытуемых обеих групп имел сходную интерпретацию ("климатические условия" - в первой группе, "зима-лето" – во второй), то мы предположили, что он отражает результаты обработки информации с участием элементарных форм мышления, тогда как последующие вектора – участие более совершенных форм мышления. Повышение мерности психологического пространства также, по нашему мнению, свидетельствует об участии в процессе обработки информации более совершенных форм мышления. Отличия локализации ландшафтов в индивидуальных психологических пространствах указывают на различный вклад (значимость, "вес") учитываемых свойств среды при формировании ее ментального образа.

McDougall W. [1928] считал, что внешний стимул запускает определенную поведенческую реакцию как ключ, подходящий к определенному замку. В результате растормаживается определенная форма инстинктивного поведения, которая проходит в несколько этапов: напряжения, собственно поведенческой реакции, разрядки и расслабления. Внешний стимул может запускать, растормаживать наследственно запрограммированные поведенческие реакции. Он также полагал, что свойства среды, вызывающие наиболее важные активно- и пассивнооборонительные формы поведения, имеют специфические перцептивные входы. Таким образом, определенные формы поведения запускаются определенными свойствами ландшафта или типами ландшафтов и могут вызывать, в том числе, мобилизующий эффект или состояние релаксации.

Интерпретируя полученные результаты в контексте теории информации, можно предположить, что в нервной системе существует специальный процессор, который

обеспечивает опознание визуальной среды. Этот процессор состоит из набора информационных каналов, настроенных на выделение в ней специфических паттернов.

Далее вводится допущение, что число и свойства каналов, входящих в структуру данного процессора, соответствует числу, наименованию и свойствам базисных векторов психологического пространства, а вес каждого базисного вектора - особенностям распределения информационного потока по отдельным каналам. Наименование векторов указывает, что информационные каналы настроены на определенные характеристики среды, имеющие для человека биологическое значение. Дисперсия координат точек, которая приходится на каждый вектор, может быть принята за показатель объема перерабатываемой в каждом таком канале информации.

Appleton J.H. [1975] предложена теория «Перспективы и убежища». Она связывает предпочтения ландшафтов и выделение в них наблюдателем определенных свойств со степенью приспособленности среды для незаметного наблюдения из укрытия. По его мнению, предпочтения ландшафтов формировались на протяжении всей истории развития человечества, как интегрального показателя вероятности выживания в определенных природных условиях. Население, проживающее в лесистой местности, наиболее безопасными считают ландшафты с густой растительностью, в которой можно укрыться.

Индивидуальное адаптивное поведение формируется, в том числе и при стойких повреждениях морфологического субстрата мозга (олигофрениях), из видовых инстинктивных, культуральных, семейных и индивидуальных форм поведения. Инстинктивные и условнорефлекторные формы адаптивного поведения, имеющие видовую специфику, у человека дополняются интеллектуальным поведением, что принципиально отличает его от других видов [Skinner B.F., 1968]. Указание испытуемыми со сниженным интеллектом на характеристики ландшафтов сходные с теми, которые использовались людьми с сохранным интеллектом, указывает на общность имеющихся у них механизмов переработки визуальной информации, связь первого базисного вектора психологических пространств с наиболее простыми способами ее переработки.

## **ВЫВОДЫ**



1. Первый базисный вектор психологического пространства, построенного методами многомерного шкалирования, связан в большей степени с простыми способами обработки информации, формами мышления. Его содержательная интерпретация, данная испытуемыми, имеющими легкое снижение интеллекта ("лето-зима", "жарко - холодно", "хорошие - плохие"), указывает на связь данного базисного вектора не только с когнитивными процессами, но и механизмами эмоциональной оценки информации, участием в обработке информации соответствующих структур мозга.
2. Второй и последующие базисные векторы психологического пространства, построенного методами многомерного шкалирования, связан с более совершенными способами переработки информации.
3. Общность наименования базисных векторов психологических пространств испытуемыми с сохранным интеллектом и испытуемых с его снижением, указывает на то, что качественно-количественные особенности ее восприятия, затрагивают преимущественно более совершенные способы переработки информации, сохраняя неизменными более простые механизмы. Свойства психологического пространства, полученного методами многомерного шкалирования, отражает особенности переработки визуальной информации, уровень интеллектуального развития реципиента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. 1931.
2. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М., 1973.
3. Певзнер М.С., Лубовский В.И., Динамика развития детей-олигофренов. М., 1963.
4. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику. М., 1983.
5. Appleton J.H. The Experience of Landscape. NY: John Wiley & Sons, 1975.
6. McDougall W. An Outline of Psychology. L, 1928.
7. Skinner B.F. The Technology of Teaching, NY: Appleton-Century-Crofts, 1968

#### СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Печникова Л.С., кандидат психологических наук, доцент,  
Ботезат-Белая Е.В., студентка*

*Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова,  
кафедра нейро- и психопсихологии, Москва  
pesh56@mail.ru*

В настоящее время проблеме совладания со стрессом начинает уделяться большое внимание, прежде всего в связи с ценностью данного направления для практики оказания психологической помощи людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Однако, в контексте клинической психологии и психиатрии данная тема до сих пор не получила достойного развития. Так, применительно к подросткам с различной психической патологией (шизофрения, расстройства поведения) исследований копинг-стратегий сравнительно немного, имеющиеся сведения носят отрывочный характер, а копинг-механизмы чаще всего рассматриваются в отрыве от имеющихся у пациентов ресурсов. В основном, имеющиеся данные свидетельствуют о дефиците социальной компетентности и связанной с ней неадаптивности стратегий совладания со стрессом у этих больных.

Стратегия совладания - совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий личности, суть которых состоит в достижении адаптации к жизненным событиям и стрессовым ситуациям. При этом преобладание гибких, адекватных и конструктивных стратегий совладания способствует хорошей регуляции поведения в стрессовых ситуациях, адаптивности поведения (минимизации негативных аффективных выбросов), а применение пассивных и неконструктивных стратегий совладания усиливает невротизацию личности или приводит к болезни.

Сегодня специалисты многих отраслей и направлений психологической науки вовлечены в разработку фундаментальных и прикладных проблем психологии совладающего поведения как междисциплинарной области, изучающей явления регуляции и саморегуляции поведения субъекта, личностное развитие, благополучие, здоровье, ресурсы и продуктивность человека. Ценность данного научного направления заключается в том, что его разработки тесно связаны с практикой оказания психологической помощи людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Весьма актуальным представляется изучение копинг-стратегий в рамках психиатрии и клинической психологии, в частности изучение совладающего поведения у больных шизофренией. По мнению ряда исследователей, сознательное совладание со стрессом является важным фактором, влияющим на уровень социальной

адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Больные шизофренией являются самой уязвимой группой среди всех больных нервно-психическими заболеваниями. В современных исследованиях авторы указывают на то, что у больных шизофренией отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения, значительно снижающий их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями (Bellack A. et al., 1990; Shean G., 1982; Wiedl К.Н., 1991). Кроме того, исследователи отмечают использование больными неадекватных способов достижения цели, вследствие чего пациенты чаще прибегают к неадаптивным вариантам копинг-поведения.

В последние годы к изучению проблемы копинг-стратегий было привлечено большое внимание ученых, однако исследований, посвященных изучению механизмов совладания у больных шизофренией, несмотря на важность темы, на сегодняшний день крайне мало. В этой связи представляется актуальным сравнительное исследование особенностей стратегии совладания и изучение взаимосвязи между уровнем развития социальных навыков и стратегий совладания у больных шизофренией и здоровых лиц.

Наше исследование было посвящено изучению особенностей стратегий совладания подростков, больных шизофренией, и их взаимосвязь со степенью развития социальных навыков. В исследовании приняли участие 62 подростка в возрасте от 10 до 17 лет. В **экспериментальную группу** вошли 24 подростка: 14 мальчиков и 10 девочек, которые были стационарированы в детскую психиатрическую больницу № 6 г. Москвы (3, 4 и 1 отделения). Все исследуемые впервые поступили в больницу с диагнозом по МКБ-10 F20.6 «простая шизофрения» и F25.9 «Шизоаффективное расстройство, неуточненное». Все обучаются в средней школе, но многие отмечают трудности обучения и общения в школе.

В **контрольную группу** вошли **38** детей и подростков в возрасте от 10 до 17 лет. Нами были исследованы 18 мальчиков и 20 девочек. Эти дети и подростки обучаются в средних школах № 1409 и № 1640 г. Москвы. Все они справляются со школьной программой, не имеют органической патологии, социально адаптированы в классе и в школе.

Анализ проводился по следующим группам испытуемых: 1) «норма» (38 человек), «патология» (24 человека); 2) «девочки-норма» (20 человек), «мальчики-норма» (18

человек), «девочки-патология» (10 человек), «мальчики-патология» (14 человек); «младшие подростки-норма» 10-13 лет (16 человек), «старшие подростки-норма» 14-17 лет (22 человека), «младшие подростки-патология» 10-13 лет (7 человек) и «старшие подростки-патология» 14-17 лет (17 человек). Были использованы следующие методы:

1) для исследования стратегий совладания применялась Шкала COPE (полная версия). Данная методика позволяет более дифференцированно, чем другие методики, диагностировать различные стратегии совладающего поведения (всего 15 стратегий); 2) для исследования социальной компетентности - методика «социальных навыков» А.Гольдштейна (*Goldstein A.*).

Полученные результаты:

1. Исследование стратегий совладания и социальных навыков у **подростков, больных шизофренией**, выявило следующие особенности: в репертуаре используемых копинг-стратегий преобладают адаптивные, в основном, проблемно-ориентированные копинги, неконструктивные же стратегии совладания используются редко. Значительных отклонений в оценке собственных социальных навыков и навыков сверстников не обнаружено.
2. Исследование стратегий совладания и социальных навыков у подростков контрольной группы выявило следующие особенности: в репертуаре копинг-стратегий также преобладающими являются проблемно-ориентированные, конструктивные копинги, неадаптивные стратегии совладания используются подростками из группы нормы существенно реже. Признаков социальной дезадаптированности и неразвитости социальных навыков у здоровых подростков не обнаружено.
3. Сравнительный анализ стратегий совладания и социальных навыков подростков, больных шизофренией, и подростков группы нормы показал, что наиболее часто подростки обеих групп прибегают к использованию «Планирования совладания», «Активного копинга» и «Позитивного переопределения», реже всего и те, и другие используют «Поведенческое избегание». Однако здоровые подростки существенно чаще подростков из экспериментальной группы используют в качестве копинга «Позитивное переопределение и личностный рост» и «Активный копинг», что указывает на большую адаптивность и конструктивность их системы копинг-стратегий; для подростков, больных шизофренией, напротив, более характерно, чем

для здоровых, прибегают к дезадаптивным стратегиям совладания со стрессом (они существенно чаще используют «Психическое избегание»). Значительно ниже для экспериментальной группы были и оценки собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников, что указывает на дефицит социальных навыков у подростков, больных шизофренией в сравнении со здоровыми.

4. Мальчики, больные шизофренией, значительно чаще здоровых прибегают к использованию «психического избегания», и, напротив, гораздо реже используют юмор в качестве копинга, то есть система копинг-стратегий мальчиков экспериментальной группы менее адаптивна, чем система копинг-стратегий мальчиков из группы нормы. Также существенно ниже для данной группы оказались оценки собственных социальных навыков, что указывает на отставание в развитии системы социальных навыков у мальчиков, больных шизофренией по сравнению с мальчиками из группы нормы. При сравнении девочек клинической группы и группы нормы подобных различий не выявлено – существенно отличается только степень использования к качеству копинг-стратегии «Обращения к религии» (девочки экспериментальной группы используют религиозный копинг гораздо чаще), что указывает на «магичность» мышления, характерное для лиц, больных шизофренией. С другой стороны, при сравнении результатов мальчиков и девочек из экспериментальной группы, существенных различий выявлено не было, а при сравнении мальчиков и девочек группы нормы оказалось, что мальчики чаще прибегают к использованию юмора, а девочки – к «Фокусировке на эмоциях и их вентилировании», то есть здоровые девочки чаще здоровых мальчиков используют малоадаптивные стратегии совладания со стрессом. Таким образом, видно, что наиболее адаптивной является система копинг-стратегий у мальчиков группы нормы, девочки группы нормы и все подростки из клинической группы чаще используют менее адаптивные стратегии совладания со стрессом.

5. Младшие подростки из экспериментальной группы существенно реже прибегают к «Позитивному переопределению» и «Использованию эмоциональной социальной поддержки», чем их сверстники из контрольной группы. В старшей возрастной подгруппе экспериментальной группы (в сравнении с младшими подростками) существенно чаще используется «Позитивное переопределение» и «Активный копинг», то есть с возрастом система копинг-стратегий подростков, больных шизофренией, становится более адаптивной и конструктивной. Старшие подростки (14-17 лет), как больные шизофренией так и здоровые, наиболее часто прибегают к

использованию следующих копинг-стратегий: «Планирование совладания», «Активный копинг» и «Позитивное преодоление и личностный рост». Таким образом, по сравнению с младшими подростками, для старших подростков, больных шизофренией, «Использование инструментальной социальной поддержки» становится менее популярным. Для старших подростков из группы нормы менее популярным становится «Использование эмоциональной социальной поддержки». Существенно чаще старшие подростки из группы нормы, в сравнении с ровесниками из экспериментальной группы прибегают к «Использованию юмора» и, наоборот, намного реже используют в качестве копинга «Психическое избегание». Все эти факты свидетельствуют о том, что с возрастом системы стратегий совладания как у подростков, больных шизофренией, так и у здоровых подростков, совершенствуются и становятся более адаптивными. Кроме того, при взрослении предпочтения в использовании определённых стратегий совладания у подростков из экспериментальной группы и подростков из группы нормы становятся более схожими. Различия в степени развития социальных навыков в сравниваемых группах с возрастом также становятся менее существенными. Данные результаты особенно важны для оценки возможностей компенсации больных с шизофреническим дефектом. Кроме этого, интересен тот факт, что с возрастом использование социально-ориентированных копинг-стратегий в обеих группах существенно уменьшается, что является яркой иллюстрацией к динамике процесса самопознания, определения собственной социальной ниши и становления независимости подростка.

6. Существует положительная взаимосвязь между степенью развития социальных навыков и частотой использования адаптивных способов совладания со стрессом («Позитивное переопределение и личностный рост», «Использование инструментальной социальной поддержки», «Активный копинг» и «Планирование совладания»), то есть, более частое использование данных стратегий соответствует более высокому уровню развития социальных навыков у подростка. Также установлена положительная корреляция между значением коэффициента компенсации по методике Гольдштейна и стратегией «Использование юмора».

В настоящее время происходит изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от биологической к биопсихосоциальной модели и осуществлением её бригадой специалистов. Это способствует тому, что психосоциальная психотерапия и психосоциальная реабилитация получают всё

большее распространение и всеобщее признание, становясь реальной и необходимой составляющей оказания помощи больным. Несмотря на это, для нашей страны опыт проведения подобной работы является довольно новым и недостаточно распространённым. Кроме того, недостаточно исследований, посвящённых изучению основных механизмов адаптации, в частности совладания у больных шизофренией. Имеющиеся сведения носят отрывочный характер, а копинг-механизмы чаще всего рассматриваются в отрыве от конкретных видов психосоциального воздействия.

Таким образом, на примере сравнения стратегий совладающего поведения и социальных навыков у подростков, больных шизофренией, и здоровых подростков удалось показать, что уровень развития социальных навыков и частота использования адаптивных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями у подростков, больных шизофренией ниже, чем у здоровых. Был выявлен ряд особенностей систем совладающего поведения подростков, больных шизофренией.

Сравнительное исследование копинг-стратегий и социальных навыков у подростков, больных шизофренией, в младшей и старшей возрастных подгруппах даёт основание утверждать, что компенсаторные возможности подростков, больных шизофренией, достаточно велики.

Исследование совладающего поведения весьма актуально для отечественной психологической науки, а его результаты имеют неограниченные возможности для практического применения: доказана возможность развития совладающего поведения и обучения ему через приобретение социально-ценных жизненных навыков. Это увеличивает психосоциальную компетентность человека, укрепляя его как субъекта. Жизненно необходимые навыки совладания могут направленно формироваться и развиваться в разнообразных сферах (здоровье, обучение, экстремальные ситуации и другие), что является залогом благополучия, позитивной человеческой психологии и здоровья.

Полученные результаты позволяют поставить задачи для дальнейшей разработки обозначенной проблемы. В первую очередь это касается создания программы профилактики различных форм социально-психологической дезадаптации в подростковом возрасте, ориентированной на расширение представлений подростков о собственных эмоционально-поведенческих возможностях реагирования в

стрессовой ситуации.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К НОВЫМ  
СОЦИАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ  
ВЕГЕТАТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ**

*Усенко А.Б., кандидат биологических наук, доцент*

*Российский государственный гуманитарный университет, Институт  
психологии имени Л.С.Выготского, кафедра Дифференциальной психологии и  
психофизиологии, Москва*

[anna\\_usenko@mail.ru](mailto:anna_usenko@mail.ru)

*Кузьмина К.А., аспирант*

*Российский государственный гуманитарный университет, Институт  
психологии имени Л.С.Выготского, кафедра Дифференциальной психологии и  
психофизиологии, Москва*

[kiraak@mail.ru](mailto:kiraak@mail.ru)

Актуальность исследования.

Подростковый период – один из критических этапов в жизни человека, который характеризуется сложным комплексом качественных изменений не только на физиологическом уровне, но и в социальной ситуации развития. В этот период существенно изменяются требования, предъявляемые обществом к подростку, что связано с переходом в новую социальную категорию взрослого человека. При этом адаптация подростка к новым социальным условиям существования происходит на фоне интенсивных нейрогуморальных перестроек, что обуславливает повышенные нагрузки на адаптационные механизмы. Дополнительные сложности возникают при переходе от обучения в школе к обучению в учреждениях среднего специального образования: необходимость приспособления к новым требованиям учебного процесса и к новой референтной группе подвергает серьезным испытаниям адаптационные возможности личности.

В сложной иерархически организованной системе структур, обеспечивающих адаптационный процесс, важнейшая роль принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС), которая обеспечивает формирование и поддержание



функциональных состояний организма, адекватных текущей деятельности. Типологические особенности вегетативной регуляции, обусловленные балансом симпатического и парасимпатического отделов ВНС, являются устойчивой индивидуальной характеристикой. Они выявляются уже в раннем детском возрасте и во многом определяют особенности психоэмоциональной и когнитивной сферы, мотивационных стилей, а также адаптационных возможностей организма (в том числе и особенности социальной адаптации) [Баевский Р.М., 1997; Вейн А.М., 1981; Суворова В.В., 1976; Beauchaine Th.P., 2007; Friedman В.Н., 2007; Friedman М., 1945; Porges S.W., 1996, 2003].

Цель данного исследования: изучение особенностей социально-психической адаптации подростков с разным типом вегетативного реагирования в новых социальных условиях.

Выборка и методы исследования.

В исследовании приняли участие 58 испытуемых (15 мальчиков и 43 девочки) в возрасте 15-16 лет, учащихся первого курса одного из московских колледжей.

Для оценки типологических особенностей вегетативного баланса, запаса функциональных ресурсов организма, степени напряжения регуляторных систем использовали метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью прибора «Спироартериокардиоритмограф» (САКР, производство ООО «ИНТОКС», г. Санкт-Петербург; ЭКГ в I стандартном отведении). В ходе анализа ВСР оценивали: характеристики периодических составляющих ВСР (спектральный анализ – HF, LF, VLF, TP) и рассчитываемые на их основе индекс вегетативного баланса ( $ВБ=LF/HF$ ) и индекс централизации ( $ИЦ=(VLF+LF)/HF$ ), статистические характеристики общей вариабельности ритма сердца (статистический анализ – SDNN, RMSSD), геометрические характеристики ВСР и рассчитываемые на их основе индексы Баевского, такие как индекс вегетативного равновесия (ИВР), показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР), вегетативный показатель ритма (ВПР) и индекс напряжения (ИН) [Баевский Р.М., 1997; Яблчанский Н.И., 2010].

Для диагностики особенностей социальной адаптации подростков использовали опросники: «Опросник приспособленности» Белла в адаптации Рукавишниковой А.А.

и Соколова М.В., «Шкала социально-психологической приспособленности» Роджерса-Даймонда в адаптации Снегиревой Т.В. и Прихожан А.М.

«Опросник приспособленности» содержит шесть шкал: приспособленность в семье и в сфере здоровья, социальная и эмоциональная приспособленность, враждебность и мужественность-женственность. Опросник «Шкала социально-психологической приспособленности» позволяет охарактеризовать общий уровень адаптированности-деадаптированности подростка и определяющие его факторы.

Статистическую обработку данных осуществляли по алгоритмам программы “Statistica 6.0” с использованием непараметрических методов (*U*-критерий Манна – Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена). Принятый уровень значимости составлял 5%.

Результаты исследования.

В качестве критерия разделения испытуемых на группы в работе использовали индекс вегетативного баланса [Heart rate variability, 1996]. С учетом ВБ испытуемые были разделены на 4 группы: ваготоники ( $ВБ < 0,5$ ) - испытуемые, у которых вегетативный баланс смещен в сторону преобладающего тонуса парасимпатического отдела (9 человек – 7 девочек и 2 мальчика); симпатотоники ( $ВБ > 1,5$ ) - испытуемые, у которых вегетативный баланс смещен в сторону преобладающего тонуса симпатического отдела (13 человек – 9 девочек и 4 мальчика); эйтоники ( $ВБ$  в диапазоне  $0,5-1,5$ ) – испытуемые со сбалансированным и невысоким уровнем активности обоих отделов ВНС (18 человек – 14 девочек и 4 мальчика); дистоники ( $ВБ$  в диапазоне  $0,5-1,5$ ,  $TR > 100$ ) – условное название группы испытуемых с неустойчивым балансом и относительно высоким тонусом обоих отделов ВНС (18 человек – 13 девочек и 5 мальчиков).

В группе ваготоников преобладание вагусного тонуса (HF, RMSSD, SDNN) обуславливает поддержание адекватного функционального состояния с минимальными затратами ресурсов и оптимальным состоянием регуляторных центров (ИЦ, ИВР, ПАПР, ВПР, ИН), которые при необходимости могут оперативно вовлекаться в контроль адаптационных процессов разных уровней. Согласно полученным данным, ваготоники демонстрируют относительно высокие показатели социально-психологической адаптированности: они удовлетворены отношениями в

семье, эмоционально стабильны и уверены в себе, самостоятельны и независимы, довольно хорошо понимают и умеют контролировать свои эмоции и чувства. При этом результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что способность к мобилизации имеющихся функциональных ресурсов и переходу к активному типу реагирования (по типу симпатотонии) обеспечивает ваготоникам успешность приспособления к требованиям социальной среды в условиях повышенного напряжения адаптационных механизмов (LF & «Враждебность»,  $r = -0,71$ ; ИН & «Социальная приспособленность»,  $r = -0,71$ ; RMSSD & «Эмоциональность»,  $r = 0,69$ ; ВБ & «Конфликтность»,  $r = -0,73$ ).

В группе эйтоников относительно невысокий тонус обоих отделов ВНС (LF, HF) сочетается с несколько повышенным уровнем активации интегративных регуляторных центров (ИВР, ПАПР, ВПР), что позволяет использовать разнообразные стратегии адаптации, характерные как для симпатического, так и для парасимпатического типа реагирования. Согласно полученным данным, эйтоники демонстрируют самые высокие показатели социально-психической адаптации: они удовлетворены собой и своей жизнью, испытывают чувство эмоционального комфорта, охотно идут на контакты с окружающими, дружелюбны и открыты в общении, доброжелательно и с пониманием относятся к окружающим, сохраняя при этом независимость в поведении и суждениях. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что в данной группе реагирование по парасимпатическому типу, направленное на экономию функциональных ресурсов, с одной стороны сопровождается повышением уверенности в межличностных отношениях (RMSSD & «Враждебность»,  $r = -0,59$ ), а с другой стороны сопряжено со стремлением избежать принятия ответственности и отказом от попыток решения проблем, что может указывать на некоторое снижение уровня социальной адаптированности (SDNN & «Уход от решения проблем»,  $r = 0,47$ ).

В группе симпатотоников повышенный тонус симпатической нервной системы (LF, ИЦ) сочетается с высоким уровнем напряжения нейрогуморальных регуляторных механизмов (ИН), сопровождается мобилизацией функциональных ресурсов (ИВР, ПАПР, ВПР), снижением их запаса и нестабильностью показателей гомеостаза, что, в конечном итоге, существенно сужает адаптивные возможности организма. Согласно полученным данным, симпатотоники демонстрируют относительно низкий уровень социально-психической адаптации: они чувствуют себя неуверенно при

общении с новыми людьми, могут быть вспыльчивы и несдержанны вплоть до агрессивных реакций, плохо контролируют свои чувства и эмоции, при этом очень чувствительны и тревожны, часто недовольны собой и окружающими. Согласно результатам корреляционного анализа, в данной группе подростков дополнительная нагрузка на адаптационные механизмы при небольшом запасе функциональных резервов осложняет процессы социально-психической адаптации, приводит к ухудшению самочувствия и усугубляет эмоциональную нестабильность (ПАПР & «Приспособленность в сфере здоровья»,  $r = 0,63$ ; LF & «Субмиссивность»,  $r = 0,69$ ; LF & «Эмоциональный дискомфорт»,  $r = 0,61$ ).

В группе дистоников интенсивной расход ресурсов организма (высокий уровень симпатотонии, LF) затрудняет их восстановление, даже, несмотря на высокую скорость их накопления (высокий вагусный тонус, HF, RMSSD), что создает избыточное напряжение нейрофизиологических механизмов адаптации (TP, ИВР, ПАПР, ВПР). Такие особенности адаптационных процессов базового уровня в определенной степени обуславливают особенности адаптационных процессов психического уровня: дистоники демонстрируют самые низкие показатели социально-психической адаптации. Так, для них характерны конфликтные, напряженные отношения с родителями, пассивность в установлении новых социальных контактов, эмоциональная нестабильность, негативное отношение к своей внешности и способам взаимодействия с окружающими, а также враждебность по отношению к своим сверстникам. Согласно результатам корреляционного анализа, рост тонуса высших регуляторных центров сопровождается снижением эмоциональной нестабильности и конфликтности, что в определенной степени облегчает социально-психическую адаптацию дистоников (ВПР & «Эмоциональность»,  $r = -0,49$ ; ВПР & «Конфликтность»,  $r = -0,65$ ). Однако дополнительная нагрузка на адаптивные механизмы, которая сопровождается расходом и без того небольшого запаса функциональных резервов, вынуждает подростков с таким типом вегетативного баланса экономить ресурсы, уходя от попыток решения проблемы при встрече с трудностями, избегая стратегии поведения, направленные на активное преодоление препятствий (VLF & «Уход от решения проблем»,  $r = 0,5$ ).

*Заключение.*

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что успешная адаптация к новым социальным условиям, характерная для подростков-ваготоников и эйтоников, обусловлена, по-видимому, в первую очередь относительно низким симпатическим тонусом и большим запасом функциональных резервов. Такие особенности регуляторных механизмов нейрофизиологического уровня сопряжены с высокой адаптивностью регуляторных механизмов на психическом уровне. Причем переход к реагированию по симпатическому типу в этих группах позволяет использовать имеющиеся резервы и оптимизирует адаптивные возможности личности. Подростки-дистоники и симпатотоники демонстрируют наибольшие трудности социально-психической адаптации к новым социальным условиям, что, по-видимому, обусловлено в первую очередь повышенным симпатическим тонусом и интенсивным расходом функциональных резервов. Такие особенности регуляторных процессов нейрофизиологического уровня снижают адаптационные возможности организма, что проявляется и на психическом уровне. И в этом случае усиление компонентов реагирования по симпатическому типу на фоне и без того высокого тонуса симпатического отдела ВНС сопровождается снижением показателей социально-психической адаптированности, а на нейрофизиологическом уровне может приводить к истощению и даже срыву адаптационных механизмов.

Знание особенностей вегетативного реагирования позволяет более эффективно оценивать адаптационные возможности подростков, а так же организовывать профилактическую и коррекционную работу в условиях повышенных психоэмоциональных и физических нагрузок.

#### *Литература:*

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997.
2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. М.: Медицина, 1981.
3. Суворова В.В. Тесты определения индивидуальных особенностей вегетативного реагирования. М.: НИИ Общей и педагогической психологии Академии педагогических наук СССР, 1976.
4. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В. Вариабельность сердечного ритма в помощь практическому врачу. Харьков, 2010.

5. Beauchaine Th.P., Gatzke-Kopp L., Mead H.K. Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence // Biological psychology. 2007. N 74. P. 174-184.
6. Friedman B.H. An autonomic flexibility-neurovisceral integration model of anxiety and cardiac vagal tone // Biol Psychol. 2007. V. 74. N 2. P. 185-99.
7. Friedman M. Studies concerning the etiology and pathogenesis of neurocirculatory asthenia. // American Heart Journal. 1945. № 30. P. 478-491.
8. Heart rate variability / Standards of measurement. Physiological interpretation and clinical use // Eur. Heart Journal. 1996. V. 17. P. 354-381.
9. Porges S.W. Physiological regulation in high-risk infants: A model for assessment and potential intervention // Development and Psychopathology. 1996. N 8. P. 43-58.
10. Porges S.W. The polyvagal theory: phylogenetic contributions to social behavior // Physiology & Behavior. 2003. N 79. P. 503-513.

## **ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В СФЕРЕ СЕМЬИ И БРАКА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Шибкова О.С., аспирант*

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет,  
кафедра общей психологии, Москва*

В период стремительных изменений, происходящих в современном обществе, наблюдается немало людей с искаженным половым самосознанием, утрачивается значение мужчины и женщины как ценности, сопровождающееся феминизацией мужчин и маскулинизацией женщин, негативно влияющее на отношение молодежи к институту семьи и брака [2, 4].

С точки зрения теории Э. Эриксона [3, 5] основным кризисом в период студенческой юности является кризис «идентичности против диффузии», успешное разрешение которого позволяет личности обрести целостность.

Современные исследования показали [1, 2], что юношеский возраст характеризуется также кризисом системы близких межличностных отношений, который должен быть рассмотрен не только как составляющая собственно кризиса идентичности, но и с

позиций задач следующего психологического возраста – молодости – задач разрешения кризиса «интимность против изоляции».

В 2010 году нами было проведено исследование особенностей гендерной идентичности студентов 1-3 курсов факультета клинической психологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета.

Основной целью исследования стало изучение особенностей гендерной идентичности в сфере семьи и брака в юношеском возрасте.

Первые результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что формирование гендерной идентичности является центральной задачей для юношей и девушек в возрасте 17-19 лет.

Собственная идентичность формируется, прежде всего, в контексте межличностного взаимодействия. В связи с этим, одной из основных задач исследования стало изучение особенностей идентичности в сфере любви и дружбы, как подготовительного этапа, необходимого для установления зрелых отношений с противоположным полом и формирование психологической готовности к браку и семейной жизни.

В ходе исследования удалось установить, что наблюдаются значимые качественные изменения идентичности в сфере дружбы на протяжении возраста 17-19 лет: вступая в юность большинство молодых людей находились в низком статусе предрешения, характеризующимся наличием у человека некоторой обобщенной модели «идеальной» дружбы, не являющейся результатом собственных поисков, и в реальности часто сводящейся к совместному времяпрепровождению (попить пива, сходить в кино). К 19 годам на первый план выходит статус моратория, свидетельствующий о прохождении подростком кризиса в данной сфере.

Прослеживая динамику статусов идентичности в сфере любви, было выявлено, что на протяжении 17-19 лет наиболее характерным статусом является статус моратория. Статус предрешения является вторым по распространенности в возрасте 17 лет, затем его значения снижаются к возрасту 19 лет.

В ходе исследования были выявлены различия в статусах идентичности в сфере семьи и брака в разных возрастных группах. Для возраста 17-18 лет наиболее

характерными являются статусы диффузии и предрешения. С возрастом количество пребывающих в статусе диффузии и предрешения постепенно уменьшается, и к 19 годам увеличивается количество испытуемых, находящихся в статусе моратория. Идет процесс поиска, размышления и обдумывания, тогда как реальное представление о будущей семье, браке пока еще не актуализировано.

Таким образом, юношеский возраст является значимым периодом в становлении гендерной идентичности и формировании близких межличностных отношений, но при этом данный феномен продолжает оставаться недостаточно изученным. Искажение представлений о функциях супругов и семьи в целом, неготовность и увеличение возраста вступления в брак в современном обществе, в том числе и на почве неадекватной идентичности, делает проблему изучения гендерной идентичности в сфере семьи и брака актуальной для дальнейших исследований.

### **Литература**

1. Орестова В.Р., Мохов В.А. Психологические проблемы юношеского возраста в контексте подготовки специалистов в высшей школе // Социально-экономические и кадровые вопросы управления организацией. Материалы межкафедральной конференции, ВГНА, 2004
2. Орестова В.Р., Карабанова О.А. Методы исследования идентичности в концепции статусов идентичности Д.Марсиа // Журнал практического психолога, 2005, № 1.
3. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М., 1996б. 344 с.
4. Marcia J.E. Defermination and construct validity of ego-identity status// Unpublished doctoral dissertation - The Ohio State Unio,1964.
5. Marcia J. E. Development and validation of ego-identity status//Journal of personality., 1966, p. 551 - 558.



## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Ялтонский В.М., доктор медицинских наук, профессор*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва*

*Дияжева Л.В., аспирант кафедры клинической психологии*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, Москва*

[yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru); [l.diyazheva@mail.ru](mailto:l.diyazheva@mail.ru)

**Актуальность исследования.** Внутренняя картина болезни (ВКБ) как феномен телесности, является одним из наиболее исследованных изученных психосоматических феноменов в отечественной клинической психологии 20 века, изучение которого активно продолжается в 21 веке (1, 3,4,5,6, 8). В ряде исследований уже было показано, что ВКБ является одним из наиболее важных факторов, оказывающих влияние практически на все аспекты жизни больного человека (2, 7). Актуальность данного исследования обусловлена, с одной стороны, распространенностью муковисцидоза, тяжелого, угрожающего жизни наследственного заболевания детей и подростков, имеющего негативный прогноз, а с другой стороны, фактическим отсутствием отечественных исследований внутренней картины болезни (ВКБ) и совладающего поведения у подростков с муковисцидозом.

**Объект исследования:** внутренняя картина болезни. **Предмет исследования:** особенности внутренней картины болезни подростков с органическим заболеванием (муковисцидоз) и функциональным расстройством (синдромом нейроциркуляторной дистонии).

**Цель исследования-**сравнительное изучение параметров внутренней картины болезни у подростков с муковисцидозом и с синдромом нейроциркуляторной дистонии, исследование расхождений в субъективном восприятии муковисцидоза подростком и его родителями. **Задачи исследования.**

1. В группах подростков с муковисцидозом и с синдромом нейроциркуляторной дистонии провести сравнительное исследование следующих характеристик внутренней картины болезни-причины болезни, идентификация заболевания и беспокойность им, его понимание, продолжительность, последствия и

эмоциональная восприимчивость к нему, эффективность лечения, субъективный контроль над заболеванием.

2. Провести сравнительное исследование расхождений в восприятии муковисцидоза подростками и их родителями по параметрам ВКБ (уязвимость к болезни, течение, последствия, излечимость, видимость проявлений и управляемость болезни, а также идентификация заболевания и обеспокоенность им, его понимание, продолжительность, последствия и эмоциональная восприимчивость к нему, эффективность лечения, субъективный контроль над заболеванием).

**Характеристики выборки.** Обследовано 60 подростков мужского и женского пола, разделенных на 2 группы, сопоставимых по возрасту (от 13 до 17 лет) и полу. Основная группа (группа №1) состояла из 30 подростков с муковисцидозом, находящихся на лечении в отделении медицинской генетики Российской детской клинической больницы (Р.Д.К.Б., г.Москва). Средний возраст- $14,37 \pm 1,49$  года. Контрольная группа (группа № 2) состояла из 30 подростков с синдромом нейроциркуляторной дистонии (НЦД), находящихся на стационарном лечении в детской ГКБ Св.Владимира Д.З. Москвы. Средний возраст- $14,43 \pm 1,03$  года. Группа №3-30 родителей подростков с муковисцидозом, находящихся на лечении в отделении медицинской генетики Российской детской клинической больницы (Р.Д.К.Б., г.Москва).

**Методики исследования.** 1.Краткий опросник восприятия болезни (Э.Бродбент и др., 2006), модифицированный в 2006 году Ялтонским В.М., в двух версиях-для подростков и для родителей. 2. Опросник « Субъективные оценки болезни» (М.Вольрат А. и др. 2004, адаптированного в 2006 году Ялтонским В.М., в двух версиях -для родителей и для подростков. Полученные результаты были обработаны с помощью программы SPSS for Windows, Version 11.0.

**Результаты исследования.** Полученные статистически достоверные результаты исследования свидетельствуют о том, что:

1.Подростки с муковисцидозом (органическим, наследственным заболеванием) ведущими причинами своей болезни считают наследственность (66,7%), влияние микробов (45,8%) и плохую медицинскую помощь в прошлом (41,7%). Обыденные представления подростков о наследственной причине муковисцидоза в целом

отражают современные научные представления и свидетельствуют об их осведомленности о причинах своего заболевания. Подростки с синдромом НЦД (функциональное расстройство) ведущими причинами своей болезни считают неадекватное собственное поведение, наследственность (по 37,5%) или случайность (31,3%).

2. По сравнению с подростками с синдромом НЦД, внутренняя картина болезни подростков с муковисцидозом характеризуются статистически достоверно более высокой идентификацией болезни подростками, эмоциональной восприимчивостью к ней, оценкой болезни как долговременной, которая будет продолжаться фактически всю оставшуюся жизнь и будет иметь долговременные тяжелые последствия. Тем не менее, подростки считают проводимое лечение эффективным и относительно высоко оценивают свою способность контролировать лечение.

3. Внутренняя картина болезни подростков с НЦД является полиморфной, недостаточно сформированной, и характеризуется слабо выраженной идентификацией болезни и низкой эмоциональной восприимчивостью к ней. Они оценивают свою болезнь как кратковременную и не приводящую к серьезным последствиям.

4. Подростки с муковисцидозом оценивают свою болезнь как представляющую для них умеренно выраженную угрозу и приносящую им невыраженные страдания, их уязвимость к которой они считают ограниченной. В их ВКБ преобладают представления о трудности излечения муковисцидоза, о практически полной невидимости его проявлений для окружающих, что сочетается с убеждением подростков о наличии у них способности успешно управлять болезнью и наличием выраженной надежды на успешное будущее.

5. Субъективные представления подростка о муковисцидозе и восприятие болезни родителями подростка имеют существенные расхождения. По сравнению с подростками с муковисцидозом, их родители склонны статистически достоверно переоценивать тяжесть болезни ребёнка в целом, её последствия, степень его страдания, уязвимости к болезни и уровень угрозы для его жизни. Родители отмечают выраженную обеспокоенность и эмоциональную восприимчивость к заболеванию, что можно рассматривать как вариант гиперсоматонозогнозической позиции и рассматривать в качестве мишени психокоррекционной работы с ними.

## Литература

1. Бузина, Т.С., Должанская, Н.А., Подосинова Т.В. Внутренняя картина болезни больных с опийной зависимостью, осложненной вирусным гепатитом С // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием /Под общ. ред. Е.В. Борисовой. – М.: ННЦ наркологии, 2009. – С. 213-214.
2. Вассерман Л.И., Федорова В.Л., Трифонова Е.А. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. //Сибирский психологический журнал № 27: Научный журнал. Томск: «ТМЛ-Пресс», 2008 г. - С.67-71.
3. Николаева В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни// Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов/Под.ред В.В. Николаевой.- М.: Академический Проект ,2009. – С.140-161.
4. Николаева В.В., Арина Г.А. Особенности становления ВКБ в детском возрасте//Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов/Под.ред В.В. Николаевой.-М.: Академический Проект ,2009. – С.162-174
5. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.09.2011).
6. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Внутренняя картина болезни и образ мира // Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов/ Под.ред В.В. Николаевой.-М.: Академический Проект ,2009. – С.115-123.
7. Ялтонский В.М. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение при заболеваниях внутренних органов: новый теоретический подход.//Актуальные вопросы диагностики и лечения психосоматических заболеваний/Сб. научных трудов Ярославской ГМА, Ярославль,2011.-С.115-123.
8. Ялтонский В.М. Когнитивные представления о болезни при заболеваниях внутренних органов.//Актуальные вопросы диагностики и лечения психосоматических заболеваний/Сб. научных трудов Ярославской ГМА, Ярославль,2011.-С.112-115.

## THE EFFECTS OF THE BIRTH OF A CHILD WITH A BRAIN-RELATED CONDITION ON THE PARENTS' RELATIONSHIP

Vicki Hardy, MPhil, Research Assistant

Swansea Metropolitan University Cerebra Research Unit (Great Britain)

[elmira.strange@smu.ac.uk](mailto:elmira.strange@smu.ac.uk) (Эльмира Стрендж)

**Background.** The birth of a baby has a major impact on a family and whilst it is nearly always a positive and happy event, it does have the potential to be stressful as it involves substantial changes in the daily routine (Edworthy, 2005). However, a significant number of new parents not only have to cope with these general changes but also have to deal with additional challenges because their child is born with a brain-related condition. In the UK there are 770,000 children under the age of 16 with a disability, 98% of whom live at home and are supported by their families (Contact a Family, 2010).

Within the literature on parents of children with brain-related conditions there exists an assumption that due to their circumstances, they are more likely to experience marital discord and divorce (Marshak & Prezant, 2007; Sobey, 2004). The care that a disabled child requires can be much greater than that of a normally developing child and therefore, places extra care demands on the parents. This in turn can lead to high stress levels which have the potential to cause conflict within a marriage and may explain why a large number of children with special needs may live in a one parent household (Lyon, Barnes, & Sweiry, 2006; Featherstone, 1990; Toro, Weissberg, Guare, & Liebenstein, 1990).

The evidence to date suggests that it is when parents of a disabled child perceive that they cannot cope, that the resultant stress has a detrimental effect on their relationship. If parents receive emotional and practical help from their spouse they are likely to experience less stress (Contact a Family, 2003) and are therefore better able to enjoy a good relationship with their partner.

Knowledge of coping strategies have been reviewed and acknowledged by professionals and parents alike, and this knowledge has the potential to improve parents' day-to-day life when caring for a disabled child. However, due to the nature of human difference, some strategies may be of more value to certain individuals, and they may report that these have enabled them to cope. This article will briefly review the literature on coping strategies and mechanisms. Attention will then focus on more recent literature that discusses the notion of positive perceptions and the impact that a change of view can

have on parents, as well as the clinical potential of the use of a Positive Contributions Scale (PCS) as a facilitator to promote positive coping strategies.

**Supporting each other: nurture your marriage.** Researchers (Beresford, 1994) have identified that in a marital or cohabiting relationship a partner is likely to be the most intimate person in an individual's life and that often knowing each other thoroughly is seen as a support. Mothers of disabled children involved in the study reported that they viewed their partner as a source of emotional support and strength. It has also been evidenced (Yau & Li-Tsang, 1999) that a supportive marital relationship can have an impact on the care of the child. It is suggested that if a spouse offers emotional and practical support in the care of the child, this has the potential to affect their partner's perception of their disabled child. For example if a spouse takes an active role in the child's life, then the child's care will be shared and therefore, the stress will not be placed on only one parent, and therefore it is more likely that those parents adapt a positive perception of their child. If the spouse discusses the child in a positive manner then this may lead to better acceptance and in turn this could be better care for the child.

However a supportive marital relationship at a time where parents are experiencing increased stress levels, as well as the emotional reactions that parents may experience may be a goal that seems hard to achieve. At a time of crisis it seems that every person will cope in their own way, however, when the crisis is the birth of a disabled child, parents may be consumed with their own emotions, and may feel unable to discuss the way they are feeling with their partner.

**The role of information about support services and the child's condition.** Researchers who are also mothers of disabled children advise other parents that "rather than be paralysed by unpredictability, get the information you need to enhance your sense of control" (Marshak & Prezant, 2007). They suggest that taking some control back by gathering information on their child's condition and support services available, can help parents to handle the stress created by the unpredictability of their situation. This information can come from professionals (doctors, social workers, health care workers, teachers etc.).

**The role of information to family members.** Researchers and parents alike have stressed the importance of family support; a father of a disabled son (Callanan, 1990) stated that for him: "Under most circumstances, the family is the best support system known to man". However, some older grandparents grew up in an era

where disabilities were not seen as much as they are in present society and sometimes, this lack of knowledge can act as a barrier to support (Callanan, 1990). A way of counteracting this and allowing grandparents to feel included is if parents share any information that they receive from professionals on their child's condition, for example, leaflets and booklets. This may encourage grandparents to play active parts in their grandchild's life if they feel empowered and capable of caring. This in turn will help parents, as they are more likely to receive practical support from them if they feel confident in the child's care.

**The benefits of supportive friendships.** Some researchers (Schilling, Gilchrist, & Schinke, 1984) have found that social supports are valuable to parents of children with disabilities as they "enable parents to maintain their sense of normalcy, and give them strength when their personal coping ability ebbs" (p.52). Spending time engaged in fun activities with friends who do not have children with disabilities enables parents to maintain their sense of their own identity, and to forget about their troubles for a short period of time. The activities that were discussed were exercise, reading, gardening and shopping, even though these may not have consumed long periods of time, an hour out meant that parents were psychologically and emotionally refreshed when they allowed themselves time to relax. Researchers 3 have found that it helps parents when they do not limit their social circles to only parents in the same position as themselves as "Disability is only one component of life" (p.185).

**The impact of positive reappraisal.** Recent literature on the topic of coping strategies used by parents of a child with a brain-related condition has introduced the notion of positive perceptions and reappraisal of the situation, forming the argument that adapting a positive outlook can affect the way in which parents cope and form attachments to their child.

It appears that negative societal perceptions have the ability to cause great stress to a parent. However, it must be considered that if a parent is coached on the ability to cope in certain situations and adapt their way of thinking, for example not becoming embarrassed or offering information to those individuals who will stare at their child, then they will feel less stressed. It could, therefore, be the case that if a parent adapts the way in which they perceive their child, they will be better equipped to deal with the way in which society views their child.

A conclusion that can be drawn from the literature is that the way in which an individual copes can affect the way that they perceive their life, the support they receive and their relationship with their spouse/partner. The coping mechanisms used by parents

may differ but many produce the same outcome; that effective coping leads to effective life management.

### **References:**

Edworthy, A. (2005). *Managing stress for carers*. Carmarthen: Cerebra Contact a Family.  
(2010). *Statistics: Information about families with disabled children* [online]. Available from: <http://www.cafamily.org.uk/professionals/research/statistics.html>. [Accessed 7 May 2010].

Marshak, L.E. & Prezant, F.P. (2007) *Married with Special-Needs Children: A couples' guide to keeping connected*. USA: Woodbine House.

Sobey, D. (2004). Marital stability and marital satisfaction in families of children with disabilities: Chicken or egg?. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32, pp 62-83.

Lyon, N., Barnes, M. & Sweiry, D. (2006). *Families with children in Britain: Findings from 2004 Families and Children study (FACs)* [online]. DWP Research Report, London: Department for work and pensions. Available from: <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2005-2006/rrep340.pdf> [Accessed 14/01/10].

Featherstone, H. (1990). *A Difference in the Family: Living with a Disabled Child*. USA: Penguin

Toro, P.A., Weissberg,R.P.,Guare,J. & Liebenstein,N.L. (1990). A Comparison of Children with and without Learning Disabilities on Social Problem-Solving skill, School Behavior, and Family Background. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 115-120.

Contact a Family. (2003). *No Time For Us: Relationships between Parents who have a Disabled Child*. [online]. Available from: [www.cafamily.org.uk/pdfs/no\\_time\\_for\\_us\\_report.pdf](http://www.cafamily.org.uk/pdfs/no_time_for_us_report.pdf). [Accessed 14 January 2010].

Yau, M.K. & Li-Tsang, C.W.P. (1999). Adjustment and Adaption in Parents of children with developmental disability in Two-Parent families: A Review of the Characteristics and Attributes. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45, 38-51.

Callanan, C.R. (1990). *Since Owen: A Parent-to-Parent Guide for Care of the Disabled Child*. USA: The John Hopkins University Press.

Schilling, R.F.,Gilchrist, L.D. & Schinke, S.P. (1984). Coping and Social Support in Families of Developmentally Disabled Children. *Family Relations*, 33, 47-54.



## COMMUNICATING WITH BRAIN-INJURED CHILDREN WHO CANNOT USE SPEECH

Elmira Strange, Elmira Strange, MPhil, Senior Researcher

Swansea Metropolitan University Cerebra Research Unit (Great Britain)

[elmira.strange@smu.ac.uk](mailto:elmira.strange@smu.ac.uk) (Эльмира Стрендж)

The Royal College of Speech and Language Therapists<sup>1</sup> reported that 1 in 10 children – an estimated 1.2 million children across the UK – have a communication disability. This means that thousands of families may have to learn additional ways of communicating with their children, whether through symbolic behavior, gestures, and sign language, or by undertaking specific training to learn how to communicate through pictures or digital devices.

*Learning disability* (LD) is defined as a significantly subaverage intellectual functioning, ranging from ‘mild’ to ‘profound’, and can be assessed by a standardised Intelligence Quotient (IQ) test. Children with mild LD can perform basic tasks and communicate in simple terms, whereas children with profound LD require full-time care and tend not to interact with others socially. Their vocabulary may reach 300-400 words when they are adults while, in contrast, children without LD are able to hold a vocabulary of 100 to 200 words at 18-24 months<sup>2</sup>.

The majority of children with profound learning disabilities are not able to use spoken language and, therefore, have alternative ways of communicating, such as through gestures, muscle tensions, a wink or a blink<sup>6</sup>. Children with severe and profound learning disabilities have a very limited range of communication skills. These gestures may be interpreted in different ways, and their reactions to various situations are likely to differ from the norm. Parents and carers find great difficulty in identifying appropriate ways to communicate with nonverbal children with learning disabilities, and the children become frustrated as most of them have a tremendous desire to interact and socialise with others.

The only way some children with learning disabilities can demonstrate their preferences, likes and dislikes is by reacting physically to what is presented to them. For example, if offered food, they may move it away with their hands, or spit it out. These reactive communicative behaviours are often interpreted as *challenging*<sup>6</sup>, and often misunderstood

by the communication partner and observers. Clearly there is a real need for the development of communication systems to assist all concerned.

### **Effective communication techniques**

Many methods have been developed for communicating with children and young people who do not use speech: for example, a) the Picture Exchange Communication System (PECS), b) Voice Output Communication Aids, c) Intensive Interaction, and d) Total Communication Approach.

The main aim of these communication techniques is to develop the child's communication skills to the highest possible extent, and, consequently, to increase the child's participation in everyday life. They also allow a child who does not use speech to use every possible mode to communicate, whether it is an unassisted form of communication, such as natural body language, gestures and sign language, or an assisted form of communication, such as a Voice Output Communication Aid, where external support will be required<sup>5</sup>.

**a) The Picture Exchange Communication System and other graphic symbols.** The Picture Exchange Communication System (PECS) involves using a collection of pictures that help nonverbal children to make requests, to communicate with sentences, and to respond to questions<sup>3</sup>. The set of pictures are usually laid out in front of a child so that s/he could make a choice of the favourite food, toy, or activity. When s/he wants to receive some item such as food or play with a particular toy, s/he can give the picture of that item to the communication partner in exchange for the actual thing. In this way, children with LD learn to communicate in sentences using the pictures, and to make requests and respond to questions.

The advantage of PECS is that it does not require an individual to make eye contact before the beginning of communication training or to have developed motor and verbal imitation skills. It can be suitable for children with other additional physical difficulties. Also, PECS are reasonably simple to use in comparison to other options, and is relatively cheap to purchase<sup>8</sup>. It is an effective system for communicating with brain-injured children, which can be easily learned by communication partners, who have little, if any, prior experience with these types of communication techniques<sup>3, 8</sup>.

**b) Voice Output Communication Aids.** A Voice Output Communication Aid (VOCA) is a computerised switch device that can 'speak' for the child. By pressing one of the buttons,

a child can pre-record his or her messages that can be played later<sup>9</sup>, or s/he can press on the screen pictures and the digital voice will be activated. VOCAs can be used in many ways, for example: to make a choice, to make request, to deliver a message, to express emotions, to make greetings, and even to participate in a small conversation<sup>18</sup>. The device is controlled by either a hand touch on the screen or a person's eye gaze/blink to activate a pre-programmed word or message i.e. the device 'speaks' for them.

Other benefits of this valuable and useful gadget include: (1) the listener does not require any training; (2) it motivates the user to communicate further (because it is rewarding for a child with LD to listen to his/her own messages and ideas; (3) using a VOCA is much faster than writing messages down or building sentences out of pictures; (4) it empowers the user to lead the conversation; and (5) its accessibility, as a VOCA may be used by people who do not have the ability to turn pages, write, or speak<sup>9</sup>.

**c) Intensive Interaction.** Intensive Interaction (II) is a specific way of working with children and adults with severe LD who find it extremely difficult to socialise and often demonstrate challenging behaviours. This approach is based on the infant-caregiver principle: interaction between the carer and the person with LD takes the form of well-known interactive games such as 'peek-a-boo', which provide joyful and pleasurable methods of learning to communicate. For example, when interacting with a child, the caregiver can use repetitions, i.e. repeating what the child's sounds, gestures or actions, or changing the tone of voice and body language, whilst watching the child's reaction<sup>11</sup>. It is a very effective approach to communication with brain-injured children<sup>12</sup>, especially those who can be described as 'passive', 'disinterested' and 'unsociable'. However, this approach requires a specialised training, and can be very time-consuming.

**d) Total Communication approach.** Waltz (1999) states that the Total Communication approach (TCA) is 'the best approach' for communicating with nonverbal individuals. In the same way that people use a variety of approaches to interact with each other (for example, pointing at a picture while talking about it), TCA employs a variety of approaches, including sounds, words, gestures, sign language, and a visual communication system such as pictures<sup>13,14</sup>. In other words, whereas one child may use sounds, a few words, and some gestures, another one may rely mainly on PECS and Makaton sign language<sup>15</sup>, depends on which communication techniques the child prefers to use.

The downside of TCA is that individualisation is a focal point of the approach, which means that communication with more than one child at a time, for example in school, makes it impossible for the teachers to use it<sup>15</sup>.

### **Other important factors**

**i) The role of touch.** Touch is a very important aspect of interaction. When typical children are observed in their play, a wide range of touching can be seen, from holding each others' hands to play-fighting and hugging<sup>16</sup>. Children with LD typically do not experience as much physical touch as do children without disabilities for a variety of reasons, for example, they may have physically restricted movements<sup>16</sup>.

The role of touch is very important to the child's development. Touch has been studied in parent-infant interaction and psychologists recognise it as necessity for the healthy development of the humans and animals<sup>16, 17</sup>. Often, people feel that touching without a clear reason is not appropriate and could be misunderstood by others. Children with LD experience less physical touch because they are often strapped into wheelchairs, or restricted by other aids that can form a physical barrier between them and others. Also they may be perceived as being too fragile and delicate to be hugged.

### **ii) 'When' and 'what' to tell the child?**

Children with LD often have difficulty understanding the concept of time. The timing of the information given (*when*) can be equally as important as *what* information is actually communicated. With some intellectually disabled children, it is better not to give too much information in advance - for example, telling your child that you would take them swimming as a treat after school. The child may have difficulty controlling their emotions, and their excitement and/or anxiety may cause problems for them and for their caregivers throughout the day. Parents of these children have to carefully plan when the child should be informed of upcoming events. They also have to carefully consider the content of the information that is given. It is important to be clear about *why* the child needs to be given each piece of information, simply because the information will lose its meaning if it is outside his or her capacity to understand<sup>12</sup>.

### **Conclusion**

There is no doubt that communication is an essential part of human living, and that helping parents and careers of nonverbal children to develop ways to communicate with their children, can bring great benefits. Currently, many communication aids have been developed and used successfully in homes, schools and care homes. However, these aids can be more suitable for one individual, though not the other. Factors, such as the severity of the intellectual and/or physical disorder, age and gender may influence their suitability. Some children may greatly benefit from using VOCAs for communication, whereas others may rely on PECS and basic sign language. Additionally, psychological approaches such as Intensive Interaction, or using frequent touch with disabled children and adults, may enhance their self-esteem and their desire to learn to interact with others.

### **Advice for Parents**

The practical advice to the parents would be: read about all the available communication techniques in books, booklets (such as this), online (e.g. Cerebra's website), and if you find something new, seek advice from your medical practitioner or speech and language therapist. Sometimes additional help or training might be needed, but most of this help (and especially information on this subject) is available. Do not be afraid to try something new and do not get despondent if it does not work. You will find the method that suits you and your child - it is only a matter of time.

### **REFERENCE:**

1. Harulow, S. (2007). *Communication chief and welcome review of speech, language and communication provision*. Retrieved October 13, 2009, from the Royal College of Speech and Language Therapists Web site: [http://www.rcslt.org/news/press\\_releases/jointwelcomeonbercowreview](http://www.rcslt.org/news/press_releases/jointwelcomeonbercowreview)
2. Fenson, L., Dale, P. S., Reznick, J. S., Bates, E., Thal, D. J., & Pethick, S. J. (1994). Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(5).
3. Stoner, J. B., Beck, A. R., Bock, S. J., Hickey, K., Kosuwan, K., & Thompson, J. R. (2006). The effectiveness of the Picture Exchange Communication System with nonspeaking adults. *Remedial and Special Education*, 27(3), 154-165.
4. Liddell, S.K. (2003). *Grammar, gesture, and meaning in American Sign Language*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

5. Wilder, J. (2008). *Proximal processes of children with profound multiple disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, Stockholm University – Sweden.
6. Thurman, S., Jones, J., & Tarleton, B. (2005). Without words – meaningful information for people with high individual communication needs. *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 83-89.
7. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, I. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behaviour, and problem behaviour. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 35, 213-233.
8. Schwartz, I. S., & Garfinkle, A. N. (1998). The Picture Exchange Communication System: Communicative outcomes for young children with disabilities. *Topics in Early Childhood Education*, 18(3), 144.
9. National Health Service. (2010). *Voice output communication aid (VOCA)*. Retrieved March 4, 2010, from the South Downs Health, NHS Trust Web site: <http://www.southdowns.nhs.uk/index.cfm?request=c2007983>
10. *The Linguistics of Sign Language*. Retrieved February 22, 2010, from the Signed Language Web site: <http://www.signedlanguage.co.uk/the-linguistics-of-sign-language.html>
11. National Health Service – Learning Disabilities. (2003). Intensive Interaction. Retrieved 26 January, 2011, from the National Health Service Web site: <http://www.library.nhs.uk/learningdisabilities/ViewResource.aspx?resID=28863>
12. Nind, M., & Hewett, D. (1998). *Interaction in action: reflections on the use of intensive interaction*. London: David Fulton.
13. Waltz, M. (1999). *Pervasive developmental disorders: Diagnosis, options, and answers*. Arlington, TX: Future Horizons.
14. Biffin, J. (n.a.). Communication – a total experience. Learning Links, 31. Retrieved March 25, 2010, from the Learning Links Web site: [http://www.learninglinks.org.au/pdf/infosheets/LLIS%2031\\_Communication.pdf](http://www.learninglinks.org.au/pdf/infosheets/LLIS%2031_Communication.pdf)

# AN ANALYSIS OF THE SPECIFIC PROBLEMS FACED BY CHILDREN RAISED WITH BRAIN-INJURED SIBLINGS

*Laura Webb, MPhil, Research Assistant*

*Swansea Metropolitan University Cerebra Research Unit (Great Britain)*

[elmira.strange@smu.ac.uk](mailto:elmira.strange@smu.ac.uk) (Эльмира Стрендж)

The sibling attachment is one of the most enduring and influential bonds a person will encounter in their lifetime<sup>1</sup>. It is a complex and diverse relationship<sup>2</sup> and has now become an area of increased research interest as psychologists recognise and try to better understand its importance in the hierarchy of family relationships.

However, the attachment between children with brain-related conditions and their siblings is less well understood. The term ‘brain-related condition’ is wide and includes genetic conditions, acquired or traumatic brain injury, and developmental and learning disabilities<sup>3</sup>. There are around half a million children in the UK who are growing up with a disabled brother or sister<sup>4</sup> and due to the pervasive nature of disability the practical and emotional impact on the typically developing sibling is likely to be profound<sup>5</sup>. “The daily lives of children may be altered in significant ways when they grow up with a disabled sibling, and these experiences may have important consequences for children’s well-being and

---

<sup>1</sup> Seligman, M., and Darling, R.B. (2007). *Ordinary Families, Special Children*. (3<sup>rd</sup> ed). New York, Guilford.

<sup>2</sup> Joseph Rowntree Foundation. [online]. (2010). *Children’s Understanding of their Sibling Relationship*. Available from: <http://www.jrf.org.uk/publications/childrens-understanding-their-sibling-relationships>. Accessed 13 January 2010.

<sup>3</sup> Cerebra. [online]. (2010). Available from: [http://www.cerebra.org.uk/about\\_us](http://www.cerebra.org.uk/about_us). Accessed 05 January 2010

<sup>4</sup> Sibs. [online]. (n.d.). Available from: <http://www.sibs.org.uk/>. Accessed 13 January 2010

<sup>5</sup> Dyson, L. (1989). Adjustment of Siblings of Handicapped Children: A Comparison. *Journal of Pediatric Psychology*. 14, 2. 215-229.

development”<sup>6</sup>. This article outlines the ways in which a child’s life may be affected when they are raised with a brain-injured sibling.

### Parental influence

Parents have the potential to influence the relationship between a child and their disabled sibling. It is not uncommon for a parent to experience acute grief reactions after receiving a diagnosis<sup>7</sup> for their disabled child which may result in the parents declaring excessive expectations for the typically developing child, which in turn places them under a great deal of pressure. Conversely, the child themselves may try to offset the limitations of their sibling and overcompensate in an attempt to become “perfect”.<sup>8</sup>

Children often cope better with the challenge of having a disabled sibling if they have helped to understand the situation. Though parents may wish to protect their child from the realities of their sibling’s condition, lack of information may force the child’s mind to fill in the blanks, often leading to inaccurate and upsetting conclusions<sup>9</sup>. Educating children about their brother’s or sister’s disability provides them with an important coping mechanism – knowledge. In addition to this, allowing the nature of the child’s disability to remain hidden can produce a state of detachment between the siblings, when one would ordinarily expect them to have the closest of relationships. Thus, a lack of information and poor communication can be detrimental to the sibling bond.

### The effects of disability on the sibling bond

Growing up with a disabled sibling can present a number of challenges for a child. Many siblings may be expected to play a role in looking after their disabled brother or sister with

---

<sup>6</sup> McHale, S., and Gamble, W. (1989). Sibling Relationships of Children with Disabled and Non-disabled Brothers and Sisters. *Developmental Psychology*. 25, 3. 421-429.

<sup>7</sup>Longo, D., and Bond, L. (1984). Families of the Handicapped Child: Research and Practice. *Family Relations*. 33, 1. 57-65

<sup>8</sup> National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (1988). *Children With Disabilities: Understanding Sibling Issues*. 11. Available at: <http://www.kidsource.com/NICHCY/sibling.issues.dis.all.3.1.html> Accessed 26.01.10

<sup>9</sup> Seligman, M., and Darling, R.B. (2007). *Ordinary Families, Special Children*. (3<sup>rd</sup> ed). New York, Guilford.



the level of physical restriction and the severity of the disability dictating the level of impact. If caregivers' duties become excessive or unreasonable, it can be detrimental to the wellbeing of the non-disabled child. However, helping with a child's care can have a number of benefits for the sibling, enabling them to better understand the nature of the disabling condition<sup>10</sup> and raising their self-esteem and competencies as they are praised for helping mum or dad.

One of the most significant difficulties brought by having a disabled child in the family is the behavioural problems often associated with a neurological condition and it is reported by siblings to be one of the most salient negative effects of disability. The siblings' self-esteem may be damaged by unusual or inappropriate public behaviour by the child with the disability<sup>11</sup>, causing conflict within the sibling relationship that may be detrimental to the bond. Psychologists have noticed that children with developmental disorders also tend to have behavioural problems and that difficulties in the sibling relationship are related to the bad behaviour, not the disability itself. This suggests that fundamentally, sibling relationships appear to be broadly similar and that if the behavioural issues were removed, the sibling relationship in the context of disability may not be very different to that of typically developing children.

Disability in the family can undoubtedly be stressful and it has been agreed that stress is prevalent in studies of children with disabled siblings<sup>12</sup>. It is also thought that the presence of a disabled child may impact on the sibling's reaction to generic, everyday stress; they are consistently exposed to high levels of ordinary familial stress and appear to be sensitised to it, react more strongly to it and are therefore less able to cope<sup>13</sup>. Elevated stress levels are also observed in the parents of autistic children, perhaps due to the unpredictability of the condition. Excess stress levels can affect an individual's emotional and physical health,

---

<sup>10</sup> Philp, M., and Duckworth, D. (1982). *Children with disabilities and their families: A Review of Research*. Berks. NFER-Nelson.

<sup>11</sup> Hastings, R. (2007). Longitudinal Relationships Between Sibling Behavioral Adjustment and Behavior Problems of children with Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37. 1485-1492.

<sup>12</sup> Longo, D., and Bond, L. (1984). Families of the Handicapped Child: Research and Practice. *Family Relations*.33,1. 57-65

<sup>13</sup> Nixon, C., and Cummings, E.M. (1999). Sibling Disability and Children's Reactivity to Conflicts Involving Family Members. *Journal of Family Psychology*. 13, 2. 274-285.

along with behavioural and intellectual functioning and therefore it is advisable to limit stress levels where possible, as prolonged exposure to stress can lead to adverse health effects<sup>14</sup>.

### Taking the positives from the experience

It is important that a child's relationship with their sibling is as strong as possible as it has a significant impact on their welfare and development<sup>15</sup> and so the ability to adapt to the presence of a disabled brother or sister is vital in maintaining this relationship. Researchers have found the process of adaptation to be a largely positive one, suggesting an optimistic outlook for relationships affected by disability<sup>16</sup>. This is facilitated by ample communication within the family in a stable and supportive environment<sup>17</sup>.

Siblings of children with disabilities, particularly those with autism may in fact have a higher self-concept than children who do not have disabled siblings. They may compare themselves to the disabled child and have a more positive personal perception by virtue of not having the same difficulties<sup>18</sup>.

The strength of feeling between the sibling and the disabled child is characteristic of the sibling relationship. While this is not markedly different to the relationships of typically developing children, studies<sup>19 20</sup> note that siblings of disabled children report having a

---

<sup>14</sup> Edworthy, A. (2005). *Managing Stress for Carers*. Carmarthen. Cerebra.

<sup>15</sup> Department of Health. (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London. The Stationary Office.

<sup>16</sup> Sherman, B., and Coccozza, J. (1984). Stress in Families of the Developmentally Disabled: A Literature Review of Factors Affecting the Decision to Seek Out-of-Home Placements. *Family Relations*. 33, 1. 95-103.

<sup>17</sup> Pit-Ten Cate, I., and Loots, G. (2000). Experiences of siblings of children with physical disabilities: an empirical investigation. *Disability and Rehabilitation*. 22, 9. 399-408.

<sup>18</sup> Macks. R., and Reeve, R. (2007). The Adjustment of Non-Disabled Siblings of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37. 1060-1067.

<sup>19</sup> Lardieri, L., Blacher, J., and Swanson, H. (2000). Sibling Relationships and Parent Stress in Families of children with and without Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 23, 2. 105-116.

warmer relationship than their non-disabled counterparts, suggesting that this is fundamentally due to their greater appreciation for their sibling's presence and the value of life.

### Coping resources and source of support for siblings

Having a disabled child requires his or her family to make significant emotional and practical adjustments to their lives. The adjustment process accommodates stress and provides an important mechanism for coping<sup>21</sup>. There is no firm evidence to suggest that siblings of disabled children suffer maladjustment but it is suggested that they are predisposed to risk in this area<sup>22</sup>. However, a person's ability to adjust is dependent on individual characteristics and a number of additional factors such as lack of parental attention, the poor behaviour of the disabled child and low self-esteem can all increase the likelihood of maladjustment.

The evidence suggests that siblings of disabled children face additional challenges to their peers and it is therefore important that they are given appropriate support if needed. The emotional requirements of siblings can be overshadowed both at home and by professionals<sup>23</sup> and a sibling support group can provide a supportive shared environment for children and young people to communicate their difficulties amongst peers in a similar situation. Sharing experiences with others who understand first-hand what it is like to have a disabled sibling can be an excellent source of support<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> Mascha, K., and Boucher, J. (2006). Preliminary investigation of a qualitative method of examining siblings' experiences of living with a child with ASD. *The British Journal of Developmental Disabilities*. 52, 1, 102. 19-28.

<sup>21</sup> Burke, P. (2004). *Brothers and Sisters of Disabled Children*. London. Jessica Kingsley.

<sup>22</sup> Gold, N. (1993). Depression and Social Adjustment in Siblings of Boys with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 23, 1. 147-163.

<sup>23</sup> Vadasy, P., Fewell, R., Meyer, D., and Schell, G. (1984). Siblings of Handicapped Children: A Developmental Perspective on Family Interactions. *Family Relations*. 33, 1. 155-167.

<sup>24</sup> Burke, P. (2004). *Brothers and Sisters of Disabled Children*. London. Jessica Kingsley.

## Conclusion

The sibling relationship in itself is infused with challenges and difficulties and this is never more apparent than when one child has a brain-related condition. However, despite being touched by disability, it appears that the bond between these children is broadly similar in tone to that of typically developing sibling relationships. Siblings experience extremes of love and protectiveness, conflict and frustration; feelings which may be heightened when one child is disabled. Growing up with a disabled brother or sister is clearly a different experience to growing up without, but having a disabled sibling can provide opportunities for significant personal growth. If there is adequate support in place, it is evidently possible to take positive outcomes from a difficult situation.

## **V. ПСИХОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.**

### **НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ<sup>25</sup>**

*Тхостов А. Ш. , доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой  
нейро- и патопсихологии*

*tkhostov@gmail.com.*

*Рупчев Г.Е., кандидат психологических наук, старший научный сотрудник*

*[rupchevgeorg@mail.ru](mailto:rupchevgeorg@mail.ru)*

*Алексеев А.А. аспирант*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кафедра нейро-  
и патопсихологии, Москва,*

*serpentarij@list.ru*

**Введение.** Проблема нарушений регуляции деятельности при шизофрении является и традиционной и актуальной темой как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Опыт изучения больных шизофренией представителями отечественной патопсихологии и

---

<sup>25</sup> Работа выполнена при поддержке РФФИ, грант № 11-06-00089-а.

нейропсихологии указывает как на само наличие этих нарушений, так и на их существенную роль в общей структуре нарушений психической деятельности. При этом в рамках патопсихологического подхода, внимание было в большей степени сосредоточено на изучении мотивационно-потребностных компонентов регуляции и особенностях регуляции в рамках совместной деятельности [3,5]. Нейропсихологическое направление изучение шизофрении, используя нейропсихологические методы, формулировало состояние регуляции деятельности в целом как функции третьего структурно-функционального блока мозга (блока программирования, регуляции и контроля) [4,8]. Однако ни в одном из этих подходов анализ механизмов нарушений, а именно планирования (как одного из компонентов регуляции), не ставился в качестве отдельной исследовательской задачи. В зарубежной психологии в настоящее время процессы регуляции объединяет концепт «регуляторных» или «управляющих» функций («executive function»), в систему которых входит и способность к планированию (planning). Опубликованные исследования планирования [10,11] фокусировались на количественной оценке нарушений, в то время как их механизмы пока остаются не достаточно ясны. Вопрос о механизмах нарушений планирования встает еще острее, если учесть, что планирование является одновременно и комплексным процессом, и компонентом, входящим в систему регуляции деятельности. Т. Shallice указывает, что планирование подразумевает целый ряд важных способностей, таких, как способность учитывать объективную ситуацию, оперативно реагировать, генерировать альтернативы (гипотезы), поддерживать внимание и осуществлять (реализовывать) конечный выбор [13]. Примечательно и не случайно и то, что «способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы» является одним из 7 критериев психического здоровья ВОЗ [2].

**Цель.** Изучение планирования у больных шизофренией и анализ механизмов его нарушений.

**Материалы и методы исследования.**

В ходе исследования было обследовано 44 больных, страдавших параноидной формой шизофрении с эпизодическим типом течения (согласно критериям МКБ-10), находящихся в состоянии медикаментозной ремиссии.

Все больные находились под наблюдением врачей-психиатров (Научный Центр Психического Здоровья (лаборатория психофармакологии), Городская Клиническая

Психиатрическая Больница №14, санаторное отделение). Средняя длительность заболевания 8,4 года. Средний возраст составил 34,3 лет.

Контрольной группой выступали здоровые испытуемые, никогда не обращавшиеся к психиатру и не имевшие признаков психического расстройства. Всего в данную группу вошло 45 испытуемых обоих полов. Средний возраст 31,7 лет. Выборки были соотносимы по возрастно-половому и образовательному составу и значимо не различались по данным показателям ( $p\text{-level} < 0.05$ ).

В качестве методик оценки планирования были выбраны две модификации Tower of London Test, разработанного Т. Shallice, а именно ToL-DX и ToL-BACS, которые также могут быть обозначены как «предметный» и «визуальный» варианты теста соответственно.

Стимульный материал «предметного» варианта (ToL-DX) включал в себя две доски с тремя вертикальными стержнями разной длины на каждой и шесть шаров трех цветов с отверстиями, по одному набору для каждой из досок. Одна доска использовалась экспериментатором для выставления целевого положения шаров, а вторая предназначалась для работы испытуемого. Задача испытуемого состояла в достижении целевого положения шаров на своей доске за *минимально возможное* количество ходов.

Использование «визуального» варианта (ToL-BACS) состояла в том, чтобы выполнить ту же задачу, но «в уме» или во внутреннем плане, чтобы шары на картинке с их стартовым положением приняли положение как на картинке-образце.

Обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 8.0. Так как распределения в группах значимо не отличались от нормального, для анализа различий между группами был применен параметрический критерий Стьюдента, как более точный по сравнению с непараметрическими критериями.

## **Результаты.**

### *Количественные показатели выполнения тестов*

Статистически значимые различия между группами были получены для большинства показателей «предметного» варианта теста. Больные шизофренией показали значимо более низкую продуктивность выполнения теста, что выражалось в меньшем количестве верно решенных заданий и большем количестве лишних ходов. Оценки больных оказались ниже и по большинству временных показателей теста, они затрачивали большее время на выполнение теста, что может быть рассмотрено как признак снижения темпа протекания идеаторной и моторной деятельности. При этом различия отсутствовали для параметра «латентного времени». Т.е. несмотря на снижение темпа

протекания психических процессов, затрачиваемое ими время на предварительное обдумывание при решении заданий (время до совершения первого хода) оказалось сопоставимым с временем затрачиваемым испытуемыми нормы, что может быть косвенным признаком того, что при решении заданий больные шизофренией продумывали свои действия менее тщательно.

Для «визуальной» версии теста картина различий оказалась несколько неожиданной. Хотя больные шизофренией верно решали несколько меньшее количество заданий и в «визуальной» версии теста, статистически значимых различий между группами обнаружено не было. Таким образом, картина различий для двух модификаций Tower-тестов оказалась разной. Такая неравномерность указывает на комплексный характер планирования и необходимость выделения в его структуре как нарушенных, так и сохранных звеньев.

#### *Качественный анализ выполнения тестов*

Больные шизофренией отличались от испытуемых контрольной группы не только по продуктивности выполнения теста, но и по ряду качественных особенностей его выполнения, которые можно описать в следующих феноменах..

1. *Искажение «ментальной репрезентации задачи».* Хотя большинство пациентов (равно как и здоровых испытуемых) формально не испытывали трудностей в усвоении инструкции, определенные различия между группами наблюдались уже на этом этапе. Так 16% больных, приступая к выполнению теста, исходили из собственных имплицитных представлений о том, как решается задача. Эти установки, не содержащиеся в инструкции, а «спроецированные» на задание мешали им выполнять тест правильно. В контрольной группе подобных случаев не было. Введение таких «внутренних» правил является искажением необходимой для решения задачи ее «ментальной репрезентации» или сужения «внутреннего пространства задачи» (в терминологии А. Newell и Н.А. Simon [12]).

2. *«Импульсивность».* Под импульсивностью здесь понимается такой стиль познавательной деятельности, при котором принятие решения о том или ином действии и его инициация происходят без их достаточной предварительной оценки [9]. Для некоторых больных «ошибки импульсивности» носили не единичный характер, а отражали общую особенность стратегии выполнения задания.

3. *«Снижение целенаправленности и согласованности действий».* В контрольной группе совершаемые испытуемыми ходы выглядели как континуальные и согласованные между собой, они строились серийно, от одной позиции к другой. Для

больных шизофренией была характерна меньшая согласованность предпринимаемых ими ходов при решении заданий, в ряде случаев характер выполнения заданий производил впечатление случайности предпринимаемых действий, возникновение «очевидно» неэффективных ходов. Само их наличие может указывать на то, что в значительном числе случаев у больных шизофренией не было общей дифференцированной стратегии решения заданий, содержащей промежуточные цели.

4. «Утрата цели». Наиболее ярким примером снижения целенаправленности следует считать утрату или искажения образа цели в ходе выполнения заданий. Данный феномен проявлялся в том, что относительно небольшая часть пациентов (8 человек, 16% выборки) продолжали перемещать шары уже после того, как образец был собран или заканчивали выполнение, собрав образец неверно. Учитывая, что цель играет фундаментальную роль в процессе регуляции [1, 5] и образ цели является неотъемлемой частью и для планирования и для мышления вообще, утрата или искажение образа цели может быть причислена к одним из наиболее грубых нарушений планирования и регуляции деятельности в целом.

### **Обсуждение результатов**

Различные версии Tower-тестов показали разную степень чувствительности к нарушениям планирования при шизофрении. Основное различие между вариантами Tower-тестов состоит в процедуре их выполнения. «Визуальный» вариант теста может выполняться только «в уме», иначе говоря, сама его процедура предполагает построение всего плана действий и его проверку во внутреннем плане. «Предметный» же вариант теста, предполагающий непосредственное перемещение шариков, может быть выполнен путем простого перебора различных вариантов решения без их предварительной оценки и без построения развернутого плана, можно сказать, на наглядно-действенном уровне мышления. Такая импульсивная стратегия, вероятно, и была характерна для обследованных пациентов, которые самостоятельно не переводили задачу во внутренний план, что влекло за собой недостаток ориентировочной основы действий, отсутствие развернутого плана действий. Т.е. нарушенными у обследованных пациентов оказываются скорее на умственные действия, посредством которых происходит построение плана, а процесс инициирования планирования.

Инициирование сложных форм активности (а, именно, для их реализации и необходимо планирование) является одной из функций регуляции деятельности. Из описаний сделанных как отечественными [6], так и зарубежными психологами [13] следует, что в случае, когда она не реализуется, сложные формы активности начинают подменяться



случайными и стереотипными действиями, актуализируемыми средовыми воздействиями. Поведение начинает управляться не самим субъектом, а средой и упроченными в опыте схемами действий, вплоть до вариантов полевого поведения. В случаях же отсутствия средовых воздействий человек остается пассивен. В каком-то смысле в данном случае речь идет о снижении степени «субъектности» или, иначе говоря, снижении активности человека в управлении своим поведением. Обнаруженные ранее в исследованиях школы Ю.Ф. Полякова нарушения спонтанной активности у больных шизофренией [5], находят свое отражения и в нарушениях планирования.

Учитывая то, что планирование оказывается необходимым в широком спектре активности человека, от бытовой деятельности до формирования жизненных планов, снижение интенции к планированию своих действий будет закономерно приводить к нарастающим трудностям в повседневной жизни. При этом сама ситуация наличия заболевания накладывает даже большие требования к пациентам со стороны среды в плане самостоятельной организации деятельности. Столкновение же с трудностями в повседневной жизни в силу недостатка активности в организации деятельности приводит к росту у пациентов фрустрационного опыта, что в свою очередь усиливает тенденцию к изоляции, а как следствие и большей пассивности.

Следует отметить, что в проведенном исследовании были выделены не только нарушенные звенья планирования у больных шизофренией, но и сохранные. Так, наряду с нарушениями инициирования самого планирования, процесс составления планов действия у больных шизофренией остается сохранным, хотя и не задействуется в условиях необходимости самостоятельной организации деятельности. У больных шизофренией присутствуют регуляторные ресурсы, которые могут быть активизированы в деятельности, что делает более обоснованным разработку специальных методов психокоррекционного воздействия.

#### **Список литературы:**

1. Гальперин П.Я. Введение в психологию. М: Изд-во «Книжный дом «Университет», 1999.
2. Елисеев В.В. Психосоматические заболевания. Справочник. – Москва: 2003.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
4. Корсакова Н.К., Магомедова М.В. Метод синдромного анализа в изучении нейрокognитивных расстройств у больных шизофренией // Вестник МГУ, Серия 14, Психология, 2002, №4.

5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1969.
7. Миллер Дж., Галантер Е. и Прибрам К. Планы и структура поведения. М.: «Прогресс», 1964. 239с.
8. Ткаченко С.В., Бочаров А.В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). Под ред. Вовина Р.Я. СПб, 1991.
9. Холодная М.А. Когнитивные стили. М: ПЕР СБ, 2002.
10. Morris, R.G., Rushe, T., Woodruffe, P.W. and Murray, R.M. (1995) Problem solving in schizophrenia: a specific deficit in planning ability. Schizophrenia Research, 14, 235-246.
11. Pantelis C, Barnes TR, Nelson HE, Tanner S, Weatherley L, Owen AM, Robbins TW. Frontal-striatal cognitive deficits in patients with chronic schizophrenia. Brain 1997; 12:1823-43.
12. Newell A., Simon A.H. Human problem solving. NJ, 1972.
13. Shallice, T. Specific impairments of planning. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1982, №298, P.199-209.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ТЕЛЕСНОЙ РЕГУЛЯЦИИ<sup>26</sup>**

*Тхостов А.Ш., доктор психологических наук, профессор*

*Рассказова Е.И., кандидат психологических наук*

*Плужников И.В. кандидат психологических наук, доцент*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кафедра нейро- и патопсихологии, Москва*

[tkhostov@gmail.com](mailto:tkhostov@gmail.com), [l\\_rasskazova@yahoo.com](mailto:l_rasskazova@yahoo.com), [pluzhnikov.iv@gmail.com](mailto:pluzhnikov.iv@gmail.com)

### **Формирование телесной регуляции физиологических процессов**

Под телесной регуляцией обычно понимается саморегуляция физиологических процессов, систем и органов тела. Формирование телесной регуляции неотделимо от

---

<sup>26</sup> Работа поддержана грантом РГНФ «Социально детерминированные формы нарушения самоидентичности» № 11-06-00257а

формирования границ между внутренним, которое поддается человеку настолько, что становится незаметным, и внешним, требующим регуляции. Телесность (Тхостов, 2002) формируется в зоне «полупрозрачности» между субъектом (полной «прозрачностью» и контролируемостью) и внешним миром (полной «непрозрачностью» и неконтролируемостью). Мы предполагаем несколько этапов этого процесса в отношении любой функции или в любой сфере:

- Выдвижение задачи «на овладение»: начало формирования телесной регуляции.
- Формирование способов прямой и косвенной регуляции телесной функции.
- Использование различных способов регуляции в новых условиях.

В соответствии с этой гипотезой началом становления телесной регуляции является задача «на овладение», впервые поставленная перед человеком. Задача «на овладение» может быть выдвинута взрослыми по отношению к ребенку (как следствие системы запретов и требований, невозможности немедленного удовлетворения всех его потребностей) или появиться под влиянием внешних обстоятельств (например, необходимость владеть рукой, чтобы достать предмет). В случае, если внешнее требование отсутствует (например, ребенок до школьного возраста ходит в памперсе), телесная регуляция соответствующей сферы остается практически несформированной (ребенок не контролирует процессы выделения). В дальнейшем возможности телесной регуляции конкретной функции расширяются за счет обогащения арсенала способов регуляции. Можно выделить прямые, непосредственные способы регуляции функции – попытки управлять функцией сознательным усилием, без использования внешних средств (например, задержать позывы к мочеиспусканию, заставить себя заснуть) и косвенные способы, подразумевающие определенные внешние средства (употребление медикаментов или трав, постановка будильника, чтобы не проспать и т.п.). Изменения внешних условий (например, развитие соматического заболевания) требуют изменения разработанных способов регуляции.

Сформированная телесность («телесный феномен», Николаева, Арина, 1996) может рассматриваться как аналог высшей психической функции в понимании Л.С.Выготского – она социальна по происхождению, частично произвольна и опосредствована по строению (в том числе речью), что позволяет человеку управлять ей. В узком смысле к социокультурным относятся те формы патологии, развитие которых связано с нарушениями или особенностями протекания одного

или нескольких этапов формирования телесности. Например, чрезмерные попытки по управлению телесными функциями приводят к их разладу, особенно при наличии предрасположенности к соматической патологии или в стрессовых условиях (попытки заставить себя заснуть перед экзаменом – к полной невозможности уснуть и т.п.). Чрезмерность попыток определяется теми представлениями и убеждениями, которые есть у человека относительно данной функции (например, «если не уснуть, на следующий день невозможно будет думать и отвечать, быть успешным»).

### **Регуляция физиологических процессов в структуре саморегуляции**

Наша задача – выделить и систематизировать те виды саморегуляции, которые связаны функционально с телесной регуляцией в узком смысле этого слова, которые запускают или изменяют ее. Большинство исследований в области саморегуляции в психосоматике полностью согласуется с представлениями об опосредствовании на том или ином уровне (Выготский, 2003, Зейгарник, 1981). На наш взгляд, по критерию предмета саморегуляции (саморегуляция чего?) можно выделить:

1. Саморегуляция телесной перцепции – опосредствование восприятия интрацептивных ощущений существующими знаниями, представлениями, категориальным аппаратом, эмоциональным состоянием, особенностями мотивационно-смысловой сферы (Тхостов, 2002).
2. Саморегуляция физиологического состояния – сознательный самоконтроль, включающий планирование и реализацию произвольной деятельности по выявлению, контролю и изменению соматического состояния (например, Чебакова, 2006, исследования в западной психологии здоровья Taylor, 2003).
3. Саморегуляция эмоционального состояния – сюда относятся действия по саморегуляции своего состояния и переживание, включающее перестройку мотивационно-смысловой сферы человека.
4. Саморегуляция мотивационно-смысловой сферы – деятельность переживания, изменение мотивационно-смысловой сферы в связи с новой социальной ситуацией развития (Николаева, 1995).

Регуляция физиологических процессов является частью обеспечения одного из этих типов саморегуляции. В случае, если один из этих процессов саморегуляции привел к искажению использования способов телесной регуляции и к развитию заболевания, мы говорим о социокультурной форме патологии. Благодаря

системности саморегуляции, в случае социокультурных форм патологии распространенность и особенности (в том числе симптоматика) должны быть гибкими и определяться не только и не столько медицинскими, сколько внешними факторами. Например, интересное исследование связи цен на медицинское обслуживание и частоты обращения за помощью было проведено С.Парамбил с коллегами (Parambil et al, 2006). Они установили, что увеличение цен на медицинское обслуживание приводит к значимому снижению частоты обращения за помощью пациентов с инсомнией и парасомнией, развитие и течение которых связывают с психологическими факторами (Расказова, 2008), в отличие от пациентов с синдромом апноэ во сне (САС) и синдромом беспокойных ног. И хотя авторы связывают эти изменения с особенностями диагностики в клинике, изменения в диагностике инсомнии за период 2003-2004 годы маловероятно. Скорее, результаты следует отнести к влиянию фактора отношения к своей болезни и ее смысла – фактора, безоговорочное влияние на который оказывает культура и стигматизация заболеваний.

#### **Внутренняя картина болезни как «орган» саморегуляции**

Механизмы саморегуляции в целом определяют протекание телесной регуляции и в том случае, если речь идет о соматическом заболевании, в возникновение которого не участвовали психологические процессы. Рассмотрим этот случай. В качестве «органа» саморегуляции в ситуации соматического заболевания рассматривается внутренняя картина болезни (ВКБ) - «основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса» [Цит. по: Николаева, 1995, с. 249].

Особенность болезни состоит в том, что она создает особую социальную ситуацию развития, требующую различных мишеней и уровней саморегуляции – в том числе, телесную саморегуляцию. Внутренняя картина болезни формируется как результат взаимодействия следующих механизмов саморегуляции (саморегуляция при помощи чего?):

1. Телесное опосредствование – опосредствование отношения к болезни и деятельности больного особенностями интрацептивной перцепции. На разных этапах заболевания и лечения субъективные ощущения по-разному влияют на его отношение к болезни и поведение (Николаева, 1995).

2. Эмоциональное опосредствование - опосредствование отношения к болезни и деятельности особенностями эмоциональной реакции на болезнь.
3. Когнитивное опосредствование – опосредствование отношения к болезни и деятельности знаниями, представлениями и убеждениями человека в отношении болезни.
4. Мотивационно-смысловое опосредствование (опосредствование в узком смысле) – опосредствование отношения к болезни и деятельности мотивационными и смысловыми структурами личности.

Как результат, внутренняя картина болезни может не быть адекватной и приводить к разрушительным действиям и хронификации заболевания по механизмам, сходным с механизмами развития социокультурных форм патологии. В этих случаях говорят о психологических факторах хронификации заболевания (Taylor, 2003).

#### **Социокультурные формы патологии: сферы нарушений**

Мы предполагаем, что социокультурные формы патологии могут быть обнаружены при изучении любой функции или системы организма при условии, что в развитии человека ставится хотя бы одна задача на овладение этой системой.

- Соматические нарушения при социокультурной патологии подразумевают нарушения в сенсорной сфере, сфере ощущений. Сюда относятся «чистые» алгии, т.е. боли.
- Нарушение функции. Сюда относятся нарушения самого физиологического процесса, которое может происходить с или без соответствующих ощущений.
- Поведенческие нарушения – это нарушения поведения, связанные с определенной функцией.

#### **Источники кросс-культурных различий в телесной регуляции**

Основываясь на предложенной модели формирования телесной регуляции, можно предположить три источника кросс-культурных различий телесности:

- Задачи на овладение телесными функциями и органами, по всей видимости, являются культурно-специфическими. В случае, если в культуре перед ребенком не ставится задача на овладение какой-либо телесной функцией, овладение происходит лишь частично – настолько, насколько это необходимо для поддержания жизни.

- В культуре могут быть разработаны специфические способы телесной регуляции. К числу таких способов относятся способы первичного означения интрацептивных ощущений – в разных культурах названия и локализация для одних и тех же ощущений могут быть разными. Широко известен пример культур, где женщины не испытывают боли при родах. Однако, различия могут касаться и конкретных приемов телесной регуляции
- Социокультурные формы патологии тесно связаны с представлениями и убеждениями, принятыми в культуре относительно регуляции тех или иных телесных функций. Поскольку эти представления разнятся, должны существовать соответствующие кросс-культурные различия в симптоматике при патологии в одних и тех же сферах.

Мы предполагаем, что эти три источника определяют кросс-культурные различия не только в телесной регуляции, но и особенности социокультурных форм патологии. Заболевание может быть специфичным для данной культуры вследствие того, что:

1. В ней стоит уникальная задача на овладение функцией, что приводит к возникновению различных форм отставания и регресса в развитии, искаженных форм развития,
2. Те или иные способы телесной регуляции не соответствуют особенностям физических процессов и возможностям конкретного человека или являются уникальными для данной культуры, что будет определять уникальную симптоматику нарушений.
3. Развитые в культуре представления и убеждения о регуляции функций приводят к гипертрофированным усилиям по регуляции нарушенной функции и хронификации заболевания. Например, по механизму «порочного» круга тревоги.

В соответствии с этим можно предположить различия в распространенности социокультурных форм патологии в различных странах, обусловленные тремя указанными особенностями. Рассмотрим для примера распространенность инсомнии в разных странах (Linton, 2004, Ishigooka et al., 1999, Tachibana et al, 1998). Причем связь демографических и социальных характеристик с инсомнией зависит от страны (Allaert, 2004): в Великобритании распространенность инсомнии среди граждан 18-35 лет выше, чем во Франции, Германии и Италии, безработные люди чаще страдают инсомнией в Англии, тогда как среди французов с бессонницей больше работающих полный рабочий день. Французы и немцы чаще отмечают длительную

хроническую инсомнию (больше 3 лет в 31% и 28% случаев, соответственно), тогда как англичане – острую (1-6 месяцев в 42.4% случаев). Для французов, страдающих инсомнией, менее характерно обращаться за помощью к врачу по поводу инсомнии (49.7% во Франции по сравнению с 65.7-69.9% в Италии, Германии и Англии), хотя они чаще, чем в других странах, принимают снотворные и антидепрессанты (и как правило, не один). По частоте приема медикаментов за французами следуют англичане, затем – итальянцы и, наконец, немцы. Интересно, что пациенты всех стран воспринимают инсомнию как более тяжелую, чем их врачи, однако во Франции и Германии и врачи, и пациенты серьезнее относятся к бессоннице, чем в Англии и Италии.

### **Список литературы**

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб: Лань, 2003. – 656 с.
2. Зейгарник Б.В. Опосредование и саморегуляция в норме и патологии // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психол. 1981. №2. С. 9 – 14.
3. Николаева В.В. Особенности личности при соматических заболеваниях / Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: 1995.
4. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики психологии телесности. Вестник МГУ, сер. 14 Психология, 1996, №2.
5. Рассказова Е.И. Нарушения психологической саморегуляции при невротической инсомнии. Дисс... к.психол.н. М., МГУ, 2008.
6. Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. / Под ред. В.В.Николаевой. М.: Академический проект, 2009. - 311 с.
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
8. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990, с. 32-38.
9. Чебакова Ю.В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией: Автореф. дисс. ... к.п.н. М., 2006. – 25 с.
10. Allaert F., & Urbinelli R. Sociodemographic Profile of Insomniac Patients across National Survey / CNS Drugs, 18, pp 3-7, 2004.
11. Cameron L.D., Leventhal H. (Eds) The self-regulation of health and illness behavior. 2003. Routledge: New York. Pp. 42-65.



12. Ishigooka J., Suzuki M, Isawa S., Muraoka H., Murasaki M., Okawa M. Epidemiological Study on Sleep Habits and Insomnia of new Outpatients Visiting General Hospitals in Japan / Psychiatry and Clinical Neuroscience, 53 – pp 515-522, 1999.
13. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. Health and Human Behaviour. New-York: McGraw-Hill. 1993.
14. Linton S. Does Work Stress Predict Insomnia? A Prospective Study / British Journal of Health Psychology, 9 – pp 127-136, 2004.
15. Parambil J.G., Olson E.J., Shepard J.W., Harris C.D., Schniepp B.J., Schembari E.E., & Morgenthaler T.I. Effects of Shifting Costs to Patients on Specialty Evaluation for Sleep Disorders / Mayo Clin Proc, 81(2), pp 185-189, 2006.
16. Tachibana H., Izumi T., Honda S. & Takemoto T. The Prevalence and Pattern of Insomnia in Japanese Industrial Workers: Relationship between Psychosocial Stress and Type of Insomnia / Psychiatry and Clinical Neuroscience, 52, pp 397-402, 1998.
17. Taylor, M. (2003) Health Psychology. New-York: Guilford Press.

## **ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПСИХОТЕРАПИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ НАДЕЖНОСТИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА PEX-P1**

*Агарков Всеволод Александрович, кандидат психологических наук, научный сотрудник*

*Институт психологии Российской Академии наук, лаборатория психофизиологии им. В.Б. Швыркова, Московский Городской Психолого-Педагогический Университет, Москва*

[agargor@yandex.ru](mailto:agargor@yandex.ru)

*Бронфман Светлана Ароновна, кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник*

*Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. Сеченова, лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов научного исследовательского центра при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии, Москва*

[chernenko@mtu-net.ru](mailto:chernenko@mtu-net.ru)

*Михеева Наталья Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент*

*Московского Государственного Гуманитарного Университета им. М.А. Шолохова, кафедра общей и практической психологии, Москва*

[mihn2003@mail.ru](mailto:mihn2003@mail.ru)

*Сулимов Сергей Юрьевич, студент вечернего отделения*

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский Городской Психолого-Педагогический университет, Москва*

[ssu1974@mail.ru](mailto:ssu1974@mail.ru)

Рост спроса на психотерапевтические услуги, развитие традиционных видов психотерапии и появление новых, а также новые знания о механизмах возникновения и динамики психиатрических расстройств, современные открытия нейро- и когнитивной психологии диктует актуальность исследований эффективности психотерапии и психотерапевтического процесса. К сожалению, в Российской психологической науке количество таких исследований остается крайне малым, и одной из причин такого положения дел является недостаток методик, специально предназначенных для исследований психотерапии [1].

Одним из важных факторов, оказывающих влияние на продолжительность, эффективность психотерапии, ее эффективность, являются ожидания пациентов от психотерапии [2]. Так, клинический опыт и данные исследований показывают, что психологическое состояние части пациентов ухудшается при прохождении терапии. Однако это ухудшение связано не только с выбором того или иного вида терапии и с действиями терапевта. Ухудшение состояния определенной доли пациентов наблюдается при разных модальностях терапии. Наряду с диагнозом и степенью нарушения функционирования важным фактором положительного или негативного результата психотерапии являются ожидания пациента.

Исследования, проведенные в центрах психического здоровья, показали, что от 40% до 50% пациентов, которым была предложена психотерапия, отказались от продолжения психотерапии после начального интервью. Отказ от терапии коррелирует с возрастом (большинство пациентов, отказавшихся от терапии старше 40 лет), более низким социо-экономическим статусом. Возможными мотивами, лежащими в основе решения об отказе продолжения терапии, могут быть: страх перед пониманием глубины и сложности своих собственных внутренних проблем;

нежелание принять собственную потребность в помощи для решения внутренних проблем, страх стигматизации как пациента, обратившегося за помощью к специалистам в области психического здоровья: высокий уровень тревоги в отношении возможных перемен, которые терапия может принести в жизнь и отношения. Одним из мотивов отказа может быть также и не соответствие между клиентскими ожиданиями и тем, что происходит в терапии: действиями терапевта, особенностями терапевтических отношений, сеттинга.

Другой важной проблемой, требующей усилий исследователей, является преждевременное окончание терапии. Метаанализ данных частоты прерывания пациентами терапии показывает, что этот показатель довольно высок и варьирует от 30% для краткосрочных видов терапии до 40-75% для долгосрочной психодинамической терапии (в том числе, психоанализа) с открытой датой завершения. Неожиданное прерывание терапии теми пациентами, которые, как казалось, нуждаются в ней и могли бы получить от нее пользу, вызывает недоумение, деморализует терапевтов, особенно тех, кто только начинает свою практику. Это также создает серьезные трудности и для исследователей эффективности и процесса психотерапии, так как внезапное одностороннее прекращение терапии некоторыми пациентами приводит к уменьшению объема выборки в уже начавшемся исследовании. Таким образом, статистический анализ и интерпретация результатов могут быть сопряжены с серьезными трудностями из-за значимых отличий между группами сравнения. Полученные данные о взаимосвязи между показателями прерывания терапии и демографическими данными пациентов противоречивы. В некоторых исследованиях показаны положительные корреляции между продолжительностью терапии и социоэкономическим статусом и уровнем образования. В других исследованиях эта связь не подтверждается. Известно, однако, что более строгий отбор пациентов для терапии приводит к увеличению ее продолжительности и эффективности, хотя распределение демографических показателей в группе таких пациентов демонстрирует смещение в сторону высоких значений индекса социо-экономического статуса.

Эффект терапии и частота преждевременного завершения связаны с ожиданиями пациентов, начинающих психотерапию. Ожидания позитивного эффекта терапии положительно коррелируют с показателями эффективности терапии, хотя не все исследования подтвердили эту связь. Большое значение также имеет межличностное

взаимодействие между терапевтом и пациентом. Важным аспектом этого взаимодействия является соответствие между ожиданиями клиента относительно того, какая именно помощь будет для него полезной и интервенциями, которые использует терапевт в своей работе.

Ряд исследований показал эффективность дотерапевтических ориентировочных интервенций: предварительное интервью, демонстрация постановочных терапевтических сессий с последующим объяснением ролей терапевта и пациента, объяснением таких явлений, как сопротивление и перенос.

Опросник психотерапевтических ожиданий и психотерапевтического опыта (The Psychotherapy Expectations and Experiences Questionnaire, PEX) [3] предназначен для оценки ожиданий как клиента, так и терапевта и их опыта совместной работы в терапии. Опросник разработан Дэвидом Клинтоном и Рольфом Занделом, разработка опросника началась в 1996 году. Существуют шесть вариантов этого опросника.

- PEX-P1 (ожидания пациента): пациенты оценивают, в какой степени для них могут быть полезны те или иные интервенции.
- PEX-P2 (клиентский опыт пациента): пациенты оценивают, в какой степени те или иные интервенции были для них полезны в ходе терапии.
- PEX-P3 (опыт пациента после терапии): пациенты оценивают, насколько оказались для них полезны те или иные интервенции после завершения терапии.
- PEX-T1 (ожидания терапевта): перед началом терапии терапевт оценивает, в какой степени те или иные интервенции были бы полезны для данного пациента.
- PEX-T2 (опыт терапевта в процессе терапии): терапевт оценивает свои впечатления о эффективности применяемых в процессе терапии интервенций.
- PEX-T3 (опыт терапевта после терапии): терапевт оценивает, насколько эффективными оказались те или иные интервенции после завершения терапии.

Использование разных вариантов PEX позволяет охватить весь психотерапевтический процесс. Опросник может применяться до, в течение и после терапии. Отдельные пункты повторяются во всех вариантах, но инструкции и задачи

оценки различны. В вопросах РЕХ приведены описания самых разных интервенций, относящихся к разным терапевтическим модальностям: от когнитивно-бихевиоральной терапии до психодинамической терапии.

РЕХ ставит перед собой множество задач. Одной из них является оценка ожиданий пациентов от психотерапии и подбор соответствующей формы психотерапии. Другой важной задачей является оценка показателей психотерапевтического процесса.

В основе РЕХ лежит представление о том, что результат психотерапии в большой степени зависит от взаимодействия факторов, приносимых в терапию, как терапевтом, так и клиентом. В сущности, гипотеза взаимодействия утверждает, что для разных пациентов требуется различные формы психотерапии. Ожидания пациента отражают интуитивное знание, которое подсказывает ему, в какой именно помощи он нуждается в данный момент. С другой стороны, в том случае, соответствие между ожиданиями пациента и действиями терапевта способствуют формированию положительного межличностного взаимодействия, которое, создает фундамент для хорошего рабочего альянса и делает интервенции терапевта более эффективными.

РЕХ включает 50 пунктов, ответы на которые ранжируются по 6-значной шкале Ликерта. Каждый пункт описывает что-то, что может происходить в процессе терапии того или иного вида, интервенции терапевта и роль пациента, например: "постановка конкретных целей", "получение совета", "разговор о смущающих мыслях" или "выражение подавленных мыслей". Все пункты опросника группируются в пять подшкал:

- Ориентация вовне – интервенции, которые фокусируются на директивных и практических техниках для работы с конкретными проблемами и симптомами.
- Ориентация вовнутрь – интервенции, которые фокусируются на рефлексии, инсайте и понимании внутренних процессов, таких как: фантазии, воспоминания и сновидения.
- Катарсис – интервенции, которые фокусируются на выражении и разрядке подавленного аффекта.

- Поддержка – интервенции, которые фокусируются на использовании советов, сочувствия, поощрения и подобных.
- Защитное поведение – интервенции, которые фокусируются на избегании конфронтации с нежелательными или тревожными мыслями и действиями, такими как страх неудачи или конфликтов.
- Внутренняя Ориентация и Катарсис также могут быть объединены в шестую шкалу, измеряющую уровень напряженности и тревоги в терапии.

Среднее арифметическое по всем пунктам опросника является важным показателем, который оценивает положительные ожидания от терапии в целом и склонность верить, что терапия поможет вне зависимости от того, как она осуществляется (т.е. плацебо потенциал). Если среднее арифметическое пациента низкое, можно предположить низкую мотивацию, пессимистичное отношение и относительно низкий потенциал плацебо. Пациентов с низким потенциалом плацебо трудно вовлечь в терапию, такие пациенты склонны к неожиданному преждевременному прерыванию терапии.

Работа над переводом и исследованием психометрических свойств РЕХ проходила через следующие этапы: перевод опросника на русский язык; обратный перевод опросника с русского на английский язык двумя независимыми переводчиками; обсуждение обратного перевода с авторами опросника, внесение корректировок в формулировку пунктов русскоязычной версии опросника; обратный перевод исправленных пунктов; обсуждение второго варианта обратного перевода с авторами опросника.

После завершения согласования перевода опросника на русский язык был проведен опрос на выборке, состоящей преимущественно из студентов последних курсов ВУЗов. Характеристики выборки: N=107 (женщин – 85; мужчин – 22); возраст: M = 22.5 (SD = 5.1); образование: M = 13.3 (высшее – 11 чел, неполное высшее – 95 чел; среднее -1 чел). В результате статистического анализа надежности опросника были получены следующие значения коэффициента альфа Кронбаха для шкал РЕХ: Ориентация вовне – 0.87; Ориентация вовнутрь 0.88; Катарсис – 0.84; Защитное поведение – 0.79; Поддержка – 0.81. Предварительные данные, полученные в ходе исследования валидности и надежности опросника РЕХ показывают, что шкалы опросника обладают высокими значениями надежности.

Ответы по опроснику РЕХ-Р1 могут быть использованы для подбора пациенту подходящей формы психотерапии. Высокие показатели по шкале РЕХ-Р1 по шкале Ориентация вовне одновременно с низкими показателями по шкалам Ориентация вовнутрь и Катарсис могут означать, что когнитивно-бихевиоральная терапия будет подходящим выбором для данного пациента. Противоположные показатели служат указанием на то, что предпочтительным выбором для данного пациента будет психодинамическая психотерапия. Высокие показатели по шкале Ориентация вовне в сочетании с низкими показателями по шкалам Ориентация вовнутрь и Катарсис указывают на когнитивную терапию. Высокие показатели по шкале Защитное Поведение указывает на нежелание вовлекаться в работу, которая предполагает конфронтацию (внутреннюю или внешнюю). В этом случае, поддерживающая терапия, возможно, будет наиболее эффективной. Высокие показатели по шкале Защитное Поведение одновременно с низкими показателями по другим шкалам может указывать, что любой вид психотерапия нежелателен для пациента и более эффективным средством для него будет психофармакологическое лечение.

## **Литература**

1. Холмогорова А.Б., Пуговкина С.В., Воликова Н.Г., Довженко Т.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю. Факторы эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра // Консультативная психология и психотерапия № 2(65), 2010
2. Bergin A.E., Garfield S. Handbook of psychotherapy and behavior change. / John Willey & Sons, New York, 1995
3. Sandell R., Clinton D., Frövenholt J., Bragesjö M., Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, V.84, N. 3, 2011

## **ТРЕНИНГ НАВЫКОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

*Белоглазова А.М., Дюргерова М.М.,*

*Московский государственный медико-стоматологический университет,*

*кафедра общей психологии, Москва*

[fridka84@yandex.ru](mailto:fridka84@yandex.ru) [durger@mail.ru](mailto:durger@mail.ru)

Одним из наиболее важных факторов в оценке врача-стоматолога как специалиста является высокий уровень профессионализма, который описывается как комплекс специальных теоретических знаний, умений и практических навыков, приобретенных в результате специальной подготовки и опыта работы (Батышев, 1999). Необходимо учитывать тот факт, что деятельность врача-стоматолога протекает в рамках постоянного непосредственного взаимодействия с другим человеком (пациентом), и, помимо сугубо профессиональных знаний, стоматологу необходимо обладать определёнными психологическими знаниями.

Врач-стоматолог находится в достаточно специфической позиции, поскольку пациенты приходят на приём с комплексом негативных переживаний. Изучение актуального эмоционального статуса пациентов стоматологических клиник показало, что 84%-92,8% из них испытывают напряжение, тревогу и страх (Ларенцова, 2006). Во время непосредственных врачебных манипуляций стоматологу приходится постоянно вторгаться в интимно-личностное пространство пациента (Кипиани, 2006). Ежедневное непосредственное общение с такими пациентами бесспорно влияет на эмоциональное состояние врача и создает дополнительное напряжение в работе специалистов, от которых требуется высокая степень концентрации внимания при непосредственном выполнении врачебных манипуляций. Результатом этого напряжения может являться синдром эмоционального выгорания, признаки которого выявляются у 61,8% стоматологов (Сидоров, 2005), причём 8,1% респондентов находится на последней стадии, ведущей к психосоматическим нарушениям и формированию различного рода аддикций. Таким образом, совершенно очевидно, что приобретение и использование научных психологических знаний необходимо не только для повышения эффективности коммуникации с пациентами, но и для поддержания эмоционального статуса самого врача-стоматолога.

В программу обучения врачей-стоматологов в интернатуре входит цикл занятий по психологии (лекций, тренингов, интерактивных бесед), проходящий на кафедре общей психологии МГМСУ. Опыт работы за предыдущие годы показал, что у врачей-стоматологов, которые уже начали практиковать, велика потребность в следующих моментах:

1. Приобретение и систематизация научных знаний о психологических особенностях пациентов стоматологической клиники.
2. Изучение и отработка практических навыков взаимодействия с пациентами.



3. Изучение и отработка практических навыков взаимодействия с коллегами.
4. Приобретение конкретных научных знаний и отработка навыков, необходимых для адекватных действий в стрессовых и/или экстремальных ситуациях.
5. Отработка навыков саморегуляции и аутотренинга.
6. Профилактика эмоционального выгорания.
7. Возможность обсуждения и детального разбора конкретных случаев из личной практики с точки зрения психологической науки.

Таким образом, можно говорить о том, что у стоматологов присутствует потребность в системном подходе к получению научных психологических знаний. Однако помимо лекционного материала необходимо давать возможность и практической работы, живого обсуждения и интерактивного взаимодействия в группе. В связи с этим была разработана программа тренингов для интернов-стоматологов, посвященная отработке навыков взаимодействия с пациентами, а также работе с собственными эмоциональными состояниями.

Программа тренинга рассчитана на учебную группу 10-20 человек, количество занятий варьируется от одного до пяти в зависимости от учебного расписания. Работа группы состоит из следующих моментов:

1. Знакомство, возможность рассказать немного о себе и о своей практике.
2. Лекционный материал, посвященный нескольким из списка тем, который приведен ниже.
3. Обсуждение в подгруппах и в группе интересующих вопросов, дискуссия на спорные темы, определение круга наиболее значимых тем и проблем, встречающихся в повседневной практике, обсуждение наиболее «сложных» с психологической точки зрения пациентов.
4. Разбор конкретных случаев из практики участников группы. Получение обратной связи от коллег-стоматологов и от психолога-ведущего.
5. Участие в психологических упражнениях, направленных на отработку конкретных навыков взаимодействия с пациентами, коллегами и самим собой: работа с эмоциональным напряжением, работа с личным пространством человека, отработка навыков эмпатии, саморегуляции, выражения собственных эмоций, аутотренинга и т.д.
6. Обсуждение полученного на занятии нового опыта и возможности применения его в повседневной практике.

Как уже было сказано выше, в структуру тренингового занятия входит обязательный лекционный блок. Это связано с тем, что, с точки зрения профессионализма, выработка определенных навыков будет бессмысленной без обладания базовыми знаниями в соответствующей области, без формирования структуры этих знаний и встраивания их в общую систему профессиональной компетентности. Основные темы, по которым начитывается лекционный материал и проводятся интерактивные беседы были сформулированы, исходя из запросов, озвученных самими врачами-стоматологами, проходящими обучение в течение предыдущих лет. Приведём список этих тем:

1. Эмоциональное выгорание и его профилактика. Саморегуляция и аутотренинг.
2. Эмоциональные состояния пациентов.
3. Психологические и телесные границы. Работа в интимно-личностном пространстве.
4. Специфика работы с пациентами-детьми. Основы знаний по вопросам детской психологии.
5. Взаимодействие в рабочем коллективе.
6. Перспективы профессионального взаимодействия врачей-стоматологов и клинических психологов.
7. Профессиональные тревоги и опасения.

Опыт работы в таком формате наглядно продемонстрировал, что многие молодые специалисты обладают достаточно высокой мотивацией на развитие собственных навыков взаимодействия с пациентами. Однако нам хотелось бы обратить особое внимание на необходимость комплексного подхода к проблеме взаимоотношения в диаде “врач-пациент”. Эмоциональный статус врача является одним из наиболее значимых факторов успешной профессиональной деятельности. Профессиональные знания и умения в области контроля за собственными эмоциональными состояниями, навыки саморегуляции, а также базовые знания в области клинической психологии должны стать неотъемлемой частью профессионального образования врачей-стоматологов с целью профилактики синдрома эмоционального выгорания.

#### **Список литературы:**

1. Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Соловьёва О.В. Введение в практическую и социальную психологию. М.: Смысл, 1996.-373с.

2. Кипиани А.И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: автореф. дисс. кандидата психологических наук, Ставрополь, 2006
3. Ларенцова Л.И, Смирнова Н.Б. Конфликт как фактор стресса в практике врача-стоматолога// Российская стоматология. 2002. № 4. С. 36-38.
4. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс стоматологов. -М.: "Мед. книга", 2006. - 148 с.
5. Петровская Л.А. Компетентность в общении. – М.: Изд-во МГУ, 1989.- 216с.
6. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. - М., 2003, с. 226.
7. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания. – Медицинская газета № 43 – 8 июня 2005 г.
8. Энциклопедия профессионального образования: В 3-х т./под ред. С.Я. Батышева. – М., 1999. – Т. 2

## **ОБРАЗ ПАЦИЕНТА У ВРАЧЕЙ-РЕАНИМАТОЛОГОВ**

*Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г.*

*Институт психологии им. Л.С. Выготского,*

*Российский государственный гуманитарный университет, Москва*

[ebereg@rambler.ru](mailto:ebereg@rambler.ru)

Одной из важных проблем современной психологической практики является эмоциональное выгорание, часто возникающее у представителей помогающих профессий. Эмоциональное выгорание связано со снижением уровня эмпатии, с ее своеобразной «атрофией». Для обыденного сознания характерен типичный образ врача, учителя, юриста и т.п., относящегося к людям, как к неодушевленным объектам своей работы. В то же время, по некоторым данным, у части лиц, чья работа связана с помощью в экстремальных ситуациях (спасатели, реаниматоры) синдром эмоционального выгорания выражен слабее или отсутствует. Возможно, это связано с тем, что они имеют дело с реальностью, осмысляемой в экзистенциальных категориях: жизнь и смерть, гибель и спасение.

Вероятно, у этой категории специалистов имеется особый уровень развития эмпатических процессов, который можно было бы обозначить, как «высшую» или

«произвольную» эмпатию. Можно предположить, что в этих случаях у человека развивается способность произвольно управлять своей эмпатией. Важным средством управления эмпатией является речь. Фактор произвольности и опосредствованности эмпатии может являться системообразующим в плане общего эмоционального благополучия.

Для теоретического осмысления данной проблемы необходимо сочетание двух компонентов: концепции о развитии высших психических функций (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Г.Г. Кравцов и др.) и категорий самореализации, самоактуализации, предельных жизненных смыслов личности (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл и др.).

Эмпатию, в строгом смысле слова, нельзя рассматривать в качестве психической функции, но многие исследователи выделяют в ее протекании различные уровни, элементарные и высшие. Так, Т.П. Гаврилова говорит о двух видах эмпатии – элементарном, непосредственном сопереживании и более сложном, опосредствованном когнитивными компонентами – сочувствии. В работе Ю.Б. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягиной, Е.Н. Козловой вводится понятие «конгруэнтной» эмпатии, которая подразумевает способность личности к быстрому переключению от выражения сопереживания к выражению собственных переживаний (в том числе и негативных), при сохранении принятия другого и его чувств. К. Роджерс пишет о высших проявлениях эмпатии, необходимых для терапевтической работы, и дает конкретные характеристики этого процесса, свидетельствующие о наличии опосредствующих звеньев.

Мы задались целью выявления высших, произвольных видов эмпатии, и их отличия от элементарных. Для этого мы обратились к двум группам врачей: поликлинических, ведущих плановый прием (39 человек), и реаниматологов, работающих в экстремальных условиях (41 человек). Все они работают в Научном Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, проживают в Москве, средний стаж работы – 17 лет.

Поликлинические врачи, осуществляющие прием в относительно спокойных и стабильных условиях, как правило, не имеют дела с неотложными состояниями больных. Их профессиональная деятельность не требует способности произвольно управлять своей эмпатией, так как сопереживание пациентам для них, в большинстве случаев, не является чрезмерно болезненным. Реаниматологи же

работают в операционной и имеют дело с острыми состояниями пациентов, с серьезным риском для их жизни. Для них произвольное управление эмпатией является профессиональным требованием, поскольку сопереживание остро страдающим людям мешает оказывать им эффективную помощь.

Были использованы методики: «Тест самореализации», Э. Шострома (стандартизирован А.А. Рукавишниковым), опросник «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко, «Торонтская алекситимическая шкала», и, наконец, проективная рисуночная методика «мой пациент». После обработки результатов показатели двух групп врачей сравнивали с помощью критерия U Вилкоксона-Манна-Уитни (кроме рисуночной методики). Результаты этого сравнения показали, что достоверных различий в уровне показателей врачей из поликлиники и реаниматологов не наблюдается.

Что касается проективного рисунка, то согласились его выполнить не все врачи, а лишь 64 человека из 80 (30 поликлинических врачей и 34 реаниматолога). Сделанные ими рисунки «Мой пациент» имели разную степень технического совершенства, содержание, меру конкретной образности, абстрактности или метафоричности, они свидетельствовали о различных индивидуальных особенностях и проблемах своих авторов. При этом оказалось возможным разбить респондентов на пять групп по смысловому характеру рисунков, независимо от других присущих им индивидуальных особенностей. Дадим краткое описание эти типов рисунков, каждому из которых мы дали условное образное название.

Рисунки, которые мы назвали «Спасение пациента». В группу эту вошли 9 человек (все реаним.). Они метафорически представляют пациента, как объект воздействий врача. Например, на рисунке исп. № 72 врач ведет человека от кладбища к стадиону; у исп. № 74 врач силой удерживает пациента, стремящегося к гробу. Врачи рисуют пациента как не объект жалости, а как объект приложения тяжелых, даже предельных усилий.

Рисунки «Человек - пациент». В группу вошли 5 врачей (все реаним.). Это эмоционально нейтральные и малоинформативные рисунки «просто человека». Судя по всему, эти врачи отнеслись к заданию формально.

Рисунки «Объект - пациент». В группу вошли 10 врачей (6 реаним. и 4 поликли.). Это рисунки, на которых пациент метафорически представлен как объект познания. Часть из них изображают пациента в виде предмета или знака: восклицательный знак – «мне нравится работать с больными»; открытая спираль – «познание человека»; две коробочки – одна закрытая, от нее идет стрелка к другой, открытой коробочке – «нужно раскрыть, узнать» (№№ 56, 59, 61 - реаним.; №№ 24, 32, 36 - поликли.). Для врачей этой группы пациент это объект познавательной деятельности и вложения профессиональных усилий. Отчасти это похоже на группу «Спасение пациента», но здесь отсутствует идея спасения.

Рисунки «Страдающий пациент». В группу вошли 24 врача (9 реаним., 15 поликли.) Рисунки конкретно-образные, эмоциональные, изображающие, чаще, лицо страдающего человека, которого жалко. В этих рисунках нет ничего, что бы говорило об идее помощи.

«Пациент для меня». В группу вошли 16 врачей (6 реаним. и 10 поликли.). Пациент изображен как приятный или неприятный человек. Здесь проявилось отношение к больным, как к партнерам по принудительному общению. Тема лечения или болезни отсутствует.

Самый распространенный тип рисунка – это «Страдающий пациент». Рисунков такого рода было достоверно (критерий хи-квадрат) больше у поликлинических врачей. Второй по частоте встречаемости тип рисунка – «Пациент для меня». Этих рисунков тоже было достоверно больше у врачей из поликлиники. Рисунков «Объект-пациент» больше у реаниматологов (не достоверно). «Спасение пациента» - небольшая группа рисунков, встречающихся только у реаниматологов. Наконец, самые редкие рисунки – «Человек-пациент» (есть только у реаниматологов).

Мы рассмотрели полученные по всем методикам результаты в группах, выделенных по характеру проективных рисунков «мой пациент». Значимые различия средних показателей между группами наблюдаются по всем шкалам методики на уровень самореализации. Наиболее высокие показатели почти по всем шкалам наблюдаются у группы «Спасение пациента». Почти все из них, так же, как и показатель общего уровня самореализации, попадают в зону, характерную для самоактуализирующейся личности. Только показатели шкал «взгляд на природу человека», «спонтанности», «аутосимпатии» и «гибкости в общении» соответствуют норме, а остальные превышают норму.

Группа «Человек – пациент» идет вплотную к группе «Спасение пациента» по трем шкалам: «общего уровня самореализации», «автономности» и «спонтанности». В этой группе низкий показатель по шкале «взгляд на природу человека». Это говорит о своеобразной установке на принижение всего, что относится к суверенности человеческой личности. Вероятно, это проявление своеобразного профессионального цинизма, демонстративного презрения ко всему «сентиментальному». Такое качество нередко встречается у успешных врачей, причем оно, как и получилось и по нашим данным, часто вступает в противоречие с реально действующей мотивацией. Врачи этого типа, вопреки декларируемому ими «сугубо профессиональному» и даже, порой, оскорбительному для пациента обращению, в реальности проявляют высокую самоотверженность и альтруизм. Это подтверждается тем, что у группы «Человек – пациент» самые высокие межгрупповые показатели по шкалам «спонтанности», «самопонимания», «аутосимпатии», «контактности» и «гибкости в общении». Напомним, что эта группа тоже состоит исключительно из реаниматологов.

В группе «Объект – пациент» самые высокие показатели по шкалам «ориентация во времени» и «потребность в познании». Эти характеристики рисуют тип скорее ученого, чем врача. Высокие показатели по шкале «гибкости в общении» совпадают с группой «Спасение пациента», а по шкале «общего уровня самореализации» к ним приближаются.

Группа «Страдающий пациент» по шкалам «ценностей» и «креативности» приближается к средним по группе «Спасение пациента». В основном по всем шкалам в этой группе наблюдается высокий уровень самореализации, но отмечаются низкие показатели по шкалам «взгляд на природу человека» и «спонтанность». Это

говорит об относительно высоком уровне как самореализации, так и «элементарной», «непосредственной» эмпатии и, в целом, непротиворечивом, гармоническом складе личности.

Наконец, самые низкие показатели почти по всем шкалам выявились у группы «Пациент для меня». Похоже, что для этой группы характерен эгоцентризм инфантильной личности. Такие люди не умеют вставать на точку зрения другого, а если природная эмоциональность приводит у них к отождествлению со страдающим человеком, то они не сочувствуют, а страдают сами и пытаются отгородиться от источника страдания.

Показатели методики на определение уровня эмпатии Бойко значимых различий между группами не обнаружили. Небольшое различие средних показателей наблюдается по только общему уровню эмпатии, где выявлен высокий уровень в группах «Спасение пациента» и «Человек - пациент», и низкий в группе «Пациент для меня» ( $p \leq 0,05$ ).

По средним показателям уровня алекситимии между группами врачей значимых различий не оказалось. У всех групп этот уровень близок к границе, отделяющей «неалекситимический» тип личности от среднего.

Следующим этапом исследования был корреляционный анализ показателей (по Спирмену) в группах врачей, выделенных по характеру проективных рисунков. В связи с ограничением объема данного сообщения мы не можем описать все полученные взаимосвязи показателей, поэтому ограничимся выводами, которые нам удалось сделать при анализе этих связей в совокупности с другими полученными данными.

Первое, что необходимо отметить: у всех врачей, как поликлинических так и реаниматологов, выявился не слишком высокий уровень эмпатии. Далеко не все врачи-реаниматологи, работающие в экстремальных условиях, отличаются хотя бы относительно высоким уровнем эмпатии и, тем более, ее произвольностью и опосредованностью. Вместе с тем, именно у части реаниматологов был выявлен высший, произвольный уровень эмпатии.

Эти реаниматологи вошли в две группы, выделенные на основании анализа рисунков «мой пациент». Мы назвали эти группы «Спасение пациента» и «Человек-



пациент». В первой из них врачи проявили в рисунках активную профессиональную и человеческую позицию, метафорически изобразив свои усилия по спасению больного. Во второй они дали «формальные» рисунки, показав нежелание эмоционально раскрываться. В обеих группах был зафиксирован уровень самореализации, достигающий уровня самоактуализирующейся личности. В то же время, там выявились обратные связи шкал методики на самореализацию и показателей эмпатии, которые можно отнести к «натуральным».

Врачи из группы «Объект-пациент», скорее, являются учеными, направленными на изучение природы болезни, чем собственно врачами, лекарями. При этом у них достаточно высокий уровень как самореализации, так и эмпатии, и они встречаются как среди поликлинических врачей, так и среди реаниматологов.

Врачи, у которых преобладает «натуральная» эмпатия, также есть в обеих выборках, но в поликлинике их достоверно больше. В их рисунках типа «Страдающий пациент» проявилось сочувствие больным, не связанное с идеей помощи. У них более низкий уровень самореализации, и он связан прямой связью с показателями эмпатии (тоже невысокими).

Наконец, самый низкий уровень и самореализации, и эмпатии оказался у врачей, нарисовавших больного как объект неизбежного общения (приятный или неприятный). Если у группы «Страдающий пациент» эмпатия, хоть и натуральная, но достаточно выражена, то у врачей из группы «Пациент для меня» она еще и слабая.

Таким образом, у значительной части врачей, работающих в экстремальных условиях (14 из 30), выявляется высший, произвольный уровень протекания эмпатийных процессов. Для них характерно осознание своей активной помогающей позиции, высокий уровень самореализации (самоактуализирующаяся личность), а также обратные корреляционные связи показателей самореализации с «элементарными» проявлениями эмпатии (эмоциональный канал эмпатии по Бойко).

## СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ И В ПСИХОЛОГИИ

*Будай Николай Николаевич, аспирант*

*Московский Городской Психолого – Педагогический Университет , факультет  
клинической и специальной психологии, кафедра нейро и патопсихологии,  
Москва*

budaw@mail.ru

Стигматизация в наше время довольно распространенное явление, и встречается в разных областях науки, в частности в образовании, медицине, психологии, юриспруденции, и.т.д.

Проблема стигматизации и дискриминации в психиатрии и психологии считается особенно актуальной при хронических психических заболеваниях, преимущественно при шизофрении, депрессии, СДВГ. Стигма – греч. «клеймо», это черты неполноценности, ущербности, несправедливо приписываемые душевнобольным, когда сама болезнь рассматривается как нечто позорное, постыдное. С другой стороны, стигма ведёт к профессиональной деформации врача – психиатра, так как навешивание медицинских «ярлыков» девальвирует личность пациента, например, в американской институциональной психиатрии, в частности в патерналистской модели.

Ярлык, штамп, или иными словами «стереотипное» мышление врача, психолога, приводит не только к дискриминации пациента, или подростка, но и нарушает полноценную работу, лишая творческого потенциала специалистов. В среде педагогов, обладающих ригидным мышлением, плохой стрессоустойчивостью, слабым самоконтролем и саморегуляцией, тоже есть стигмы, приводящие к социальной изоляции подростка, это «дурак», «дебил», и т.д.

Как правило, такие подростки обладают повышенной ситуативной и личностной тревожностью, или пониженной; агрессивностью, социальной дезадаптацией, так как по результатам социометрии они попадают в разряд отверженных или аутсайдеров.

В психиатрической практике, к факторам, неблагоприятно влияющим на социальную адаптацию пациентов, это течение заболевания, тип течения

заболевания, (экзогенный/эндогенный) определённый личностный преморбид больного (астеничный, гипотимный, гипертимный), незрелые (примитивные) копинг-стратегии, дезадаптивные психологические механизмы защиты (отрицание, регрессия), искажённая внутренняя картина болезни (иллюзорная), социально-функциональные ограничения и табу, накладываемые обществом, публикации в СМИ, рисующего образ врача – тирана, садиста, которые носят сенсационный, но искажённый образ.

На стигматизацию и дискриминацию больных оказывают влияние следующие факторы: возраст, пол, уровень образования, профессия, общение с врачами-психиатрами, психотерапевтами и психологами, окружающие члены общества, источники информации, сам индивид и опыт его общения с больными. К факторам, способствующим формированию феномена самостигматизации, кроме вышеизложенных, состояние комплайенса, поддерживающая и противоречивая терапия, качество жизни пациента в болезни, состав семьи, тип отношений в семье, нарушение социального функционирования и социальная дезадаптация.

Изложенные данные говорят о том, что проблема стигматизации людей с психическими заболеваниями, личностными нарушениями, отклонениями в поведении актуальна, а социальная адаптация\дезадаптация, в которой ведущую роль играют процессы стигматизации и самостигматизации, требует детального изучения. Стигматизация по принципу порочного круга в психиатрии и образовании ведёт к дискриминации, которая, в свою очередь, усиливает стигму и ведёт к ещё большей дискриминации, а с ними - к нарушению социального функционирования и ухудшению качества жизни, что вновь подчёркивает необходимость предпринимаемого исследования данного вопроса.

## **ОСОБЕННОСТИ ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ**

*Вайберт М.И., кандидат педагогических наук, доцент*

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, кафедра социальной и клинической психологии, Чебоксары*

[vajbert@yandex.ru](mailto:vajbert@yandex.ru)

В настоящее время особую актуальность имеет задача укрепления экономического потенциала страны. Большое значение в решении этой проблемы придается

изучению состояния здоровья молодежи как контингента, от которого во многом зависит будущее нашей страны. Студенческая молодежь – это будущий мощный интеллектуальный потенциал государства и в то же время это динамичная возрастная группа, находящаяся в процессе формирования; легко ранимый с позиций здоровья контингент, нуждающийся в особо продуманной системе наблюдений. Поэтому контроль и внимание за психическим здоровьем студентов необходим и важен.

Для проведения исследования мы применили «Проективную экспериментально-психологическую методику изучения фрустрационных реакций С. Розенцвега» и «Методику УНП».

Нами были получены следующие результаты: наиболее частой формой реагирования на фрустрацию у студентов ВУЗа оказались импунитивные (46%) и экстрапунитивные (36%) реакции; у мужчин показатель экстрапунитивных реакций в 1,4 раза выше, чем у женщин, то есть мужчины в фрустрационной ситуации склонны предъявлять повышенные требования к окружающим, в то время как женщины склонны к самообвинительным реакциям.

Среди студентов медицинского факультета Е-реакции (склонность к агрессивной форме) встречаются чаще по сравнению с другими факультетами (40 против 31%), с учетом курса обучения распределение Е-реакций как на старших, так и на младших курсах практически одинаково, М-реакции преобладают на старших курсах (50 против 41,3%), то есть у них в ситуациях фрустрации происходит преуменьшение травмирующих, неприятных аспектов этих ситуаций и торможение агрессивных проявлений к окружающим. Показатели М-реакций не зависели от пола и профиля обучения. I-реакции не зависели от пола. Интропунитивные реакции чаще встречались на младших курсах по сравнению со старшими (21,7 против 14,8%), а также чаще на других факультетах по сравнению с медицинским (26 против 12%). Это отражает склонность младшекурсников и студентов других факультетов предъявлять чрезмерно завышенные требования к самому себе.

Реакция «фиксация на препятствии» (ОД) превалирует над двумя другими реакциями (64 против 24% (ЕД) и 12% (NP)). У мужчин реакция «фрустрация на самозащите» (ЕД) встречается чаще, чем у женщин (30 против 20%). У женщин преобладает реакция «фиксация на удовлетворении потребности» (NP). Это может говорить о том, что мужчины в ситуациях препятствия сосредотачиваются в первую очередь на защите собственного «Я», а женщины в таких случаях обычно адекватно

реагируют на ситуацию. Реакции ЕД и НР у младших курсов встречались гораздо чаще, в то время как у студентов старших курсов оказались высокими показатели реакции ОД. Получается, что на старших курсах студенты в конфликтных ситуациях склонны чрезмерно фокусироваться на самом конфликте, а не его решении. Младшекурсники либо склонны к адекватному реагированию на фрустрацию, либо в ситуациях препятствия они сосредотачиваются на проблеме защиты своего «Я».

Высокая социальная адаптация выявлена у 43% студентов, а низкая у 57%. Показатели GGR не зависели от пола и курса обучения. Кроме того, студенты не медицинских факультетов имеют более высокую социальную адаптацию (48 против 40%).

В целом, среди студентов преобладали респонденты с низкой агрессивностью (44%). Юноши были более агрессивны, чем девушки (35 против 20%), а студенты медицинского факультета по сравнению с другими специальностями (19 против 4,8%). Результаты корреляционного анализа показали, что чем ниже степень социальной адаптации и выше уровень агрессивности, тем больше вероятность возникновения у данного человека невроза. К группам повышенного риска можно отнести студентов медицинского факультета, имеющих низкие показатели GGR и высокие показатели агрессивности по сравнению с другими факультетами, а также студентов – юношей, у которых также оказались более высокие оценки агрессивности по сравнению с девушками. К социально-психологическим факторам риска в плане развития пограничных психических расстройств, мы отнесли высокую учебную нагрузку и наличие вредных привычек.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ ЕЁ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

*Горбунов А.А., Деларю В.В., кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор*

*Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра общей и клинической психологии, Волгоград*

aag09@mail.ru

Движение за демократические права во второй половине XX века, массовое распространение и утверждение в общественном сознании населения западных стран либерально-демократических идей об индивидуальных правах и свободах способствовали принятию «Хельсинкской декларации прав человека» (1964г.,

пересмотренной в 1996г.), которая акцентирует свободу выбора и уважение к независимости человеческой личности и вследствие этого по-новому, именно с позиций этих прав человека, стали восприниматься права больного и взаимоотношения «врач-пациент». Соответственно мнение пациентов о качестве лечебного процесса в последние годы приобретает всё большее значение; именно оценке пациента ВОЗ уделяет особое внимание при характеристике медицинской услуги надлежащего качества [5].

В этом контексте было проведено анкетирование 106 жителей Волгограда (гнездовые выборки), которые когда-либо сами получали (или получают) психотерапевтическую помощь в медицинских учреждениях разных форм собственности.

Оценки потребителей психотерапевтической помощи были пессимистическими и свидетельствовали о явно недостаточном её оказании населению. Так, всего 13,2% считали, что она оказывается в должном объёме; 42,5% решили, что она практически не оказывается и остальные 13,2% затруднились ответить. В то же время 50,0% респондентов ответили, что психотерапевтическая помощь показана примерно 10-15% населения; это, в целом, соответствует мнению специалистов [6, 9]. Остальные либо недооценивали данную потребность (42,4%), либо затруднились ответить (7,6%).

55,7% респондентов заявили, что они хорошо представляют себе, в чем заключается деятельность врача-психотерапевта, 40,6% - что частично представляют (3,7% затруднились ответить), но распределение ответов относительно согласия / несогласия с утверждением, что «психотерапевт - это тот же психиатр» показало, что согласились с данным утверждением 14,2%; были скорее согласны, чем не согласны - 13,2%; скорее не согласны, чем согласны - 23,6%; не согласны - 49,0%. Таким образом, даже среди получавших психотерапевтическую помощь и имеющих личный опыт общения с психотерапевтом, значительное число лиц (27,4%), в целом, разделяют точку зрения о том, что «психотерапевт - это тот же психиатр», а к психиатрам и психиатрии в российском обществе традиционно настроено негативно отношение [3, 4, 7, 8]. В специальной литературе отмечается, что к моменту обращения к психотерапевту у пациента чаще всего имеется сложившееся ограниченное либо искаженное мнение о том, в чем должна состоять психотерапия и чего с ее помощью можно добиться [1, 2], однако то, что подобные представления остались более, чем у 25% лиц, получивших / получающих данный вид медицинской

помощи, свидетельствует о недостаточно эффективной коммуникации в системе «психотерапевт-пациент» и реализации психотерапевтического процесса.

Относительно предпочтений потребителей психотерапевтической помощи, то четвертая часть из них (25,5%) предпочла, чтобы психотерапевтом была женщины; третья часть потребителей (32,1%) предпочла мужчин. Для 42,5% потребителей психотерапевтической помощи пол психотерапевта не имел значения. Групповые занятия, которые более эффективны, чем индивидуальные [6], предпочли всего 18,9% потребителей психотерапевтической помощи в то время как индивидуальные - 67,0% (для 14,1% это не имело значения). Исходя из полученных результатов, представляется правомерным считать, что врачи-психотерапевты преимущественно настроены на индивидуальные занятия и проводят именно их.

В настоящее время психотерапевтическая помощь для подавляющего большинства населения носит платный характер и её надо оплачивать в полном объёме. 17,9% респондентов были готовы потратить (или потратили) на курс данного лечения более 3500 рублей (т.е. при эмпирически сложившейся в городе средней цены одного сеанса в 500-750 рублей пройти курс терапии хотя бы из 4-6 сеансов). 25,5% назвали приемлемой для них сумму до 1750 рублей, что достаточно примерно для оплаты 1-3 психотерапевтических сеансов; заплатить 1750-3500 рублей (3-5 сеансов) были готовы 18,9%; считавших, что тратить деньги на данный вид лечения не стоит - 5,7%. Затруднились ответить 32,0%. В целом же, то, что менее 20% были готовы заплатить за полный курс лечения, свидетельствует о стремлении ограничивать количество сеансов по материальным соображениям и, фактически, снижает эффективность данного лечения.

Отмеченная закономерность - стремление ограничить лечение - получила подтверждение и при ответах на вопрос о том, прошли ли они назначенный курс лечения полностью или не полностью, частично. Всего 31,1% ответили, что они полностью прошли назначенный курс лечения; 65,1% - что прошли не полностью, частично и 3,8% не смогли ответить на этот вопрос поскольку на момент анкетирования они получали психотерапевтическую помощь.

Естественно, особый интерес представляют ответы потребителей психотерапевтической помощи на вопрос о том, почему назначенный курс психотерапии они прошли не полностью (на этот вопрос можно было дать несколько ответов).

Наиболее частой причиной было названо то, что не было времени, появились другие дела и т.п. - на это указали 44,9%. Следующей по частоте встречаемости шло то, что этот метод лечения не очень эффективен и без него вполне можно обойтись (33,3%). Далее назывались опасения относительно того, что о лечении у психотерапевта узнают окружающие (20,3%). Фактически, эти 20% потребителей психотерапевтической помощи ограничили её получения из-за боязни стигматизации. 7,2% в качестве причины преждевременного лечения назвали то, что они не нашли контакта с психотерапевтом. С одной стороны, это достаточно небольшой процент, но, с другой стороны, его вообще не должно быть. 13,0% назвали другие причины, по которым они не смогли полностью пройти назначенный курс лечения.

Полностью удовлетворены психотерапевтической помощью были 29,2% респондентов, еще 42,5% были скорее удовлетворены, чем не удовлетворены. Т.е. о своём позитивном отношении к данному виду лечения высказались 71,7% потребителей психотерапевтической помощи. Соответственно, 28,3% оценивали её отрицательно (скорее не удовлетворены, чем удовлетворены были 18,9%, не удовлетворены - 9,4%).

Таким образом, у значительной части лиц, получавших психотерапевтическую помощь, имеются относительно неё искаженные представления, характерные для массового сознания населения. Это, в частности, способствует тому, что две трети лиц, обратившихся за психотерапевтической помощью, не полностью проходят назначенный курс лечения, что, в свою очередь, снижает результативность проводимой терапии и способствует отрицательным оценкам её эффективности.

Литература:

1. Вайнер И. Основы психотерапии. - 2-е изд. СПб: Питер, 2002. - 288с.
2. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. - 2-е изд. СПб: Питер, 2002. - 256с.
3. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т.9, вып.3. - С.5-8.
4. Москвитина У.С., Руженков В.А. Представление о психических расстройствах и отношении к психиатрии населения средней полосы России (на материале Белгородской области) // Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - № 1. - С.74-75.



5. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ. - Женева, 1994. - С.12.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб: Питер, 2006. - 944с.
7. Трушелёв С.А. Обсуждение вопросов психиатрической помощи в Совете Федерации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2009. - Т.109, № 9. - С.109.
8. Ястребов В.С., Трушелёв С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2009. - Т.109, № 6. - С.65-68.
9. Starke H. Zum Psychotherapiebedarf in der Allgemeinmedizin // Med. - 1987. - Vol.42. - S.977-980.

## **ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ**

*Демьяненко Р.Б., преподаватель высшей квалификационной категории*

*Государственное бюджетное учреждение среднего профессионального образования «Амурский медицинский колледж», Благовещенск*

amk\_amur@mail.ru

Реформирование системы здравоохранения учитывает персональную роль медицинского работника в укреплении здоровья, снижении и профилактике заболеваемости населения. Это качественно новая практика, не сводимая к уже имеющимся лечебно-диагностическим процедурам: не лечение как таковое, а обучение человека быть здоровым. Обучение действиям, направленным на восстановление и сохранение здоровья, будет тем успешнее, чем большими знаниями и умениями обладает медицинский работник.

Учитывая актуальность сохранения и укрепления здоровья будущих медицинских работников, формирования здорового образа жизни, умений ведения профилактической работы с населением, возникает необходимость совершенствования среднего медицинского образования, позволяющего на практике реализовать концепцию здорового образа жизни и принципы профилактической медицины, что возможно лишь при соответствующей организации образовательного процесса в медицинском колледже.

Формирование умений здорового образа жизни будущих медицинских работников отражают индивидуальную здоровьесформирующую деятельность и профессиональную медико-профилактическую деятельность медицинского персонала, и представляют собой совокупность различных компонентов.

Организация учебного процесса по дисциплине «Медицинская психология» на основе здоровьесформирующей модели и методики обучения, позволяет формировать у будущих медицинских работников среднего звена умения здорового образа жизни. Основные группы умений здорового образа жизни включают в себя следующие компоненты:

1. *Гностический* – умения диагностировать свое состояние и состояние здоровья пациентов, выявлять их проблемы, совершенствовать знания в области новых научно-обоснованных методик оздоровления.
2. *Конструктивный* – умения подбирать средства для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья пациентов, составлять и планировать программы оздоровительных мероприятий.
3. *Коммуникативный* – характеризует умения сформировать мотивацию у пациента и побудить его к здоровому образу жизни, строить благоприятные взаимоотношения в быту и профессиональной деятельности, толерантного поведения.
4. *Организаторский* – умения управлять собственной деятельностью и деятельностью пациентов по сохранению и укреплению здоровья, реализовывать намеченные оздоровительные программы.
5. *Оценочно-корректировочный* – характеризует умения оценки эффективности обучения оздоровительным мероприятиям и их коррекции.

Представленные компоненты образуют целостную систему, где каждый из них оказывает определенное воздействие на другие и, тем самым, на характер всей системы, а, в конечном счете, на становление профессиональных умений здорового образа жизни.

Исходная мотивация к формированию здоровьесформирующих умений на уроке заключается в использовании активных и интерактивных методов и приемов обучения - совокупности средств, способов, приемов, побуждающих студентов к активной познавательной деятельности.

Эвристическая беседа, проблемная ситуация, диагностические задачи валеологической направленности, исследовательский метод и метод реферативных сообщений формируют умения гностического и конструктивного компонентов. Применение методов анализа конкретных ситуаций, деловых игр, публичного выступления, коллективной мыслительной деятельности и форма работы студентов в динамических парах способствуют формированию коммуникативного, организаторского и оценочно-корректировочного компонентов.

Мы используем также и такие активные формы обучения как: опорные конспекты, мозговой штурм, постановку проблемных вопросов и перевод их в проблемные ситуации, интенсивный опрос, коммуникативную атаку, игры.

Интерактивная методика строится на взаимодействии между участниками учебного процесса как непрерывный диалог, в процессе которого педагог и студент наблюдают, осмысливают намерения друг друга и реагируют на них.

Используя познавательный интерес студентов, мы развиваем их умения самостоятельно проектировать информативную продукцию для пациентов: буклеты, листовки, бюллетени и т.д.

Такая организация учебного процесса помогает студентам определить роль медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий среди населения.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Ивахненко Л.И., врач-кардиолог

Федеральное государственное учреждение «1602 Окружной военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, Ростов-на Дону

E-mail: [ivakhnenko-l@mail.ru](mailto:ivakhnenko-l@mail.ru)

Полякова Е.О., доктор медицинских наук, старший научный сотрудник

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук,  
Москва

E-mail: [avtor@mail.domonet.ru](mailto:avtor@mail.domonet.ru)

Иванов М.В., младший научный сотрудник

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук,  
Москва

E-mail: [ivanov-michael@mail.ru](mailto:ivanov-michael@mail.ru)

Профессиональные военные подвергаются интенсивному воздействию стрессовых факторов и имеют регулярную повышенную физическую нагрузку, что, наряду с общими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, определяет высокие показатели заболеваемости кардиологической патологией среди военнослужащих. Военная служба связана с проживанием в сообществе с иерархической и дисциплинарной структурой, утомительными тренировками и определенной степенью отгороженности от остального общества, постоянными сменой окружения, занятости и места проживания, часто в плохих условиях. Участие в военных операциях сопряжено с ограничением личной свободы и возможностей самостоятельного принятия решений. К факторам риска возникновения депрессии у военнослужащих мужского и женского пола относятся молодой возраст, курение (активное или в анамнезе), злоупотребление алкоголем; отсутствие социальной поддержки. Таким образом, военнослужащие подвергаются многофакторными стрессовыми воздействиями, которые имеют тенденцию накапливаться и нарастать, что может приводить к изменению поведения или личности, развитию различных пограничных психических расстройств (ППР), в том числе тревожно-депрессивного спектра [2].

*Целью* исследования является изучение психо-эмоционального статуса, особенностей стрессового воздействия у военнослужащих с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

*Методы исследования:* экспериментально-психологический метод, методики статистической обработки данных. Для определения уровня тревоги и депрессии использовали шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [1, 3], выявления особенностей стрессового воздействия, индивидуальный опросник пациента и специально разработанную шкалу стрессовых событий.

*Выборка исследования.* В исследование было включено 150 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в ФГУ «1602 ОБКГ» МО РФ. Возраст в

выборке варьировал от 28 до 45 лет. 100 больных с кардиологической патологией составили основную группу. 50 здоровых военнослужащих, проходивших обследование в отделении врачебной экспертизы военного госпиталя, были включены в контрольную группу.

*Результаты исследования.* В основной группе выявлено преимущественно сочетание различных сердечно-сосудистых заболеваний:

- 1) Артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца;
- 2) ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность;
- 3) ишемическая болезнь сердца с нарушениями ритма сердца;
- 4) ишемическая болезнь сердца в сочетании с атеросклерозом коронарных сосудов;
- 5) артериальная гипертония с нарушениями ритма сердца.

При изучении особенностей стрессового воздействия в исследуемой выборке отмечено преобладание стрессовых событий, связанных с прохождением воинской службы: служба в зоне боевых действий; изменений жизненных условий, связанных со службой; неопределенность в продлении службы по контракту; ночные дежурства и нарушение цикла сон-бодрствование; конфликтные ситуации в служебном коллективе. При исследовании психоэмоционального статуса военнослужащих по шкале HADS выявлен достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля.

*Заключение.* Интенсивное стрессовое воздействие у военнослужащих и наличие верифицированных сердечно-сосудистых заболеваний определяют высокий уровень тревоги и депрессии, что обосновывает необходимость скрининга тревожно-депрессивных расстройств у военнослужащих с кардиальной патологией и их своевременной терапевтической коррекции.

*Литературные источники*

1. *Калягин В.А. Овчинникова Т.С.* Логопсихология. – М.: Академия, 2006. – С. 313-316.
2. *Busuttil W.* Management of Mental Health in Veterans: The role of the Third Sector Charity Combat Stress RCPsych Presentation, 14 May 2010 [online] Available at: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/6-WBusuttil.pdf>
3. *Zigmond A. S., Snaith R.P.* The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – p. 361-370.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМАЖИНИТИВНЫХ ТЕХНИК В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

*Коноров Н.Д., старший преподаватель*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра общей психологии, г. Москва*

ele-konороva@yandex.ru

А. Адлер, характеризуя психическую реальность, определяющее значение которой для человека заявил З. Фрейд, отметил, что, если свернутая веревка в углу сумрачной комнаты кому-то покажется змеей, то этот «кто-то» будет переживать в текущий момент именно присутствие змеи со всеми сопутствующими модальностями. И неважно, что в следующий момент он может спохватиться и «взять себя в руки», подумав: «Что за бред? Откуда здесь взялась змея?». Важно, что, конструируя то или иное представление (*image*), человек погружается в опыт актуального переживания «здесь и сейчас», и потенциально способен уловить момент и отследить механизм перехода из одного состояния в другое. И, следовательно, способен учиться произвольно регулировать свое психическое состояние.

Богатство возможностей человеческого воображения трудно переоценить. С его помощью мы можем моделировать с высокой скоростью гипотетические ситуации как возможные последствия предполагаемых действий, осуществляя процесс целеполагания во временной перспективе. При его участии человек может довести себя как до состояния панической атаки, так и до состояния «Нирваны», в зависимости от осознаваемой или неосознаваемой цели. И, помимо многого-многого другого, дав воображению волю и поставив ему соответствующую задачу, человек может быть ответит себе на один из самых сложных вопросов: «Так чего же я хочу «на самом деле»?».

К сожалению, практика показывает, что далеко не все позволяют себе – в силу тех или иных причин – использовать максимум возможностей фантазии во взрослой жизни.

Основной резон – более или менее осознаваемое житейское, «здравомысленное» заблуждение: «Фантазия позволительна ребенку, но не взрослому, который должен быть серьезным и рациональным, а не витать в облаках». В то время как еще Блаженный Августин высказался в том смысле, что с помощью воображения можно

испытывать приятные переживания от мысленного путешествия по удивительным местам, не вставая с места. И не тратить время на перемещение себя в пространстве.

Еще одним, хотя и менее распространенным, фактором, влияющим на блокировку воображения, является страх увидеть нечто ужасное, как в кошмарном сне. Это, в частности, показывает, что люди интуитивно понимают, что сны и полет фантазии имеют «общий радикал». Но, раз уж они ничего не могут – как им кажется – поделаться с собственными снами, то от провокации неприятных переживаний в относительно бодрствующем состоянии лучше воздержаться.

Сопrotивление попыткам разблокирования может звучать, например, так (А.Ю., 28 лет):

К.: - «Я не знаю, чем заняться»

П.: - «Попробуйте вообразить себе какое-либо занятие»

К.: «Что толку воображать и фантазировать? Надо пробовать, а всего не попробуешь. А то, что можно попробовать, - неинтересно!»

Или так (А.Ш. 42 г.):

П.: - «Вы можете попробовать вообразить ...»

К.: - «Ни за что! Вдруг, я что-нибудь вообразу, а оно сбудется».

П.: - «Вы верите в силу мысли? Тогда, почему бы не сбыться чему-нибудь хорошему?»

К.: - «А если я вообразу плохое... Ни за что!».

Переживания «здесь и сейчас» могут базироваться как на вызванном из памяти, так и на вновь сконструированном представлении (например, практика НЛП). При этом следует заметить, что даже если представление вызывается из памяти, оно каждый раз интерферирует с новым объемом опыта и текущим состоянием человека («Нельзя дважды войти в одну и ту же реку» Гераклит). К тому же оно чувствительно к суггестивным воздействиям. Поэтому, в определенном смысле следует считать любое *image* конструируемым. И здесь напрашивается естественная параллель с конструированием движения (Н.А. Бернштейн).

Различия при этом будут лежать на уровне основы, на которой воображение строит актуальное представление: в одном случае это будет сравнительно стабильный образ реального или фантазийного происхождения, запечатленный в памяти, в другом - когнитивная констелляция элементов опыта, ограниченная лишь степенью свободы полета фантазии.

Так, в случаях визуализации темы «Луг» в символдраме Х. Лейнера, человеку бывает трудно оторваться от фиксированных картинок окрестностей собственной дачи или бабушкиного дома, которые сопряжены с вполне определенными переживаниями, имевшими место в прошлом. В подобных случаях от консультанта требуется большая доля его профессионализма, чтобы умелым суггестивным воздействием помочь клиенту обойти воздвигнутые его психологической защитой барьеры, сдерживающие работу его воображения. Так как только образы, свободно конструируемые психикой по аналогии со сновидениями, способны вынести в область сознания нужную информацию о проблеме.

Есть и другой аспект. Человек чувствует смутное беспокойство, недовольство, раздражение: «Куда ни глянешь - все вокруг «в шоколаде»! Почему же на душе так...!» В таких случаях воображение может помочь в поиске причин неприятного состояния через наблюдение взаимоотношений между субличными в технике психосинтеза Р. Ассаджоли, которые, в зависимости от конфигурации воображаемой ситуации, могут проявляться в облике тех или иных «персонажей».

Е.К., 48 лет, проводит воображаемое «совещание» субличных. Ведущая (персонаж «Королева») задает вопрос: «Кто и чем недоволен?» Присутствующие персонажи переглядываются и недоумевают: «Все же хорошо...?» - Тогда королева приказывает: «Вылезай!» Из-под стола никем ранее не замеченный вылезает ужасного вида карлик. «Чем же ты недоволен?» - спрашивает королева. - «Меня никто не любит, все надо мной смеются, не играют со мной. Поэтому я периодически устраиваю пакости».

В дальнейшем, работа была направлена на принятие уродливости карлика. По мере ее успешности вид карлика менялся, по аналогии с известными сказками о трансформации заколдованного чудовища.

О.В., 35 лет, с проблемой неспособности приступить к самостоятельной работе врача-стоматолога из-за неуверенности в себе, в технике символдрамы визуализирует тему «Опушка леса». Из леса появляется нескладный деревянный человечек, вызывающий смешанные чувства сострадания и отвращения. По мере работы, направленной на принятие персонажа, у О.В. развивалось состояние с ощущениями тепла и наполненности, чувствами уверенности и покоя.

Разумеется, сиюминутное принятие актуального персонажа отнюдь не означает, что человек никогда больше не будет чувствовать раздражения или неуверенности. Увы, это не так. Однако, имея опыт применения средств,



позволяющих понять более глубинные причины неприятных переживаний, человек получает доступ к овладению умением регулировать свое текущее психическое состояние по мере необходимости

Резюмируя, следует повторить, что воображение, фантазия является одним из основных средств самопознания. Это важно для всех, однако, учитывая особую необходимость личностной проработки для практикующего клинического психолога, решение задачи развития и использования потенциальных возможностей своего воображения приобретает для него особую актуальность, как необходимое условие достижения высоких уровней профессионального мастерства.

Литература:

1. Августин А. Исповедь. – М.: АСТ, 2006 – 440 с.
2. Ассаджоли Р. Психосинтез. – М.: «Рефл-бук», 1997 – 317 с.
3. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная терапия. - СПб: Речь, 2001 – 256 с.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М., 1977. – 304 с.
5. Оклендер В. Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. - Пер. с англ. – М., НФ «Класс», 1999. – 272 с.
6. Практикум по психологии состояний / Под ред. А.О. Прохорова. - СПб: Речь, 2004. – 480 с.
7. Символдрама. Сборник научных трудов. Под ред. Я.Л. Обухова и В.А.Поликарпова. – Мн.: ЕГУ, 2001. – 416 с.
8. Фрейджер Р., Фейдимен Дж. Личность: теории, эксперименты, упражнения. - СПб: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2002. – 864 с.

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ НА ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Копнина Е.И., кандидат медицинских наук*

*КБ № 2 ФГУ «ЮОМЦ ФМБА России», Астрахань*

[k.kopnina@yandex.ru](mailto:k.kopnina@yandex.ru)

Медицинская статистика свидетельствует о чрезвычайно широком распространении артериальной гипертензии (АГ): у 30-40% взрослого населения России

артериальное давление превышает 140/90 мм рт. ст. [69,74,75]. Начинаясь исподволь и обычно не сопровождаясь какими-либо пугающими симптомами, АГ приводит к развитию тяжелых осложнений и неумолимо сокращает срок человеческой жизни. Поскольку психические факторы риска развития АГ имеют существенное значение, оптимальным и безболезненным способом первичной и вторичной профилактики заболевания является психокоррекционный метод, направленный на изменение особенностей поведения больного и его личностных установок в отношении своего здоровья.

Цель работы: изучить влияние психокоррекционной программы на личностные особенности больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: В психокоррекционной программе приняли участие 34 пациентки и 38 пациенток составили группу сравнения. Наблюдение за пациентками осуществлялось на стационарном этапе лечения и в течение 10-12 месяцев в амбулаторных условиях для оценки соматического и психофизиологического статуса в динамике. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания, характеру и интенсивности назначаемой гипотензивной терапии. Диагноз АГ ставился по классификации ВОЗ – Международного общества гипертензии (1999г.), дополненной Европейским обществом по гипертензии и Европейским обществом кардиологов (2003 г., 2004 г., 2007 г., 2008 г.). В работе использовались психодиагностические методики: методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге и цветовой тест Люшера.

Результаты. Психокоррекционная программа в комплексном лечении больных с АГ привела к следующим изменениям психофизиологического статуса. У больных 1 группы выявлено достоверное снижение тревожности с момента госпитализации до их повторного обследования через 10-12 месяцев с  $6,9 \pm 0,3$  баллов до  $6,2 \pm 0,2$  балла,  $p < 0,05$ . Во 2 группе имеет место обратная закономерность: через 10-12 месяцев наблюдения выявлено достоверное увеличение по шкале тревожности с  $6,8 \pm 0,3$  балла до  $7,4 \pm 0,3$  балла,  $p < 0,1$ . Уровень тревожности у пациенток, посетивших психокоррекционные занятия, через 10-12 месяцев был достоверно ниже и составил  $6,2 \pm 0,2$  балла, чем уровень тревожности в группе сравнения -  $7,4 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ).

Достоверных изменений показателей шкал, отражающих другие личностные характеристики больных обеих групп, не выявлено.

Через 10-12 месяцев наблюдения отмечались достоверные различия в уровне тревожности у больных сравниваемых групп определяемые по тесту Люшера. Общая выраженность тревог по тесту Люшера через 10-12 месяцев наблюдения у пациентов 1 группы составила  $4,7 \pm 0,7$  балла, что достоверно ниже чем во 2 группе –  $7,1 \pm 0,5$  балла ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Предложенные психокоррекционные мероприятия с элементами когнитивно-поведенческого тренинга, направленные на личностный рост пациентов с артериальной гипертензией, приводят в динамике к улучшению психологического статуса пациентов, что отражается в достоверном снижении уровня тревожности.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: КРАТКАЯ РЕТРОСПЕКТИВА, СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.**

*Крохин И.П. кандидат психологических наук*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра  
клинической психологии, Москва*

Подготовка специалистов-психологов в нашей стране начала осуществляться в той или иной форме ещё с начала 20 века. Однако, для анализа современной проблемы подготовки психологов необходимо обратиться к менее далёкой ретроспективе начиная с периода начала 50-х годов, когда в СССР при философских факультетах ведущих университетов были организованы отделения психологии. Именно с этого периода и начинается, собственно, современная история подготовки специалистов в области психологии. Одновременно с этим стал развиваться и институт профессиональной деятельности психолога. Тогда, в середине 50-х годов 20 века, профессиональная сфера психолога в массе своей ограничивалась теоретическими исследованиями философско-методологического характера и образовательно-просветительской деятельностью. Исключение составляли немногочисленные специалисты, работавшие на оборону, безопасность и, позже, на космос. Интересно отметить, что эти специалисты в большинстве случаев имели не психологическое образование, а медицинское, биологическое, техническое. Образовательно-

просветительская деятельность реализовывалась в рамках подготовки специалистов для преподавания психологии в школах (тогда в средней школе преподавали психологию – сам по себе факт крайне интересный) и в педагогических училищах. Соответственно, были созданы факультеты и отделения и в ряде педагогических ВУЗов. Таким образом, к концу 50-х годов подготовка будущих профессиональных психологов осуществлялась в некоторых университетах и педагогических институтах. Но тогда, насколько нам известно, вообще официально не существовало такой профессии «психолог». Появилась она во второй половине 60-х годов. Именно к этому времени (конкретно – в 1966 году) и были открыты первые два «чистых» факультета психологии в Московском и Ленинградском университетах. Огромный личный вклад в это внесли видные учёные А.Н.Леонтьев и Б.Г.Ананьев. Можно только догадываться, каких это потребовало от них усилий. Уровень самой психологической науки того периода предполагал развитие прикладных направлений и ориентацию на консультативную, диагностическую и экспертную практику. Психологические, социологические лаборатории стали создаваться во второй половине 60-х годов на промышленных предприятиях в образовательных и медицинских учреждениях. Это был настоящий прорыв, качественный скачок, в процессе формирования института профессиональной деятельности психолога.

Данную ретроспективу развития психологического образования и института профессиональной деятельности психолога мы изложили для лучшего понимания проблем сегодняшнего дня. К сожалению, в силу целого комплекса как объективных, так и субъективных причин, за прошедшие четыре десятилетия желаемого развития и совершенствования системы психологического образования, а также института профессиональной деятельности психолога не произошло. Это не значит, конечно, что всё стояло на месте. Но всё-таки современный выпускник психологического факультета не всегда соответствует вызовам сегодняшнего дня. Поэтому хотелось бы кратко остановиться на анализе некоторых негативных аспектов сложившейся системы подготовки психолога и обосновать необходимость её совершенствования. Считаем это крайне актуальным, особенно в связи с введением нового стандарта образования по специальности «клиническая психология». Прежде всего, отметим, что появление около десяти лет назад этой новой специальности позволяет сегодня увидеть новые перспективы подготовки специалистов-психологов разного профиля и, самое главное, не только для системы здравоохранения. Считаем крайне важным утверждение о том, что клинически

ориентированная подготовка вместе с интенсификацией блока медико-биологических дисциплин необходима сегодня всем студентам-психологам независимо от специальности или специализации. Именно этого долгие годы не хватало студентам, обучавшимся по специальностям «психология» и, особенно, «педагогика и психология». Анализ деятельности современного психолога образования, например, позволяет достаточно уверенно говорить о дефиците знаний у этих специалистов в области клинической психологии, нейро- и патопсихологии, психиатрии, невропатологии и т.п. Список можно продолжить. Ещё классики отечественной психологии (вспомним, прежде всего, Л.С.Выготского) подчёркивали необходимость развития клинико-психологического подхода при анализе процесса развития и обучения ребёнка. А в сложившейся системе подготовки психологов образования эти основополагающие положения, практически, не реализуются: достаточно даже беглого просмотра содержание программы специальности «педагогика и психология». Остаётся надеяться, что специалисты в области подготовки профессиональных психологов из смежных министерств и ведомств смогут, наконец, преодолеть так мешающие всем корпоративность и местничество, а законодательная и исполнительная власти отбросят политическую конъюктуру и выработают эффективную управленческую систему межведомственного взаимодействия, взяв за основу модель подготовки психологов по специальности «клиническая психология». Считаю, что только в этом случае возможно повышение качества подготовки психологов всех направлений и специализаций и соответствие их образования современным требованиям. Такое мнение окончательно сформировалось у меня после бесед и дискуссий со слушателями, обучающимися по специальности «клиническая психология» в рамках программы второго высшего образования и программы дополнительного образования (ФПДО).

## **АПРОБИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

*Кряжев М.Г. ассистент*

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии,  
Казань*

*kriajev@gmail.com*

Одним из видов профессиональной деятельности клинического психолога является работа в медицинском учреждении соматического профиля. Разработка возможной модели такой работы наталкивается на проблему согласования профессиональных усилий врача и психолога. Одним из аспектов этой проблемы является вопрос о том, какой, активной или пассивной должна быть роль больного. С точки зрения врача, больной должен быть пассивным объектом лечебного воздействия, тогда как клинический психолог считает необходимым инициировать процесс активного лечебного самовоздействия больного на свою болезнь. Данное противоречие может быть снято только путём нахождения такой модели, в которой профессиональная деятельность клинического психолога была бы комплементарной, т.е. дополнительной к традиционному медицинскому лечению.

Актуальность этой задачи отмечает Н.А. Сирота: «В процессе лечения больных наиболее важным аспектом является активизация личной ответственности больного за исход лечения, его возможности контролировать ситуацию восстановления. Это делает его активным субъектом преодоления болезни, а не пассивным объектом терапевтического воздействия» [6].

Сложность проблемы заключается в том, что клинический психолог должен уметь каким-то образом организовать субъектность больного в лечебном процессе – независимо от специфики заболевания. Иными словами, требуется некоторый универсальный метод, позволяющий научить больного бороться со своей болезнью, какой бы она ни была. Примером такого метода является самовнушение, которое может быть обнаружено в любом виде медицины – в виде эффекта плацебо. Но существенным ограничением клинической эффективности метода самовнушения является его вербальный характер. Вера в силу слова долгое время господствовала в клинической психологии, однако практика показала, что образ (точнее, представление) представляет собой более эффективный лечебный фактор.

В настоящее время практически при любом заболевании больному может быть предписано использовать методы целенаправленных мысленных образов (guided imagery). Терапевтическая визуализация является психологическим самолечением, в котором больной играет активную роль, представляя победу над болезнью и выздоровление. Клинический психолог является инструктором по визуализации.

В этой модели остаётся, однако, нерешённым главный методический вопрос: что именно должен представлять больной? Разные подходы предлагают представлять разные процессы, например, борьбу лейкоцитов с аномальными клетками, поступление в организм целительной энергии и т.п. Предписание «Представьте, что...» апеллирует к способности человека произвольно создавать те или иные мысленные образы. Но именно это является недостатком такого подхода, ведь такого рода образы – это не действительность, и воображаемая победа над болезнью ничего не даёт в реальности. Кроме того, психолог не имеет чётких критериев для выбора правильной визуализации, и он может просто ошибочно предложить больному представлять совсем не то, что нужно. Поэтому для решения вышеназванной проблемы нужно иметь такой метод психологического самолечения, который бы был самонастраивающимся на визуализацию именно тех мысленных образов, которые репрезентативны по отношению как к болезни, так и к механизмам лечебного воздействия на неё.

Экспериментальное решение этой задачи проводилось нами с 1991 г. в соматических учреждениях здравоохранения – как в поликлинических, так и стационарных их отделениях. В ходе этой работы была разработана методика психоиммунной коррекции [1]. В 1997 г. по результатам положительных отзывов главных специалистов этих отделений метод психоиммунной коррекции был признан прошедшим клиническую апробацию [2].

В дальнейшем методика была переименована в метод ментальной самоинспекции (Mensi) [3]. Этот метод можно применять при всех видах соматических заболеваний.

К научным основам метода относится возможность активация (до уровня восприятия) когнитивного цикла, базирующегося на теменном анализаторе. Восприятие больным своей патологии – её ментальная репрезентация – в буквальном смысле есть форма «внутренней картины болезни». Know how метода является использование образных представлений, являющихся продуктом произвольного воображения, связанного с бессознательным.

Репрезентация болезни – это только афферентная составляющая той функциональной системы, которая позволяет больному в той или иной степени контролировать свою болезнь. Эфферентная же составляющая, связанная с целительными силами организма, в методе Mensi определяется спецификой «образа болезни».

Как и в своём прототипе (в известном методе Simonton [5]), больному предписывается регулярно представлять, как образ «целительных сил» успешно воздействует на образ «болезни». Алгоритм метода приведён ниже.

При апробации метода был выявлен достаточно устойчивый феномен: при ошибках типа «пропуск» образ болезни – не так уж плох или даже очень хорош, а при ошибках типа «ложная тревога» образ целительных сил – не так уж хорош или даже очень плох.

Проводимая далее соответствующая коррекция образов приводила к их постепенной трансформации, так что их знак становился в итоге адекватным, и ошибки корригировались.

Коррекция «неправильного» (неотрицательного) образа болезни заключалась в повторной ревизии. В отличие от этого, коррекция «неправильного» (неположительного) образа целительных сил заключалась в их реабилитации. Поскольку же ошибки визуализации отражали ошибки иммунной системы, то становилась возможной манипуляция иммунным ответом, т.е. происходила либо активация нужной иммунной реактивности (преодолевалась иммунная супрессия), либо же происходила дезактивация ненужной иммунной реактивности (преодолевалась аутоиммунная агрессия) [2].

Соответствующие психические состояния (депрессии или аутоагрессии), как правило, также присутствовали в клинической картине, нередко – на первом плане. Выявленные таким способом психоиммунные корреляции оказываются доступными для коррекции – быстрой и с хорошим катамнезом. Для объяснения этих закономерностей достаточно двух теорий: 1) иммунного надзора (S. Burnet) и 2) распознавания образов. Но сама возможность психоиммунной диагностики и коррекции основана на целенаправленной клинко-психологической работе, направленной на формирование (на базе теменного анализатора) функциональной системы, позволяющей больному использовать гностико-практические высшие корковые функции головного мозга для получения информации о болезни и для лечебного самовоздействия на неё.

В целом, предлагаемая здесь модель работы клинического психолога в учреждениях соматического профиля имеет следующий алгоритм:

- 1) Начальный этап: состояние «болезнь»



- 2) Шаг 1: Визуализация болезни
- 3) Ответить на вопрос: «Образ болезни возник?»
- 4) Если ответ «нет» – повторить Шаг 1.
- 5) Если ответ «да» – ответить на вопрос: «Образ болезни плохой?»
- 6) Если образ болезни плохой – перейти к Шагу 2.
- 7) Если образ болезни не плохой – перейти к процедуре «Коррекция образа болезни», после чего перейти к Шагу 1.
- 8) Шаг 2: Найти ответы на вопросы: «Что «там» плохого?» «Что «там» надо сделать?» («там» – в том месте, где можно визуализировать болезнь)
- 9) Шаг 3: Найти ответ (получить его от бессознательного) на вопрос: «Кто должен это сделать?»
- 10) Шаг 4: Визуализация «тех, кто» (должен «там» действовать)
- 11) Ответить на вопрос: «Образ «тех, кто» – возник?»
- 12) Если ответ «нет» – повторить Шаг 4.
- 13) Если ответ «да» – ответить на вопрос: «Образ «тех, кто» – хороший?»
- 14) Если образ «тех, кто» – хороший, то перейти к Шагу 5.
- 15) Если образ «тех, кто» – не хороший, то перейти к процедуре «Коррекция образа «тех, кто», после чего перейти к Шагу 4.
- 16) Шаг 5: Визуализация лечебного воздействия (того, что «там» происходит)
- 17) Ответить на вопрос: «Болезнь еще есть?»
- 18) Если ответ «да» – повторить Шаг 5.
- 19) Если ответ «нет» – перейти к этапу «выздоровление»
- 20) Конечный этап: состояние «выздоровление»

Необходимо отметить возможность применения метода Mensi для психологического лечения соматоформных вегетативных расстройств (F45.3) и вегетативных кризов (F41.0). Возникающая здесь методическая трудность связана с созданием мысленного образа болезни, которая не имеет локализации, т.е. определённого «адреса» в «схеме тела». В этом случае используется трехшаговая техника, представляющая собой три дополнительных шага к приведённому выше алгоритму (эти три шага обозначены поэтому греческими буквами).

Шаг  $\alpha$  – инвентаризация симптомов. Пациента просят перечислить все свои аномальные ощущения.

Шаг  $\beta$  – перевод списка симптомов в невербальную форму. Пациента просят нарисовать на листе бумаги в произвольной форме каждое своё ощущение, и таким образом весь симптомокомплекс окажется нарисованным.

Шаг  $\gamma$  – получение (от бессознательного) названия рисунка.

После этого выполняется 1-й шаг – визуализация болезни, но место «там» задаётся не как место в пространстве тела, а как место в знаковом пространстве, вход в которое обозначен названием рисунка. Итогом 1-го шага является некоторое образное представление о том, что «там». Далее выполняются остальные шаги алгоритма для локализованных соматических заболеваний.

Автор этих строк (и метода Mensi) неоднократно в своей многолетней практике применял вышеописанную модель работы для психокоррекции соматоформных и вегетативных расстройств. Клиническая эффективность этого подхода очень высока.

К научным основам метода относится также и психология телесности (А.Ш. Тхостов), поэтому метод можно было бы назвать визуализацией семиотических объектов. Они требуют особой заботы, их нужно формировать, и только после этого их визуализировать. И хотя название для них подсказывает бессознательное, главная управляющая роль принадлежит сознанию.

Таким образом, предлагаемая здесь модель профессиональной деятельности клинического психолога в соматической медицине: 1) является комплементарной, 2) решает проблему субъектности и 3) апробирована в ходе многолетней клинической практики.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Кряжев М.Г. Опыт и перспектива внедрения метода психоиммунной коррекции в качестве организационной формы медико-психологической помощи / Актуальные вопросы медицинского обслуживания населения города и района. – Гусь-Хрустальный, 1996.
2. Кряжев М.Г. Опыт и перспектива внедрения метода психоиммунной коррекции // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Выпуск 8: Материалы 8-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции (Москва 26 мая 2010 г.). – М., 2011. – С. 114-115.
3. Кряжев М.Г. Применение клинико-психологической методики ментальной самоинспекции (mental self-inspection, MENSИ) при соматических заболеваниях: Практическое руководство. – Казань, 2010.
4. Кряжев М.Г. Использование визуализации для психокоррекции соматоформных расстройств // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Выпуск 9: Материалы 9-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции (Москва 25 мая 2011 г.). – М., 2011. – С. 45-47.
5. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. СПб., Питер, 1995.
6. Сирота Н.А. Современные клиническая психология и медицина – векторы встречи // Материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург 30 сентября – 1 октября 2010 г.). – СПб.: НП Стратегия будущего, 2010. – С.31.

## **КУЛЬТУРНЫЕ МОДЕЛИ НЕВРОЗОВ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Николаев Е.Л., доктор медицинских наук,*

*Сулова Е.С., кандидат психологических наук,*

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,*

*кафедра социальной и клинической психологии, Чебоксары*

*numuchgu@gmail.com*

Культурный подход в изучении механизмов появления и развития неврозов и невротических расстройств подразумевает учет в такого мощного фактора, как культура. По мнению американского психолога Д. Мацумото, культура – это динамическая система правил, установленных группами с целью обеспечить свое выживание, включая установки, ценности, представления, нормы и модели поведения, общие для группы, но реализуемые различным образом каждым специфическим объединением внутри группы, передаваемые из поколения в поколение, относительно устойчивые, но способные изменяться во времени (Д. Мацумото, 2002).

В отношении неврозов в последние десятилетия появились научные сообщения о том, что особенности некоторых культур не только затрудняют выявление и оценку неврозов, но и существенно влияют на возможность формирования невротических расстройств. Отказ от евроцентристской позиции позволяет переформировать вопрос о формах существования неврозов в различных культурах в гипотезу, что некоторые типы культур обуславливают возможность формирования у своих представителей особого типа реагирования или типа психических расстройств – неврозов (Миневич В.Б., Рожков С.А., 1995).

Подобная мысль у К. Хорни (1993) звучит так: невозможно оценивать проявления неврозов в отрыве от культуры. Современную культуру она характеризует, как содержащую в себе множество противоречий:

- противоречие между соперничеством и стремлением к успеху, с одной стороны, и братской любовью и человечностью – с другой;
- противоречие между стимуляцией потребностей (реклама, идеал определенного образа жизни) и фактическими препятствиями на пути их удовлетворения;
- между утверждаемой свободой человека и всеми его ограничениями.

В европейской культуре она подчеркивает нормативное стремление к успеху, соперничество, желание заработать больше того минимума, который необходим для существования. Здесь человек, не стремящийся к достижению более высокого положения и предпочитающий ничем не выделяться, может быть оценен как невротическая личность (Хорни К., 1993).

По мнению А.Б. Холмогоровой (2006), в культуре могут содержаться самые разные ценности и установки, но в определенных культурах и в определенные исторические моменты некоторые из них начинают доминировать. Она выделяет ценности, способствующие разобщению, изоляции людей, принуждающие их прятать свою

человеческую сущность, свои чувства и переживания, которые являются дезадаптивными и называет их культурным «диатезом» или фактором уязвимости в отношении определенных форм психической патологии.

Миневич В.Б. и Рожков С.А. (1995) в качестве условий формирования неврозов у большего количества людей в условиях европейской культуры описывают развитие индивидуализма, который в сравнении с коллективизмом не способен дать человеку чувство защищенности.

Также исследованиями установлено, что характерные для западной культуры культ силы и рациональности ведут, с одной стороны, к росту числа негативных эмоций, а с другой – запрету на их переживание и выражение. При этом нарушаются доверительные контакты с людьми и резко затрудняется психологическая переработка эмоций, а значит, происходит их постоянное накопление, при этом психика работает по принципу «парового котла без клапана» (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1999).

Рассмотрение проблемы неврозов в культурах, отличных от европейской, связано с целым рядом трудностей, из которых, отсутствие такого понятия в этих культурах, не самая большая. Вообще само существование такого психического феномена как невротические расстройства у некоторых народов представляется достаточно проблематичным (Миневич В.Б., Рожков С.А., 1995).

Например, у бурят и монголов болезнью считаются только тяжелые изнурительные соматические расстройства. Любые другие жалобы рассматриваются как постыдная слабость. Мужчина не имеет права на подобного рода высказывания, так как сразу подвергается остракизму. Со стороны женщин, традиционно находящихся в подчиненном мужчинам положении, жалобы невротического характера рассматриваются как лень со следующим за этим порицанием. Чрезвычайно выносливые буряты и монголы обращаются к шаманам, буддистским врачам или современным медицинским работникам лишь при очень тяжелых болезнях (Дэмирнаа Н., Манжеев А.С., 1994).

В чувашской культуре оценка здоровья человека производится не по наличию или отсутствию тех или иных болезненных симптомов, а по способности трудиться. Считается, что человек здоров тогда, когда он может работать и наоборот. Праздность и безделье в глазах окружающих являются весомым основанием для отнесения человека к категории физически неполноценных. Нежелание работать

однозначно расценивается как фактор, неминуемо ведущий к потере здоровья (Николаев Е.Л., 2006).

Размытость представлений об индивидуальном здоровье, тенденция его связи с состоянием окружающих является еще одной особенностью представлений чувашей о здоровье и болезни. Иллюстрацией этого положения может послужить традиция рассмотрения ссор и конфликтов в качестве важного фактора, провоцирующего возникновение расстройств, которые с клинической точки зрения могут быть расценены как невротические и психосоматические. Так, у чувашей считается, что переживание злобы и ненависти может вызвать болезнь не только у конфликтующих сторон, но и случайно «перейти» к постороннему человеку. Как представляется, это обычно происходит в пути, в дороге, поэтому данное состояние называют «дорожным злом», «злом пройденной дороги» или «злом порчи гневом». Считается, что восприятие негативных эмоций во время чужой драки или даже ссоры может сопровождаться появлением соматоформных реакций в виде сильных головных болей, болей в животе, рвоты, другой симптоматики (Магницкий В., 1881; Месарош Д., 2000; Ашмарин Н.И., 2003; Никольский Н.В., 2004).

По воззрениям африканцев-жителей Мали, любая болезнь – всегда состояние тотальное. Она посягает не на обособленный орган, а на человека в целом. Человек подвергается обострению язвы желудка, астматическому удушью или горячечному бреду в единстве своих соматических (нарушена работа тела), душевных (эмоциональное потрясение) и социальных (вынужденное прекращение выполнения социальных функций) проявлений. Поэтому африканская народная терапия с европейской точки зрения одновременно и сомато-, и психо-, и социотерапия – она лечит человека от постигшей его тотальной дисгармонии (Кулибани С., Заика Е.В., 1993).

С точки зрения культурного подхода, неврозы и невротический уровень реагирования определенно являются феноменом, присущим именно западной культуре новейшего времени (Миневич В.Б., Рожков С.А., 1995).

Однако в последние десятилетия многие ценности западного образа жизни стали усваиваться и российским обществом. Так, А.Б. Холмогорова (2006) подтверждает, что перфекционистские стандарты современного западного общества распространяются в России, оказывая влияние на психическое благополучие детей и взрослых. В частности, в обеспеченной части общества формируется запрос на элитные образовательные учреждения с интенсивными нагрузками и

перфекционистскими стандартами, основная цель которых – вложить максимум знаний, навыков и умений, воспитать «выставочные» экземпляры». Родителям кажется, что таким образом они смогут обезопасить будущее своего ребенка, помочь ему адаптироваться в современной жизни.

Действие культурных факторов выражается и в распространении высоких стандартов в отношении внешнего вида, плохо совместимых с физическим и психическим благополучием. Индустрия, направленная на коррекцию фигуры, пропагандирует нереалистично низкий вес у женщин и стандарты мужской фигуры, связанные с интенсивным наращиванием мышечной массы. Изнурительные диеты и занятия фитнесом у женщин и бодибилдингом у мужчин становятся знаком времени. В свою очередь, сверхценные идеи похудения у женщин и наращивания мышечной массы у мужчин, выражающиеся в нарушении приема пищи, в повышенных физических нагрузках, в постоянном недовольстве собой, могут вести к депрессии и невротическим нарушениям (Холмогорова А.Б., 2006).

Иная точка зрения на неврозогенез в условиях российской культуры описана В.Д. Менделевичем и С.Л. Соловьевой (2002). Наиболее существенными в формировании неврозов им видятся традиции, по которым в обществе запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует так называемую антиципационную несостоятельность – характерную черту личности потенциального пациента с неврозом. Подобные традиции накладывают табу на разновариантное прогнозирование, диктуя человеку необходимость ожиданий лишь эмоционально положительных событий. В условиях неспрогнозируемости возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по звучанию и способствует формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения.

Часть авторов видит в развитии неврозов и иных психических нарушений влияние современной массовой культуры, которая через интенсивные развлекательные технологии ведет к деформации образа мира. Так, можно сказать, что гляцевые журналы творят себе кумиров, подражание которым творит невротиков, для которых, в свою очередь есть специальные гляцевые журналы (Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г., 2006).

В связи с такой постановкой проблемы, массовая культура описывается как уродливое проявление технократической цивилизации, основанной на системе

ложных ценностей, связанных с неистовым потреблением, постоянно превышающим физиологические потребности и возможности организма, как формирующая постоянно стрессированного человека с ощущением незащищенности перед движениями агрессивного мира и постоянной внутренней неустойчивостью. Такой «невротический» человек тревожен, мнителен, подвержен страхам, вместе с тем, у него исчерпан кризис сочувствия, он тотально безразличен, полон агрессии, неутолимых желаний, ощущений упущенных возможностей и уходящего времени (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2003).

Фактором неврозогенеза могут выступать не только избыточное насилие, непереносимая или слишком ранняя травматизация. Не менее важный источник – избыточное облегчение условий существования, превращающееся в тормоз развития навыков самостоятельности, сепарации, или даже построения устойчивых границ субъекта (Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г., 2006).

Так, например, значимым условием для развития синдрома инфантильной личности, названного А.Ш. Тхостовым и И.В. Плужниковым (2007) феноменом «злокачественного инфантилизма», является патогенное влияние культуры, романтизация детства, всеобщая и неконтролируемая гуманизация современного общества, часто граничащая со вседозволенностью.

Более того, культурные влияния на формирование психопатологии в современном обществе не ограничиваются только развитием невротических расстройств. Постоянное совершенствование технологий социокультурной манипуляции развитием человека, стремительное увеличение числа гуманитарных инноваций и технических средств удовлетворения и формирования его потребностей, да и весь культурно-исторический процесс в целом, закономерно порождают, кроме известных достижений, также и новые формы патологии, не существовавшие ранее (Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г., 2006).

Таким образом, история научного изучения неврозов в последние десятилетия все больше сдвигается от естественнонаучного подхода к культурному, в рамках которого механизмы и модели формирования невротических расстройств описываются по-разному, но, в целом, они существенно дополняют распространенную биопсихосоциальную концепцию неврозов.



## **ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТИ В КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ**

***Осипов М.Е***

***Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра общей психологии, Москва***

mosipov82@gmail.com

Роль и место категории "личность", её проблемный статус для психологической концепции Л.С.Выготского остается предметом дискуссии среди исследователей его научного творчества.

Проведенное нами исследование позволяет выделить три основные периода развития проблемы личности в работах Л.С. Выготского.

Первый период ограничивается работами 1924-28 гг. и частично 1929 г.

Обращаясь к самым ранним работам Выготского можно сразу заметить, что автор стремится найти интегральный подход к проблеме человека, делая акцент на взаимодействии биологических и социальных основ его существования. Однако при этом ведущим представляется прежде всего социальный компонент. Социальная среда, по выражению автора, стоит между миром и человеком и человек как личность не контактирует с миром непосредственно, а только через социальную среду. [6] Автор утверждает, что "биологический строй личности" реализуется в поведении только через то значение которое он обретает в социальной среде, то есть в контексте тех общественных связей в которые вступает человек. [6]

Выготский, говоря о проблемах психологии и педагогики детей органическим дефектом, изначально предполагает активное отношение человека (личности) к среде как важнейшее условие его существования. Психология отдельного человека может быть понята психологией только как социально обусловленная. [14] Не психология социума вкладывается из психологии индивидов, а индивидуальная психология складывается в системе социальных отношений.

Из работ этого периода для нас особый интерес представляет неопубликованный "Блокнот из Захарьино 1926 г." Психология, как абстрактная наука должна изучать социальные отношения, потому что в них телесные явления обретают свою психологическую реальность.

Большой интерес представляет в данной работе следующий тезис: "Организм таит в себе множество личностей, воспитатель выбирает одну." [1] Биологическая основа индивида таким образом по мысли Выготского предоставляет множество возможностей развития из которых в реальных социальных отношениях выстраивается одна.

Выготский выдвигает идею о том, что личность "построена по типу семьи = община внутри себя" [1] Таким образом, он намечает перспективу понимания и изучения личности как функции общества. Здесь же можно увидеть зачатки идеи диалогичности и драматизма внутренней динамики личности, развитой в более поздних работах.

Личность становится единицей, которая объединяет две реальности: биологическую и социальную. Психология, утверждает Выготский, есть наука о личности, и даёт личности своё первое определение: личность - душа, понятая социально. Душа в таком контексте выступает, как субстанция общественных отношений внутри тела, проекция этих отношений на конкретного человека. [1]

Выделяется две сферы личности: первая, определяется особенностями наследственной конституции человека, проявляющаяся в "инстинктивных, эмоциональных, рефлекторных реакциях" и обозначается Выготским как темперамент; вторая - представляет собой "особый склад личности, который вырабатывается у неё под влиянием приобретённых реакций", - это сфера характера. Биологическая основа предоставляет множество возможностей формирования системы поведения, в ней "потенциально заключено множество будущих личностей", "социотипов". [10]

Дальнейшее развитие ранние взгляды на природу личности получают в контексте увлечения Выготским индивидуальной психологии А. Адлера, прежде всего идеями компенсации и концепцией фиктивного финализма. Психология личности для Выготского это психология индивида, отдельно взятого человека, а личность здесь предстаёт прежде всего как социально функционирующий индивид. [2]

Таким образом, мы можем видеть, что для Выготского уже в ранних работах понятие личности было определено, хотя и не операционализировано. В работах этого периода Выготский фактически приравнивает понятие "социальный индивид"

и "личность". Однако Выготский, в рамках установившегося для него понимания личности, ставит ещё и другую цель - понимание внутренней динамики личности. Эта необходимость возникает для него как результат разведения понятий личность и характер. Для нас здесь являлись важными несколько моментов. Первое - с этого момента категория личность начинает обретать для Л.С. Выготского проблемный статус; второе - мы можем видеть первую в работах автора попытку описать динамику личности, механизм её построения; третье - впервые понятие косвенно связывается с понятиями «психологическая функция», «психологическая система».

Личность на этом этапе не являлась для Выготского самостоятельной проблемой. Личность начинает обретать статус проблемы в контексте проблемы внутренней динамики поведения и характера. Проблемный статус получает процесс, механизм переноса принципов функционирования общества на индивидуальную психику. Личность в этом случае задана, как достаточно определенный синоним социально функционирующего индивида. Однако также можно увидеть возникновение общей идеи системности, связь её с понятием личность через категорию "психологическая функция".

Обращение к проблеме анализа развития психологических функций обозначает переход ко второму периоду развития проблемы личности, связанному с работами 1929-33 гг.

В работах "Конкретная психология человека" датируемой 1929 г. и "О психологических системах" 1930 г. ведущее место занимает проблема психических функций и связанная с ней проблема личности. ВПФ не естественные образования индивидуальной психики, а искусственные конструкции, сформировавшиеся в ходе социального взаимодействия. Общественные отношения являются формами структуры личности, и поскольку представляют собой диалог, взаимодействие, конфронтацию, то и личность, как некоторая система, перенесённых внутрь общественных отношений, драматична. Человек для Выготского равен социальной личности т.е. совокупности общественных отношений (в индивидуальной психике - психологических функций), воплощенных в индивиде. Ситуация столкновения систем инициированная внешней ситуацией является сутью внутренней динамики личности, подобной драматической коллизии. Выход из этой коллизии требует осознания связей внутри системы функций и сознательного использования этой

системы для построения поведения. Личность в таком контексте оказывается системой над системами функций и требует для своего существования осознания связей внутри этих систем. [4, 8] Таким образом, впервые Выготский прямо связывает категории "личность" и "сознание" в одной проблемной области.

Средством воплощения в индивидуальной психике систем социальных взаимоотношений Выготский принимает знаковую операцию. [9] Любая высшая психическая функция вначале своего развития является управляемой формой внешнего социального поведения. Знак представляет собой изначально внешнее средство стимуляции деятельности субъекта, которое становится для него средством автостимуляции. Но знак, говорит Выготский, должен быть введён в систему самой личностью. Знаковое опосредствование позволяет связать конкретное действие, вернее конкретную цель с общей системой целей человека, с отношением человека к миру. Это является необходимым условием овладения человеком своим поведением. Овладение является необходимым условием формирования ВПФ. [9] Следовательно, если законы формирования ВПФ и личности, как перенесённой внутрь системы отношений, общие, то овладение поведением является также необходимым условием существования личности человека. Но в случае личности овладение позволяет выйти за рамки культурно-обусловленных форм поведения и получить возможность свободного волевого действия. Таким образом, Выготский пытается применить идею знаковой операции к решению проблемы формирования ВПФ, а через неё проблемы свободы воли. Проблема личности оказывается в стороне интересов автора, косвенной стороной обеих обозначенных выше проблем.

Отношение категории "личность" с категорией "ВПФ" рассматривается в работе "История развития высших психических функций" 1931 г. ВПФ представляются, как активные формы проявления личности, как системы, т.е. реакции личности. Таким образом, по мысли Выготского, изучение ВПФ открывает нам возможность понять личность конкретного человека косвенным методом, через внешние проявления понять внутренние условия, зная природу связи между ними.

Личность предстаёт здесь в значении индивида, овладевшего при помощи знака культурной формой поведения. Как логическое следствие идеи овладения, является признание за сформированной личностью возможности свободного выбора, свободы воли, ключ к пониманию которой Выготский видит все в той же знаковой операции.

Свободное волевое поведение - это всякое поведение при котором человек осознал его основания и овладел им посредством культурных способов поведения. [3]

Следует отметить серьёзную непоследовательность Выготского в описании феномена личности. С одной стороны личность описывается, как некоторая целостность охватывающая всю систему поведения и обладающая признаком овладения. Личность тогда предстаёт как система связей отношений между процессами, как экстра так интрапсихическими, как некоторая общая форма, матрица для построения индивидуальной психики и поведения. Овладение является необходимым условием формирования личности. Но здесь же Выготский прямо называет образование личности "необходимой предпосылкой" для овладения высшей функцией. Это, на наш взгляд, плохо соотносится с его же тезисом о том, что личность (как система) формируется вместе с психологическими функциями. [3]

С обращением к проблеме формирования понятий меняется и понимание Выготским механизма овладения и процесса формирования психологических систем. Слово начинает рассматриваться им прежде всего не как средство овладения человеком культурными способами поведения, а как средство познания собственной внутренней реальности. [11] Это открывает для него путь к пониманию личности, как системы. Связи между системами функций, характеризующие личность и названные им третичными, предполагают осознание внутренних переживаний, побуждений, стремлений. Сознание, как словесное отражение структуры психических операций является предпосылкой овладения функцией, т.е. предпосылкой формирования того типа связей которые с точки зрения Выготского составляют основу личности. [11] В сознании же в смысловой форме отражаются те отношения между системами функций, которые как мы видели составляют по мнению Выготского драматическую внутреннюю динамику личности. Сложностью для анализа является то, что для Выготского и сознание и личность строятся на основе понятийного мышления. Но Выготский указывает, что сознание присутствует до окончательного оформления личности, как условие овладения, в том числе овладения собственной системой побуждений. На основе сознания выстраивается самосознание личности. Этот тезис является отражением общей идеи Выготского об обращении средства на самого себя. Выготский четко формулирует определение личности в подростковом возрасте, называя её самосознанием, построенным на основе понятийного мышления. Строго следуя этому тезису, личность, если она

понимается как самосознание, появляется только в подростковом возрасте. Однако, это идёт вразрез с неоднократно повторяющимся тезисом о том, что личность есть условие формирования ВПФ, что она первична и создается вместе с психическими функциями. Снимая это противоречие, Выготский говорит, что появление понятийного мышления приводит к перестройке всей существующей системы функций на новых основаниях. Тогда система отношений между функциями переходит в новое состояние, формируются новые "высшие синтезы", условием существования которых является самосознание, как представленность динамики систем функций в сознании в форме переживаний.

Понятие «переживание» является одним из центральных для поздних работ Выготского. Переживание, как отражение в сознании взаимодействия личности и среды, отношения целостной личности к среде, является по мысли Выготского подлинной единицей анализа индивидуальной психической жизни. В переживании задана с одной стороны внешняя система социальных отношений, в которой находится социальный индивид, а с другой - внутренняя система уже присвоенная тем же социальным индивидом. Столкновение и взаимодействие этих систем, составляющее основу диалогического и драматического существования личности, и отражается в сознании в форме переживаний. В акте переживания происходит обозначение элементов внутренней и внешней систем, фиксируемое в качестве смысла.[5, 7, 12, 13]

Литература:

1. Выготский Л.С. Блокнот из Захарьино 1926 г. // Семейный архив Л.С. Выготского, 1926. 19 с. Рукопись.
2. Выготский Л.С. Дефект и сверхкомпенсация // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 34-49.
3. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. С. 5-328.
4. Выготский Л.С. Конкретная психология человека // Психология развития человека. – М.: Смысл, Эксмо, 2005. С. 1020-1038.
5. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении // Избранные психологические исследования. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.

6. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 62-84.
7. Выготский Л.С. Кризис семи лет // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 376-385.
8. Выготский Л.С. О психологических системах // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1982. Т. 1. С. 109-131.
9. Выготский Л.С. Орудие и знак // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 6. С. 5-90.
10. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Работник просвещения, 1926.
11. Выготский Л.С. Педология подростка. М.; Л.: Изд-во БЗО при педфаке 2-го МГУ, 1931.
12. Выготский Л.С. Проблема возраста. Игра // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 244-268.
13. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 231-256.
14. Выготский Л.С. Психология искусства. М: Педагогика, 1987.

## **АПРОБАЦИЯ ОПРОСНИКА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ<sup>27</sup>**

*Паршина С.М., студентка 5 курса дневного отделения*

*Плужников И.В., кандидат психологических наук, доцент*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кафедра  
нейро- и психопсихологии, Москва*

*pluzhnikov.iv@gmail.com*

В последние десятилетия эпидемиологическая ситуация с расстройствами обсессивно-компульсивного круга значительно усугубилась, обнаруживается выраженное увеличение расстройств, связанных с нарушением контроля импульсов в популяции, достигающее 3 % (Hollander, 2010), что в два раза больше, чем в конце XX века. В этой связи перед клинической психологией остро встала проблема поиска короткого, валидного, надежного и удобного для использования сотрудниками служб здравоохранения инструментария для выявления обсессивно-

---

<sup>27</sup> Работа выполнена при поддержке РФФИ, грант № 11-06-00089-а.

компульсивной симптоматики (в общей популяции, в особых группах рисках, поликлинической сети) в целях ранней профилактики, коррекции и своевременного предотвращения развития выраженных психопатологических расстройств указанного регистра. Резистентность к фармакологическому лечению и психотерапии развернутого обсессивно-компульсивного расстройства (особенно при учете его высокого уровня коморбидности с аффективной патологией и нарушениями шизофренического спектра) хорошо известна. Информационный поиск и анализ существующих данных литературы по указанной проблеме позволил прийти к мнению, что таким инструментом может стать опросник, основанный на самоотчете Padua Inventory–Washington State University Revision.

Padua Inventory–Washington State University Revision (PI-WSUR) - это методика, основанная на самоотчете испытуемых о наличии у них обсессивных и компульсивных феноменов, симптомов, черт, часто наблюдаемых при обсессивно-компульсивных расстройствах. Оригинальная версия Padua Inventory (Sanavio, 1988) состоит из 60 пунктов, предназначенных для оценки наиболее распространенных навязчивостей. В этом варианте PI имеет 4 шкалы: страх загрязнения, перепроверки, нарушение контроля психической деятельности и страх потери контроля над моторными действиями. На каждый пункт дается один из пяти ответов (пятибалльная шкала от 0 до 4) в соответствии с уровнем имеющегося беспокойства у испытуемого. Большинство психометрических исследований Padua Inventory было выполнено на здоровых испытуемых. Дальнейшая разработка данного опросника привела к тому, что было выделено не 4, а 5 шкал (импульсы, мытье рук/тела, перепроверки, руминации и шкала необходимости в точности), что привело к переструктурированию и сокращению опросника до 41 пункта (van Oppen, Hoekstra, Emmelkamp, 1995). Модифицированный опросник показал хорошую внутреннюю валидность (Burns et al., 1996; van Oppen, 1995), умеренную ретестовую надежность (Kugios et al., 1996) и хорошую конвергенцию с другими самоотчными техниками, на вопросы которых отвечали обсессивно-компульсивные пациенты. Выявленная высокая корреляция с тревогой и депрессией послужила предположению о том, что PI выявляет общее эмоциональное неблагополучие, а не специфические проявления обсессивно-компульсивной симптоматики. Поэтому Burns и коллеги пересмотрели опросник и удалили все пункты, отвечающие за оценку беспокойства. В конечном счете, осталось 39 пунктов, включающих 5 подшкал:



1) *Мизофобия и компульсивное мытье рук.* Вопросы этой шкалы связаны с навязчивым страхом загрязнения, а также стремлением его предотвратить посредством избегания соприкосновения с окружающими предметами (например, «Мне тяжело дотрагиваться до мусора или грязных вещей», «Мне кажется, что мои руки становятся грязными, когда я дотрагиваюсь до денег» и др.).

2) *Компульсии, связанные с одеванием и гигиеной.* Шкала включает в себя вопросы, относящиеся к особому порядку в одевании и гигиене (например, «Перед сном я вешаю и складываю одежду определенным образом» и др.)

3) *Компульсивные перепроверки.* Данная шкала включает в себя вопросы относительно повторяющихся двигательных актов (как простых, так и сложных): «Я несколько раз перепроверяю, выключены ли свет, вода, газ», «Я тщательно проверяю письма, прежде чем их отправить» и др.

4) *Навязчивые мысли контрастного содержания.* Вопросы этой шкалы относятся к страху потери контроля и опасениям причинить себе или окружающим опасные повреждения («Я часто беспокоюсь о том, что могу кому-то повредить даже не подозревая об этом» и др.).

5) *Навязчивые импульсы контрастного содержания (навязчивые влечения).* Вопросы относятся к желанию совершить опасное действие или причинить вред окружающим или себе («Иногда, когда я за рулем, у меня возникает желание въехать во что-нибудь или кого-нибудь»), а также совершить какое-нибудь бессмысленное действие (например, «Иногда у меня возникает непреодолимое желание украсть что-нибудь, принадлежащее другому человеку, даже если мне это не нужно»). Сюда относятся побуждения к совершению того или иного жесткого или крайне опасного действия, сопровождаемые чувством ужаса, страха, смятения с невозможностью освободиться от него.

Все 5 шкал показали хорошую внутреннюю валидность ( $r = 0,77-0,88$ ) и тест-ретестовую надежность ( $r = 0,61-0,84$ ) на интервале 6-7 месяцев (Burns et.al, 1996).

Несмотря на то, что PI, состоящий из 39 пунктов, представляется перспективным для измерения обсессивно-компульсивной симптоматики, стоит отметить несколько моментов. Во-первых, все психометрические данные, имеющиеся на сегодняшний день, из оригинального исследования, поэтому необходимо дальнейшее изучение. Во-вторых, несмотря на то, что при помощи сокращенной версии опросника есть возможность разграничить обсессии и тревогу, недостаточно ясно высока ли корреляция с другими конструктами (например,

депрессией). В-третьих, несмотря на то, что PI рассматривает много обсессивно-компульсивных симптомов, он не включает некоторые из них, например, накопительство, навязчивую медлительность и др. (Foa et al., 1998). Хотя это и вызывает ряд опасений насчет содержательной валидности, Padua Inventory, тем не менее, рассматривает значительный диапазон obsessions и compulsions, включающих руминации и импульсы, которые недостаточно освещены во многих других тестах и опросниках.

*Психометрическая апробация опросника PI-WSUR на русскоязычной выборке.* Исходный текст опросника был переведен пятью квалифицированными психологами, свободно владеющими английским языком, а также специалистами с факультета иностранных языков Московского педагогического государственного университета. Далее каждому из вариантов перевода того или иного пункта был присвоен балл, отражающий степень точности перевода. Варианты, набравшие наибольшее количество баллов, включались в русскоязычную версию опросника.

В исследовании приняли участие студенты высших учебных заведений и сотрудники предприятий г. Москвы. Было обследовано 176 человек в возрасте от 17 до 33 лет (средний возраст – 22,47 лет, стандартное отклонение – 3,85), из них 44 мужчины и 132 женщины. Большинство испытуемых не состояли в браке и имели высшее или неоконченное высшее образование. Критерии исключения из выборки: алкоголизм, наркомания, психические и неврологические заболевания (в том числе эпилепсия), ЧМТ, тяжелые хронические соматические болезни.

Для анализа полученных результатов был использован статистический пакет SPSS version 16.0. На первом этапе производилась простая дескриптивная статистическая обработка (вычисление среднего, медианы). Баллы испытуемых практически по всем пунктам варьируют от 0 до 4 (за исключением ряда пунктов, где баллы варьируют от 0 до 3), т.е. испытуемые в целом используют всю шкалу ответов. Распределение всех шкал сдвинуто влево ( $p < 0,01$  по критерию Колмогорова-Смирнова), т.е. испытуемых не сильно беспокоят obsessions и compulsions в повседневной жизни (они в основном дают ответы «совсем нет», «немного», «умеренно» - 0, 1 и 2 балла соответственно). Это объясняется тем, что в исследовании принимали участие здоровые испытуемые выборку, в то время как методика направлена на выявление симптомов ОКР.

Надежность методики определялась по показателю альфа Кронбаха, который составил 0,76 по всей методике. Это говорит о хорошей надежности опросника (надежность-согласованность). По отдельным шкалам PI-WSUR показатель альфа Кронбаха варьирует от 0,67 до 0,76 что также позволяет сделать вывод о высокой надежности опросника.

При апробации русскоязычной версии PI-WSUR тест-ретестовая надежность измерялась через месяц после первого заполнения. Коэффициенты корреляции между первым и вторым замером значимы и варьируют от 0,65 до 0,80 (что согласуется с данными зарубежных исследований), а вероятность ошибки крайне низка и стремится к нулю.

Для оценки валидности использовались «Симптоматический опросник SCL-90-R» и тестом тревожности Спилбергера-Ханина. Корреляционный анализ показал, что существуют связи между большинством шкал PI-WSUR и шкалами двух опросников, указанных выше. Все эти связи являются положительными и вероятность ошибки появления этих связей крайне мала ( $p < 0,01$ ). Однако большинство корреляций достаточно слабые, что является показателем недостаточной внутренней валидности. Таким образом, необходима дальнейшая проверка валидности данного опросника (в том числе с использованием клинических данных).

Демографические показатели. В целом, баллы по PI-WSUR не связаны с полом испытуемых. Основным различием является большая выраженность навязчивых мыслей контрастного содержания ( $p < 0,01$ ) у женщин, по сравнению с мужчинами. Наиболее сильные корреляции были выявлены между шкалой «Навязчивые мысли контрастного содержания» и уровнем личностной тревожности в тесте Спилбергера-Ханина. Также была показана большая выраженность личностной тревожности у женщин, чем у мужчин (на достаточном уровне значимости). Таким образом, можно сделать вывод о наибольшей связи личностной тревожности с данной шкалой (чем с другими), а, следовательно, и большим проявлением симптомов навязчивых мыслей контрастного содержания у женщин.

Также была выявлена большая выраженность у женщин таких проявлений как депрессивная симптоматика (SCL-90-R, шкала «Депрессия») и ощущения телесной дисфункции (SCL-90-R, шкала «Соматизация»).

Были выявлены отрицательные корреляции субшкал PI-WSUR с возрастом испытуемых (чем младше испытуемый, тем выше полученный балл по шкале, и наоборот). Данные корреляции достаточно слабые, но вероятность того, что они возникли случайно крайне мала ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, итоговая русскоязычная версия PI-WSUR состоит из 39 пунктов, относящихся к пяти шкалам. В целом, она может считаться достаточно надежной. Проверка валидности не позволила воспроизвести англоязычные данные. Наша гипотеза о наличии корреляций между субшкалами PI-WSUR и уровнем личностной тревожности (Спилбергер-Ханин) не подтвердилась. Это может быть связано как с неудачным выбором опросника на тревожность (тест Спилбергера-Ханина), участием в исследовании здоровых испытуемых (т.к. коэффициенты корреляции со шкалами SCL-90-R также малы), так и с действительным отсутствием корреляций между уровнем тревожности и обсессивно-компульсивными чертами (что согласуется с рядом клинико-биологических исследований, согласно которым ОКР является независимым болезненным состоянием, которое не может быть включено в состав тревожных расстройств, см. Edelmann, 1992; Hollander, Braun, Simeon, 2008 и др.). Именно поэтому необходимо дальнейшее исследование валидности PI-WSUR.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ СМЫСЛА БОЛЕЗНИ**

*Рогачева Т.В., д.психол.н., профессор*

*Уральская государственная медицинская академия, г.Екатеринбург*

[TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

Анализ смысла осуществляется в современном научном дискурсе в трех принципиально различных вариантах, в которых нас интересует в первую очередь технология решения вопроса и возможности ее применения к прикладному решению вопроса осмысления болезни в рамках психокоррекции и психотерапии.

**Первый подход** ставит знак равенства между категориями "значение" и "смысл", рассматривая последний как содержание, располагающееся в социуме. Так, структурализм рассматривает болезнь как определенную психическую переменную,

способную диктовать человеку свои правила. Больной человек оказывается, с одной стороны, "своим среди чужих", так как он не желает нарушать правила и выделяться из общепринятых моделей поведения. С другой стороны, он - "чужой среди своих", потому что несет в себе угрозу социуму. Так заболевший становится маргиналом, "узником перехода" (М.Фуко), нарушая сложившуюся систему отношений "социум - человек". Отождествление значения и смысла приводят к представлению, что здоровый человек это определенным образом выдрессированное природное тело. Поэтому каждая личность вынуждена помещать свою жизнь в контекст коллективных мифов о болезни, отказывая себе тем самым в индивидуальности. Такой человек находится в ситуации безличного бытия, где подлинные смыслы не распакованы.

Еще А.Ш.Тхостов подчеркивал, что "истинная роль мифа - вносить в мир порядок, систему... Медицинский миф и вытекающий из него ритуал дают больному возможность участия в происходящих событиях, орудия влияния на окружающие его силы, способы координации природных и социальных явлений, предоставляют язык, в котором могут формулироваться и опосредоваться болезненные ощущения... Лечение, лишенное адекватного мифа, в значительной степени утрачивает свою субъективную эффективность" [4, 177-178]. Так личность переходит в другое измерение, где удовлетворяются любые потребности. Четкое выделение в смысловой структуре опыта значения требует выявления личностной окраски, значения этого значения. Так, логика научного поиска приводит к анализу личностного смысла как оценочного отношения и переживания.

**Представители второго подхода** под смыслом понимают в первую очередь субъективные представления, переживаемые личностью как переработку значений. Психоаналитическое направление, впервые в истории психологии обращая внимание на психогенную природу многих заболеваний, предполагает, что в прояснении смысла болезни немаловажную роль играет бессознательный компонент психики. Смысл с позиций классического психоанализа формируется через превращение адекватного ситуации реагирования в постоянную и в этом смысле ригидную модель поведения. Такую модель человек использует вне зависимости от конкретной ситуации, в силу чего она превращается в невротическую. В наших исследованиях [3] было выявлено, например, что невротические модели поведения в смысловой структуре болезней и расстройств системы кровообращения занимают одно из основных мест, меняя как отношение к заболеванию, так и всю динамику смысла. В группе пациентов с

инфарктами миокарда было выявлено отсутствие гармонического отношения к болезни у лиц, имеющих невротические проявления. С другой стороны, наибольший процент гармонического типа был выявлен у больных, не имеющих невротических моделей поведения.

Неофрейдизм в лице Бинсвангера, Лейнга и др. рассматривает смысл болезни как сигнал отказа человека от свободной возможности быть - самим - собой в мире, что сужает горизонты мировосприятия, сводя поведение человека к единственному модусу. Так болезнь становится "укрытием" от всех экзистенций мира, где царят чуждые личности силы, перед которыми она беззащитна.

Сторонники аксиологического направления особую роль отводят судьбе как проявленности трансцендентного опыта личности. Болезнь - это страдание, а страдание ведет и к переосмыслению мира, достижению более высокого уровня моральных и духовных ценностей. Здесь на первый план выходит болеющая личность, которая обязана осознать смысл своего заболевания, расшифровать это "послание свыше". Только после этого в дело вступает врач.

С.Гроф, соединив в своей теории юнгианский психоанализ и трансперсональный подход, обращает внимание на тесную связь болезни и перинатального опыта. Болезнь достаточно часто провоцирует духовный кризис, адекватное проживание которого приводит к осмысленности как своей болезни, так и жизни в целом. А принятие смысла, как подчеркивает Ассаджоли, вселяет в человека чувство безопасности и помогает решать многие проблемы.

Представители аксиологического подхода поднимают и актуальную проблему допустимых границ вмешательства во внутренний мир больного человека, навязывания внешних представлений о смысле его болезни. Данные авторы указывают на огромную роль "внутреннего целителя" в каждом человеке, активизация которого и приводит к выздоровлению.

Исследователи, которых мы отнесли к **третьей группе**, предполагают, что месторасположение смысла - на перекрестке между значениями и индивидуальным сознанием. Здесь смысл - это совместное бытие личности и мира, на границе-контакт, существующее как информация, представленная в виде текста. В нашем случае текстом выступают обозначенные проявления болезни как со стороны личности, так и со

стороны мира. Смысл здесь устанавливается не на уровне понимания, а как проживание ситуации болезни. И в этом аспекте сама болезнь есть "возможно, один из самых эффективных способов передвижения по социальной поверхности. И поэтому всякому смыслу приходится зарастать бурьяном нелепостей, а также устраивать рубежи из тел дословности, в трещинах, разломах и впадинах которых могут застрять самые быстроходные события. Тем самым смысл обнаруживает себя в форме глубокого. Событие, как нечто поверхностное, охотится за смыслами, оставляя следы в местах обитания глубокого" [2, 70].

Со стороны мира данная информация существует в детонатах, которые уже содержат программу будущего развития (описания симптоматики нозологии есть в любом медицинском справочнике) и могут накапливать информацию, множа смыслы (этиопатогенез болезни может быть подвергнут изменениям вплоть до принципиального пересмотра). Мир преподносит текст человеку в форме интроекта. Следовательно, любое значение болезни может быть присвоено личностью, стать смыслом. Однако, смысл это результат обживания мира, это укорененность в почве бытия. Поэтому смыслы проявлены только тогда, когда личность желает, чтобы они существовали.

Для личности болезнь представлена через телесные ощущения, переживания, оценки, знания о болезни, другими словами, через внутреннюю картину болезни. Следовательно, смысл как встреча человека с миром есть результат познания и осознания себя в деятельностно-практическом контексте, т.е. в потребностной сфере личности как выбор.

Так, гуманистическая психология и ее основатель А.Маслоу, впервые обратили внимание на тесную связь болезни с депривацией потребностей личности. Ситуация человека, хронически не удовлетворяющего свои базовые потребности, названа недочеловечностью, другими словами, утратой смысла и расстройством духа.

Психологи этого направления ратуют за целостность личности, подчеркивая, что у современного человека имеется множество незавершенных Гештальтов, то есть неудовлетворенных потребностей, разрушен гомеостаз, тонкий механизм саморегуляции и самоконтроля организма. Поэтому смысл болезни заключен в искажениях форм жизни, это "хроническая фигура", не склонная к отступлению на задний план.

Осознание же болезни предполагает движение к осмыслению болезни на глубинном уровне, через телесные ощущения, через знаки, другими словами, через осмысление информации, в том числе интроецированной, через собственный опыт существования в мире. Это движение может быть конструктивным и неконструктивным, а смысл выступает как "сущность, воспроизведенная с потерями или наращиваниями для субъекта" [1, 43]. Адекватность определяется тем местом, которое занимает болезнь в жизни человека. Если осмысление болезни выражается в самоактуализации, как ее трактует А.Маслоу, то есть через обживание и осознание своей болезни как движения к себе, через распаковывание смыслов, то динамика может рассматриваться как конструктивная. Поэтому смыслы могут выступать средством для решения вопроса о выздоровлении. Чем осознаннее для личности болезнь, тем проще и полнее пара "психолог - пациент" может двигаться к ремиссии либо к здоровью. Как тут не вспомнить Св.Августина "Noli foras ire in te redi, in interiore homine habitat veritas" (Не стремись к внешнему, возвратись к себе, во внутреннем человеке пребывает истина).

Другой вариант связан, по нашему мнению, с саморазрушительными тенденциями, проявляющимися в движении "от себя", названном Хайдеггером заброшенностью Я. Мир для такого человека представляется как брошенное на произвол судьбы бытие, где теряется и личность. Как Летучий Голландец, на котором человек смирился с неспособностью анализировать условия своей жизни, капитулируя перед болезнью. Смысл в этом ключе можно рассматривать как распад, когда мир не приемлет тебя, а Я не устраивает содержание того, что предлагается миром.

Некоторые решаются на бунт против мира. Тогда смысл является своеобразным резервом готового к употреблению в других структурах, других мирах иначе осознанного смысла. Таким образом, прояснение смысла болезни, который, находясь на границе внутреннего и внешнего, где протекает особенно интенсивная жизнь и выявляются истинные потребности личности, позволяет превратить сокровенное в откровенное, тем самым обеспечивая болящей личности осознание происходящего. Овладение смыслом приводит к возможности адекватного решения задачи, что соответствует в конечном счете полноте и гибкости использования смыслов в качестве исходных предпосылок и средств движения к выздоровлению.

Следовательно, смысл болезни является со-бытием, феноменом встречи личности с миром, представляя собой матрицу психогенных симптомов. Значение болезни



определяется социумом, а внутренние ощущения и переживания индивида по поводу своего заболевания выступают одной из сторон внутренней картины болезни. На перекрестке значения как безличного бытия, содержащего социальную информацию о болезни, и личностных представлений о собственном заболевании как субъективного бытия, происходит выбор, который и определяет смысл. Если данный выбор конструктивен, другими словами, адекватен со-бытию личности и социума, то смысл болезни выступает таким отношением к реальности, при котором происходит наращение поверхностной и глубинной информации о болезни. Если же встреча личности с миром в болезни неконструктивна, то смысл болезни манифестирует через психогенные симптомы. Сущность неадекватности со-бытия личности и болезни проявляется во фрустрированности базовых потребностей личности.

Литература:

1. Агафонов А.Ю. Человек как смысловая модель мира / А.Ю. Агафонов. - Самара: БАХРАХ, 2000. - 336 с.
2. Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / А. Гуггенбюль-Крейг. - СПб.: Б.С.К., 1997.- 117 с.
3. Рогачева Т.В. Феноменология болезни: психологические механизмы динамики и процессуальности смысла / Т.В.Рогачева. – Екатеринбург: Из-во УроРАН, 2002. – 223 с.
4. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: Дис. ... д. психолог. наук / А.Ш.Тхостов. - М., 1991. - 361 с.

**О ВОЗРАСТАЮЩЕЙ РОЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
В СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ ПСИХИАТРИИ  
(СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

*Селезнев С.Б., доктор медицинских наук,*

*Филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
высшего профессионального образования «Российский государственный социальный  
университет» в г. Анапе, кафедра психологии и конфликтологии, Анапа*

selsb2@mail.ru

На протяжении основных этапов развития человеческой цивилизации состоянию психического (душевного, духовного) здоровья придавалось особое значение. Оно всегда было в фокусе внимания великих мыслителей и общественных деятелей и расценивалось как главнейшее достояние природы и социума, как источник прогресса и благосостояния общества, как важный потенциал становления сильного и процветающего государства.

В связи с этим, охране психического здоровья в истории всех времен и народов всегда придавалось весьма серьёзное значение, проводились определенные государством и обществом мероприятия в отношении психически больных лиц, направленные на минимизацию негативных проявления и последствий психического нездоровья. Но далеко не всегда эти мероприятия были достаточно эффективными, а порой даже вступали в противоречие с известными гуманными принципами врачевания и медицины.

В истории развития психиатрии выделяют несколько этапов, которые по своему содержанию наглядно отражали уровень развития человеческой цивилизации, её научных достижений, духовно-нравственных ориентиров, государственного и социально-политического устройства, что неизменно сказывалось на отношении к психически больным лицам и на превентивных мерах в отношении развития психической патологии.

В частности, донаучный этап, который стоял у истоков человеческой цивилизации, в большей степени характеризовался отчуждением лиц с психической патологией. Психически больных на основе решения племенных вождей зачастую просто изгоняли из племени, что вело к их социальной изоляции, отшельничеству и достаточно быстрой гибели. Но в дальнейшем под воздействием ранних религиозных воззрений (древние китайцы, египтяне, евреи) стали превалировать идеи овладения злыми духами и демонами. Для их изгнания из психически больных стали использоваться специальные молитвы, заклинания, магические ритуалы, лечебные травы в качестве рвотных и даже слабительных средств. При их неэффективности применялись менее гуманные подходы: побои, ожоги, голод, кровопускание, подвешивание вниз головой, сожжение.

Самый длительный и противоречивый призренческий этап, который продлился вплоть до начала XX века, в своём лучшем проявлении был связан с изоляцией, наблюдением и заботой (призрение – наблюдение, забота) о психических больных лицах. Он характеризовался не только сменой умозрительных парадигм на происхождение психической патологии, но и преобладанием в большей степени того же социального отчуждения в отношении психически больных.

Более гуманных взглядов придерживались известные представители Греческой цивилизации. Они рассматривали психические расстройства как «конкретное знание о теле и душе» и их гармоничном или дисгармоничном сосуществовании. Пифагор, Гиппократ, Аристотель, пожалуй, первыми в истории медицины и психологии приблизили человечество к более адекватному пониманию и восприятию психической патологии. В их трудах и умозрительных заключениях уже тогда появилось много ценного и для сегодняшнего понимания принципов сохранения и укрепления психического здоровья. А современник Гиппократа и первый правитель Афин – Перикл, даже не будучи врачом, понимал здоровье как «состояние морального, психического и физического благополучия, которое даёт человеку возможность стойко, и не теряя самообладания, переносить любые жизненные невзгоды».

Однако на смену этих прогрессивных взглядов вскоре вновь пришли невежественные представления о природе психических расстройств, их лечении и профилактики. Психически больные чаще находились под призрением религиозных учреждений, церквей, монастырей. В некоторых странах их помещали в тюрьмы и подвалы крепостных сооружений, а буйных заковывали в цепи, как особо опасных преступников или каторжников. В период Средневековья, когда церковь взяла на себя «святую обязанность изгонять из больных дьявола», то все её неудачные попытки такого «лечения» заканчивались сжиганием психически больных (вместе с дьяволом) на костре. В эпоху Возрождения наиболее развитые и цивилизованные страны стали открывать специальные призренческие дома, где концентрировались лица с аномальным поведением, которым, в силу своего измененного психического состояния, было невозможно находиться в обычном социальном окружении. Позже стали появляться первые психиатрические больницы по типу лондонского Бедлама. Но даже в самых лучших больницах лечение ограничивалось изоляцией, уходом и надзором. В России психически больные лица в основном концентрировались при

религиозных учреждениях, считались «блаженными», «юродивыми», «способными предвидеть будущее» и «напрямую общаться с Богом». Реформы Петровских и Екатерининских времен привели к открытию и в России специальных призренческих домов для умалишенных, которые позже были переоборудованы под лечебницы для душевно больных. На этом этапе ещё не было разработано эффективных методов лечения, а тем более профилактики психических заболеваний, преобладали принципы изоляции, стеснения и наказания, а самым востребованным методом лечения была изнуряющая «трудотерапия» на каменоломнях.

Однако, на протяжении этого длительного и не вполне гуманного этапа свершилось ещё одно революционное для психиатрии событие, связанное с именем французского психиатра Филиппа Пинеля, который не только «сорвал оковы с психически больных», но сумел организовать к ним иное – уважительное отношение с надлежащим уходом, специальными лечебными беседами и соответствующим лечебным режимом. Такой психологически верный подход позволил уже через несколько месяцев отпустить (выписать) из клиники большую часть изначально «тяжёлых и безнадежных» пациентов.

Таким образом, принцип гуманности, душевной помощи и поддержки, искреннего внимания и уважения к психически больным лицам оказались более эффективными лечебными средствами, чем оковы и подневольная трудотерапия. Это неизменно способствовало развитию в психиатрии тех направлений, которые мы сегодня называем психотерапией, психогигиеной, психопрофилактикой и клинической психологией.

Этап активных методов лечения – с 1920 по 1952 гг. В практику психиатрической помощи стали постепенно внедряться активные методы лечения психически больных, начиная с попыток лечебного воздействия экстремально высоких или низких температур, холодных обертываний и обливаний (термошок) для снятия психомоторного возбуждения до инсулиншоковой и электросудорожной терапии и другие. В этом периоде были заложены и основы лечебного голодания, которое также использовали для лечения психических заболеваний. Тогда же было установлено, что некоторые психические расстройства, вызванные инфекционным агентом (например, сифилитическое поражение мозга), могут успешно лечиться пиротерапией – регулируемым повышением температуры тела. В 40-х годах с

разработкой антибиотиков появилось реальная возможность успешного лечения многочисленных психических расстройств инфекционной природы (туберкулезные, сифилитические, брюшнотифозные и сыпнотифозные психозы). Тогда же, в период интенсивного развития нейрохирургии, предпринимались попытки (префронтальная лоботомия, межполушарная комиссуротомия) хирургического лечения хронической психической патологии, которые не получили широкого распространения из-за большого количества осложнений и необратимых личностных изменений.

Вместе с тем, именно этот период подарил психиатрии высокоэффективные методы активного лечения психических заболеваний: инсулинкоматозную (1932), электросудорожную (1938) и атропинкоматозную (1950) терапию, которые используются и сегодня, хотя и расцениваются как недостаточно гуманные, способные вызвать массовую гибель клеток коры головного мозга и привести к личностному снижению.

Между тем, благодаря этому периоду в психиатрии появилась реальная надежда на принципиальную обратимость не только острых, но и даже длительно текущих хронических форм психических заболеваний, что открывало большие возможности для активно развивающейся в то время (в основном за рубежом) клинической психологии и психотерапии в плане применения своих специальных знаний в клинической психиатрии.

Реабилитационный этап – с 1952 г. по настоящее время. Его начало связано с разработкой нового класса медикаментозных средств – психотропных препаратов. Вначале появились нейролептики, которые позволяли быстро и эффективно купировать практически любое психомоторное возбуждение, обрывать или приостанавливать развитие психотической симптоматики. Вскоре были разработаны и другие высокоэффективные психофармакологические средства: транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропные препараты. Это позволило не только останавливать развитие психического заболевания, но еще эффективнее заниматься восстановительным лечением, включая в него широкий спектр самых разнообразных реабилитационных мероприятий, позволяющих достаточно быстро возвращать психически больных лиц в социум, семью, на работу (ресоциализация).

Теперь при помощи этих медикаментозных средств в виде поддерживающей терапии можно было годами и даже десятилетиями удерживать от обострений

пациентов с хроническими и рецидивирующими психическими заболеваниями. Благодаря этим подходам во многих развитых странах мира удалось значительно сократить количество психически больных постоянно находящихся в психиатрических стационарах. Стало возможным оказывать им внебольничную психиатрическую помощь в виде различных вариантов поддерживающей терапии и социо-реабилитационных мероприятий. Именно этот этап развития психиатрии позволил сформировать не только в известных развитых капиталистических странах, но и в нашей стране (в бывшем СССР) в 70-80-е годы самую мощную в мире и высокоэффективную (с экономической точки зрения) социальную индустрию социально-трудовой и социально-психологической реабилитации и ресоциализации психически больных (Кабанов М.М., Красик Е.Д., Лифшиц А.Е. и др.).

Однако, данное направление, потерявшее в России своё прежнее интенсивное развитие в период «перестроечных 90-х», к настоящему времени оказалось фактически свёрнутым и близким к «тупиковому» даже во многих более развитых странах. Этому способствовала недостаточно продуманная «политика деинституализации», ошибки которой возможно предстоит повторить и нашей будущей российской психиатрии.

В частности, политика деинституционализации («закрытия больших психиатрических больниц») хоть и была по своей сути гуманной и ориентированной на реабилитацию и ресоциализацию психически больных, но её практическая реализация выявила ряд серьезных организационных недостатков. Государство и общество ещё не успело создать необходимую сеть новых социальных институтов патронажа, внебольничного лечения и социальной защиты реинтегрированных в социум психически больных лиц. Даже в благополучной Германии количество условных социальных коек (патронажных единиц) на душу населения оказалось в десятки раз меньше по сравнению с коечным фондом закрытых «больших» психиатрических больниц.

Из указанных фактов можно сделать лишь один логический вывод: решения о закрытии «больших» психиатрических стационаров в развитых странах было принято на недостаточно выверенной научной основе и без учёта многих прогностических (социально-экономических) моментов, в угоду чьим-то чисто политическим убеждениям.

Вместе с тем, количество психически больных в мире не стало меньше. А по прогнозам ВОЗ уже через 10 лет они уверенно войдут в первую пятёрку самых распространённых болезней современного человечества. А к концу XXI века они станут наиболее распространённой причиной потери здоровья. Уже сегодня в РФ по сравнению с 90-ми годами прошлого века количество пациентов психиатрических клиник в России увеличилось почти в 2 раза. При этом выросло число лиц, страдающих не только пограничными психическими расстройствами, но и такими серьёзными психическими заболеваниями, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и эпилепсия. А невротические расстройства и депрессии давно приобрели статус массовых психических эпидемий. По уровню своей распространённости в РФ они уже давно занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Указанному росту заболеваемости психическими расстройствами в РФ способствует действие целого комплекса негативных социально-экологических факторов: снижение качества жизни, проблемы безработицы и массовой бедности населения, проблемы национальной и общественной безопасности (угроза терроризма, локальных и масштабных военных конфликтов), увеличивающееся социально-экономическое расслоение общества «на более бедных и более богатых», деформирование и возвышение потребительской психологии, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, потеря идеологических и духовно-нравственных ориентиров, проблемы «футур-шока» и глобального культурного кризиса, высокий уровень алкоголизации, алкогольной и наркотической зависимости населения, разрушительное воздействие на психику детей и молодежи средств массовой информации, сетевого досуга (игровая зависимость) и агрессивной мультимедийной среды. В такой «психически нездоровой среде» мы не вправе ожидать улучшения психического здоровья населения.

И здесь никакая даже самая совершенная система восстановительного лечения, медицинской и психологической реабилитации уже не сможет оказаться состоятельной и эффективной. Нужны серьёзные комплексные предупредительные меры, нужна новая стратегия – стратегия глобальной (национальной) превентивной психиатрии.

И эта стратегия в последние годы активно разрабатывается отечественными исследователями, а её концептуальные положения уже сформулированы в соответствующих научных монографиях и руководствах [2,3].

Сегодняшним российским психиатрам необходимо осознать объём стоящих перед ними задач и взять на себя определённую долю ответственности за настоящее и будущее нашего российского общества. Самой неотложной задачей, которая уже сегодня стоит перед психиатрами, является оказание профессиональной помощи людям в осознании необъятного диапазона своего собственного «Я», своего достоинства, своего внутреннего психологического и творческого потенциала, а также в приобщении, свободной от политической идеологии, к истинным радостям жизни. Этот гуманистический ориентир в работе современных психиатров должен стать основополагающим в стратегии оказания ими специализированной медицинской помощи. Именно он позволит создать базовый методологический фундамент психиатрии XXI века, на котором будут зиждиться собственно превентивные мероприятия по охране психического здоровья населения, включающие и психогигиену, и психопрофилактику, и медицинскую генетику, и пренатальную и возрастную психологию, и психологию брака и семьи, и этнопсихологию, и валеопсихологические научные знания.

Говоря другими словами, превентивная психиатрия XXI века с её гуманистическим фундаментом должна стать не только и не столько клинической, и не столько био-психо-социальной, сколько личностно-ориентированной. А это требует более тесной интеграции с современными направлениями прикладной и практической психологии, персонологии, психотерапии, психортопедии, социальной педагогики и, особенно, клинической психологией. По своей сути, сегодня именно клиническим психологам отведена та самая роль психиатрической (клинико-психологической) превенции. Именно они, имея соответствующую профессиональную подготовку, оказываются на передовом фланге этой работы, и в виде психологического консультирования, психологической коррекции или даже соответствующих психотерапевтических вмешательств, оказывают первыми ту необходимую психологическую помощь, которая по своей сути и является превентивной в отношении психического здоровья конкретной личности, переживающей те или иные адаптационные трудности.



Психологическая помощь, наряду с социальной и духовной, относится к гуманитарному виду помощи, и направляется на личность, плохо (недостаточно) приспособленную к психологическому функционированию в социуме. Она имеет своей целью организацию и упорядочивание сознания, мышления, интеллекта, эмоционального состояния (чувственной сферы) и поведения. Общая задача психологической помощи – трансформация внутреннего мира личности, соответственно его проблемам адаптации. Её научно обоснованное повсеместное распространение и доступность для любых возрастных групп и любых слоёв общества должно стать в ближайшее время одной из основных задач государства в области охраны (сохранения) психического здоровья нации.

Литература:

1. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Дмитриевой Т.Б., Краснова В.Н., Незнанова Н.Г., Семке В.Я., Тиганова А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 1120 с.
  2. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999.- 403 с.
- Семке В.Я. Основы персонологии. - М.: Академический Проект, 2001.- 476 с.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ**

### **В ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

#### **(КОММУНИКАТИВНАЯ КУЛЬТУРА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА)**

*Симонович Н.Е., доктор психологических наук, профессор*

*Российской Государственный Гуманитарный Университет, кафедра психологии личности, Москва*

[nsimoni@mail.ru](mailto:nsimoni@mail.ru)

В условиях современной действительности все больше людей нуждаются в социальной помощи. Этими проблемами в нашей стране занимаются специальные службы в лице социальных работников.

Поскольку коммуникация является специфической чертой социальной работы, социальный работник обязан знать все закономерности и правила процесса коммуникации, а также соблюдать коммуникативную культуру. Вся человеческая

жизнь построена на общении, потому что все пространство жизнедеятельности человека межличностно по своему характеру.

Специалист по социальной работе, помимо общения с клиентами социальной службы и своими коллегами, контактирует с представителями различных организаций и руководителями разных уровней. Социальный работник в своей работе использует технологии PR, современные технологии и средства массовых коммуникаций. Социальному работнику необходимо обладать коммуникативной культурой, что в свою очередь поможет ему эффективно решать поставленные задачи по улучшению жизни своих клиентов.

Можно выделить основные виды общения в профессиональной деятельности социального работника:

1. *Деловое* (общение с представителями различных организаций с целью решения проблем своих клиентов),
2. *Консультативное* (общение с клиентами с целью оказания психологической и социальной помощи),
3. *Межличностное* (общение с клиентом, основанное на доверительных, дружеских отношениях).

Все эти виды общения зачастую переплетаются и осуществляются с использованием вербальных и невербальных средств.

В функции социального работника входит координация деятельности различных организаций и учреждений, развитие сетей учреждений социального обслуживания, отстаивание интересов своих клиентов в различных инстанциях. Все это осуществляется при деловом общении, при деловой беседе социального работника с партнерами по совместному сотрудничеству.

Деловая беседа представляет собой акт непосредственной коммуникации с помощью вербальных и невербальных средств.

Деловая беседа имеет характерные особенности:

- ощущение сопричастности и ответственности в решении проблем своих клиентов,

- аналитический подход к учету и оценке субъективных и объективных факторов,

- креативный подход к предмету обсуждения,

- использование инновационных средств коммуникации.

К деловому общению социальному работнику желательно предварительно подготовиться с учетом следующих рекомендаций:

1. Надо заранее подготовить план беседы.

2. Подготовить предварительную справку-объективку на партнера по переговорам.

3. Изучить движущие мотивы собеседника, его ожидания от встречи, уровень его притязаний.

4. Беседу стараться проводить строго конфиденциально.

5. Во время беседы быть искренним, вежливым, тактичным по отношению к собеседнику.

6. Не отвлекаться от предмета беседы, избегать пространных рассуждений, выражать свои мысли четко и ясно, без двояких толкований.

При ведении беседы ни в коем случае не прерывать собеседника на полуслове, необходимо выслушать все аргументы партнера, выслушать до конца его мнение.

Часто в своей служебной деятельности социальный работник выступает в роли консультанта. Это может быть психологическое консультирование и консультирование по социальным вопросам, по проблеме занятости клиента, использование его опыта в жизни города. Как правило, консультирование происходит при живом общении с клиентом в офисе организации социальной помощи населению или непосредственно в жилом помещении клиента. Современные средства коммуникации позволяют общаться с клиентом, помимо телефонного разговора, еще и с использованием интернет-технологий. Это позволяет вести доверительные беседы, проводить консультации, используя

видеоконференцию, видеомосты, и проводить консультирование с многими клиентами одновременно в режиме реального времени. Консультирование предназначено для оказания психологической и социальной помощи людям с ограниченными возможностями, а также лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и испытывающим трудности в семейных отношениях.

В социальной работе желательно использовать элементы направлений и школ в психологическом консультировании: психоанализ, индивидуальная психология А.Адлера, рационально-эмотивная терапия. Современные средства коммуникации позволяют вести блоги на сайте организации и отвечать на все интересующие вопросы клиентов.

Консультативное общение отличается от делового общения, но отдельные черты делового вида общения присутствуют. В консультировании по вопросам семьи отношения между клиентом и специалистом желательно выстраивать доверительными, основанными на взаимоуважении друг друга.

При проведении консультаций по юридическим, экономическим, жилищным и другим возникающим во время беседы вопросам общение проходит в официально-деловом стиле с соблюдением конституционного права и личного достоинства клиента. Социальному работнику всегда необходимо соблюдать выдержку и спокойствие и излучать доброту и уважение к клиенту. Раздражение, повышенные тона, оскорбление клиента недопустимы при проведении бесед и консультаций.

Социальному работнику необходимо проходить курсы повышения квалификации. Хотя бы один раз в месяц надо посещать тренинги по культуре и технологии проведения бесед и консультаций.

Обобщая все вышесказанное, отметим, что консультирование является организованным и продуманным общением между социальным работником и клиентом с соблюдением всех правовых и этических норм с целью решения различных жизненно важных вопросов, возникающих у клиента. Задача социального работника состоит в том, чтобы на все вопросы клиент получил исчерпывающие ответы и остался удовлетворенным от посещения офиса организации социальной помощи.

Социальный работник является для многих одиноких людей преклонного возраста и с ограниченными возможностями единственным человеком, с которым можно обсудить любые вопросы и получить психологическое облегчение. Социальный работник является лицом своей социальной организации и от его компетентности зависит деловая репутация организации социальной помощи.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

*Сулимовская Е.И., кандидат психологических наук*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра  
клинической психологии, Москва*

elsulim@mail.ru

Целью настоящей работы является теоретический анализ проблем клинико-психологической диагностики в связи с обучением специалистов по клинической психологии.

В 2000 году приказом Министерства образования РФ был утвержден государственный стандарт для двух психологических специальностей: «Клинический психолог» и «Психолог. Преподаватель психологии». По профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования клиническая психология представала как психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Клинический психолог в указанных социальных институтах должен был выполнять диагностическую, экспертную, коррекционную, профилактическую, реабилитационную, консультативную, научно-исследовательскую, научно-просветительную и учебно-воспитательную задачи.

В том же 2010 году при проведении Первой международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник, Хомская Е.Д. [7, с.284] отмечала, что российская клиническая психология как самостоятельная отрасль психологической науки находится пока еще на начальном этапе своего становления. Кроме понимания клинической психологии как прикладной области знания, ориентированной на исследование личностных расстройств, психотерапию и

психокоррекцию, указывалось и на другую тенденцию в развитии отечественной клинической психологии. Согласно второй концепции объектом диагностики, изучения и практического воздействия выступают не только эмоционально-личностные, но также и когнитивные, двигательные и другие психические явления. Для этого направления характерно стремление к поиску общего подхода в изучении психических явлений, единых системных (синдромных) принципов интерпретации эмпирического материала, ориентация на естественно-научную парадигму исследований.

В 2010 году приказом Министерства образования и науки РФ утвержден новый Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 030401 «Клиническая психология». Будущему специалисту предстоит освоить такие виды профессиональной деятельности, как: научно-исследовательская, психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная, преподавательская, психолого-просветительская, организационно-управленческая и проектно-инновационная деятельность. По сравнению с предыдущей версией обращает внимание появление и новых видов профессиональной работы, перечисление которых озаглавлено научно-исследовательской деятельностью. Таким образом, подготовка специалистов по клинической психологии разворачивается от научно-исследовательской и психодиагностической деятельности в сторону решения разнообразных научно-практических задач.

В новом государственном образовательном стандарте, предусматривающем специализацию по патопсихологической диагностике и психотерапии, предполагается, помимо овладения знаниями и умениями, овладение такими сложнейшими видами профессиональной деятельности, как методология патопсихологического синдромного анализа на основе знаний о закономерностях нормального развития и функционирования психических процессов и личности; методы патопсихологической оценки состояний, психической деятельности и личности для решения прикладных задач; способы организации судебно-психологической и комплексной психолого-психиатрической экспертиз; современные способы оценки и оптимизации качества жизни больных с психическими расстройствами, а также членов их социальных сетей.

С позиций обучения будущего клинического психолога навыкам клинико-психологической диагностики хотелось бы выделить ряд проблем, характеризующих

ее современное состояние. А) обилие количественных психометрических инструментов исследования и опросников, ориентированных на их самостоятельное заполнение. Б) декларация качественного анализа результатов исследования с выраженными трудностями в подготовке заключений и других психологических отчетов. В) разнообразие психологических нарушений у больных психиатрического, неврологического и психосоматического профиля, предполагающих использование психодиагностических инструментов различного теоретического формата. Г) реальная сложность предварительного анализа и подготовки клинко-психологического заключения.

Если психодиагностическое заключение является документом о результатах тестирования, то, согласно мнению Бурлачука Л.Ф. [ 1] , стандартной формы и правил его написания не существует. Заключение (его объем и содержание) может изменяться в зависимости «от цели, ситуации, в которой проводится тестирование, адресата, теоретических установок и специализации психолога. Основное в подготовке психологического заключения – его соответствие потребностям, интересам и уровню квалификации заказчика» [там же, с. 199]. Таким образом, одной из особенностей психодиагностического (психологического) заключения является неопределенность его формата и неоднозначность содержания, что не может не создавать сложности в процессе обучения.

Ответом на вопрос о том, каким же образом целесообразно готовить, проводить и оформлять диагностическое исследование, на наш взгляд, являются теоретические положения Н.Д. Твороговой и Л.Ф. Бурлачука [там же, с.14], содержащие в своей основе концепцию Л.С.Выготского, а также размышления Хомской Е.Д. Первый этап клинко-психологического диагностического исследования заключается в сборе первичных результатов, полученных при проведении психологических методик, и другой информации в соответствии с задачей исследования. Этот этап сводится к констатации данных тестирования и может оформляться как простое перечисление эмпирических результатов. Второй, собственно научный, этап диагностического исследования заключается в теоретической интеграции разнородных данных. Здесь обобщаются определенные особенности обследуемого (симптомы), выделяются причины их возникновения. На наш взгляд, в данном случае уместно применять и синдромный анализ. Согласно определению, синдромный анализ – это анализ первичного дефекта и его вторичных (системных) последствий [там же, с.88]. И, наконец, третий этап диагностического исследования

заключается в формировании целостного (системного) взгляда на имеющиеся психологические нарушения, объединенные личностной структурой. Картина психологических особенностей и нарушений выстраивается в соответствии с целями исследования. Итоги представляются в психологических понятиях, соответствующих первоначальному запросу потребителя.

При проведении клинико-психологического исследования и построении обучения с позиций научного подхода остается нерешенной проблема идеографического приближения к реальности. Знания молодого специалиста в области экспериментальной психологии и психодиагностики не смогут заменить искусство патопсихологической квалификации выявленных расстройств. Ориентация в профессиональной и научной литературе не придут ему на помощь в процессе клинической беседы с трудным больным.

При исключительной ориентации на естественно-научную психологическую парадигму остается невостребованным огромный пласт психологии, связанный с «клиническим» подходом к описанию психической реальности. Данная проблематика, на наш взгляд, наиболее удачно отражена в истории развития французской клинической психологии. К.-М. Прево [5], описывая ранний этап клинической психологии во Франции, связанный с именем Д. Лагаша, отмечал ее принципиальное отличие от дифференциальной и экспериментальной психологии. Это различие состояло в особом клиническом подходе - понимании психологической жизни как реального и конкретного целого, как неповторимой индивидуальности. Под клинической психологией понималась психологическая дисциплина, основанная на углубленном изучении индивидуальных случаев, а ее предметом являлось индивидуальное поведение человека в условиях, включающих наследственность, созревание, психологические и патологические условия, историю жизни.

Принимая во внимание этот аспект клинической психологии, можно заключить, что в своем «идеальном» виде клинико-психологическое диагностическое исследование должно соответствовать психологическому портрету обследуемого человека с выделением наиболее существенных показателей психической деятельности и личностной структуры.

С подобной точкой зрения соотносится феноменологический подход в диагностическом процессе психиатрии и клинической психологии, связанный с именем К.Ясперса. В.Д. Менделевич [4], обсуждая проблемы диагностики, выделяет



достоинства данного подхода, где под феноменом понимается любое целостное психическое переживание. Феноменологически ориентированный диагност использует принципы понимающей, а не объясняющей психологии. Переживание человека рассматривается как неоднозначное, многомерное явление психической жизни. Одно и то же переживание может являться как нормальным, так и психопатологическим.

В рамках обучения диагностическому процессу В.Д.Менделевич [там же, с. 69-72] предлагает рассматривать четыре основных принципа феноменологической психологии. К ним относятся: А) принцип понимания, а не объяснения - позволяет назвать переживание человека более точно, а также различить психологические и психопатологические проявления. Б) Принцип воздержания от суждения (прежде всего – от преждевременного) - предполагает ориентацию на процесс вчувствования и отказ от поспешных психопатологических трактовок. В) Принцип беспристрастности и точности описания - заключается в дистанцировании от оценочного, личного отношения диагноста по поводу высказываний обследуемого, а также в корректном и профессиональном выборе терминов. Г) Принцип «контекстуальности» наблюдаемого феномена предполагает описание любого переживания как части общей ситуации исследования, жизненного развития и культурно-исторических условий.

Умение соблюдать указанные принципы в реальном клинико-психологическом диагностическом процессе предъявляет требования к личностной зрелости специалиста, умению дифференцировать наблюдаемые феномены и субъективное к ним отношение, навыкам самонаблюдения и общей культуры.

Итак, при обсуждении проблем клинико-психологической диагностики мы наблюдаем сочетание двух разнонаправленных тенденций: целесообразности количественной обработки результатов исследования одновременно с необходимостью качественного анализа; совмещения теоретического уровня анализа с рассмотрением целостного переживания человека как отдельного феномена. В общем виде указанные противоречия можно понимать как проявление естественно-научной и гуманитарной парадигмы исследований. А.Б.Холмогорова [6], оценивая современное состояние клинической психологии, более четко определяет «борьбу двух научных установок» [там же, с.119], основанную на противопоставлении гуманитарных и естественных наук. В качестве разрешения указанного противоречия автор предлагает клиническому психологу использование «практико-

ориентированной установки», в рамках которой специалист каждый раз выбирает теоретическую модель, конгруэнтную конкретной практической задаче.

Подобные размышления свидетельствуют о необходимости повышения теоретической и практической подготовки клинических психологов, поднимают вопрос о требованиях к уровню и глубине профессиональных компетенций, формируемых в процессе обучения.

В свете рассматриваемых дискуссионных проблем возникает целесообразность реконструкции процесса проведения практикумов и спецпрактикумов, предполагающих обучение различным видам клинико-психологической диагностики на основе единого методологического подхода. В частности, при проведении патопсихологических практикумов, кроме характеристики патопсихологических синдромов (симптомокомплексов), на наш взгляд, следует уделять внимание обучению навыкам квалификации патопсихологических признаков предметов и понятий, анализа общей произвольной организации психической деятельности обследуемого, дифференцированной характеристики мотивационно-смысловых нарушений при разных видах психических расстройств. Состояние патопсихологической науки, по нашему мнению, позволяет описывать не только психологический симптомокомплекс, но и выделять первичные и вторичные нарушения, а также основное системообразующее звено (фактор) в картине нарушений в сочетании с особенностями личностной регуляции деятельности. Требуется своего внимания и вопрос о единицах патопсихологического/ психологического анализа, исследовании общей организации произвольной деятельности в процессе эксперимента, анализе общих и частных случаев неравномерности мышления.

Использованная литература

1. Бурлачук Л.Ф. Заключение психодиагностическое// Энциклопедический словарь в шести томах. Клиническая психология / Н.Д.Творогова. – М., 2007, стр.199
2. Бурлачук Л.Ф., Творогова Н.Д. Диагностика// Энциклопедический словарь в шести томах. Клиническая психология / Н.Д.Творогова. – М., 2007, стр.13-14
3. Материалы 1 Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник. – М., 2001
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М., 2001

5. Клиническая психология / Клод-М. Прево. – М., 2005
6. Клиническая психология в четырех томах. Том 1. Общая патопсихология / А.Б.Холмогорова.- М, 2010
7. Хомская Е.Д. Клиническая психология: две концепции// Материалы 1 Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник – М., 2001 г., стр. 282-284
8. Хомская Е.Д. Синдромный анализ// Энциклопедический словарь в шести томах. Клиническая психология / Н.Д.Творогова. – М., 2007, стр.88

## **САМООТНОШЕНИЯ МЕДИКОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЧНОСТИ**

*Сысоева О.В., кандидат психологических наук, доцент*

*Дальневосточный государственный медицинский университет, кафедра  
педагогики и психологии, г. Хабаровск.  
[Olga-mail2005@rambler.ru](mailto:Olga-mail2005@rambler.ru)*

Особый интерес социальных институтов к активной, самоорганизующейся личности, которая имеет позитивный внутренний настрой, вызван пониманием того, что осознание субъектом собственной значимости отражается на отношении к другим людям и к миру в целом, как к обладающим ценностью. В связи с этим в истории Отечественной психологии одно из важных мест отводится психологии субъекта, в русле которой человек понимается как личность, способная к интеграции отношений к себе и к действительности с целью реализации активной жизненной позиции. Одним из высших уровней системы субъектно-личностных отношений является отношение к себе, к своим поступкам, собственной личности, т.е. самоотношение. Анализ понятия «самоотношение», основных факторов и механизмов его формирования представлен в работах С.Р. Пантелева, М. Розенберга, Н.И. Сарджвеладзе, В.В. Столина, Е.Т. Соколовой, К. Хорни, И.И. Чесноковой, И. Эриксона и др [1-8]. В современном мире особо актуально создание условий для самоактуализации, развития творческого потенциала, мотивации к личностному росту будущих врачей (студентов-медиков), преподавателей (врачей) медицинского ВУЗа, а также медицинских сестер, в сферу профессиональной деятельности которых входит оказание помощи другим людям и обучение. Для людей этой специальности высокий уровень личностной зрелости и

самоактуализации, психическое здоровье являются не только профессионально значимыми характеристиками, но и основными факторами, определяющими эффективность их работы.

Исследование проводилось на базе ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава г. Хабаровска. В исследовании приняли участие 64 студента 2 и 4 курсов лечебного факультета, 21 преподаватель клинических кафедр данного ВУЗа.

С целью изучения уровня самоотношения медиков в процессе профессионализации было проведено исследование, опросником «МИС» С. Р. Пантилеева. Большинство студентов 2 (65%) и 4 курсов (59%) продемонстрировали высокие показатели «внутренней честности» (открытости), что говорит о закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую информацию о себе. Среди преподавателей высокие показатели по данному параметру выявлены у 71%, что говорит об определенном социальном положении, «дистанцированности» от студентов, подчинению определенным нормам и правилам, где не принято распространяться о себе.

Шкала «самопринятие»: среди студентов 2 и 4 курсов практически в равной степени встречались ответы с высокими и низкими показателями по данному параметру с небольшим преобладанием высоких показателей (57% и 59% соответственно для студентов 2 и 4 курсов). Среди преподавателей преобладали высокие показатели по шкале «самопринятие» - 62%. Эти результаты говорят о дружеском отношении к себе, согласию с самим собой, одобрение своих планов и желаний, эмоциональному, безусловному принятию себя таким, каков есть, пусть даже с некоторыми недостатками среди большинства преподавателей и в меньшей степени студентов. Практически у половины студентов 2 и 4 курсов отсутствуют перечисленные качества, имеется недостаточное самопринятие, что является важным симптомом внутренней дезадаптации, которая несколько более выражена у студентов 2 курса, но также присутствует и на 4 курсе.

Анализ по шкале «самопривязанность» показывает, что среди студентов 2 курса преобладали низкие показатели (59%), что может свидетельствовать о желании что-то в себе изменить, соответствовать идеальному представлению о себе, неудовлетворенности собой. Понятно, что студенты 2 курса находятся в «поиске» себя, продолжается соотнесение себя с будущей профессией, отсюда и желание меняться, соответствовать новому идеалу, может быть, желание походить на кумиров. Таки образом, ведомость студентов 2 курса не вызывает сомнения. На 4 курсе и тем более среди преподавателей преобладают, хотя в не столь выраженной форме, высокие показатели по данной шкале (55,6% и 57% соответственно), что

позволяет говорить о ригидности Я-концепции, привязанности, нежелание меняться на фоне общего положительного отношения к себе.

При факторизации матриц интеркорреляций значений шкал определяются три независимых фактора: Самоуважение, Аутосимпатия, Внутренняя неустроенность. Произведя подсчет данных показателей получили следующие результаты. Показатель «самоуважение» отражает оценку собственного Я испытуемого по отношению к социально-нормативным критериям: моральности, успешности, воле, целеустремленности, социальному одобрению. Наблюдается слабая динамика показателя от 2, 4 курсов до преподавателей: 23,13 – 25,4 – 25,57 соответственно. Присутствует лишь тенденция к росту данного показателя с младших курсов до преподавателей, что выражает высокую оценку собственного Я на протяжении всего периода профессионализации. Такой показатель как «аутосимпатия» отражает в наиболее чистом виде эмоциональное отношение респондента к своему Я. Можно отследить более отчетливую динамику данного показателя с 18,03 на 2 курсе, 19-ти на 4 курсе и, наконец, 22,2 среди преподавателей. Что говорит о более позитивном и уверенном отношении к своему Я в процессе обучения в ВУЗе и приобретения профессии, а также с возрастом. Независимый фактор «внутренняя неустроенность» связан с негативным самоотношением, не зависящим от аутосимпатии и самоуважения. Показатели данного фактора могут свидетельствовать о дезадаптации личности и о потребности респондента в психологической помощи. Как видно из проведенного исследования самые высокие показатели по данному фактору наблюдаются среди студентов 2 курса – 9,62, практически идентичные, но более низкие показатели – среди 4 курса – 9,15. Наиболее низкие показатели отмечены среди преподавателей – 7,76. Это может сигнализировать о наличие дезадаптации среди студентов, в большей степени среди младшего курса.

С целью изучения специфики психосоматического статуса медиков результаты анкетирования студентов и преподавателей по методикам «МИС» С.Р.Панталева, «Образ телесного Я», Гиссенским тестом жалоб, подвергались корреляционному анализу, в дальнейшем рассматривались коэффициенты линейной корреляции Пирсона.

Положительная статически значимая корреляционная связь между саморуководством и самоуважением ( $r=0,75$ ) свидетельствует о том, что со снижением саморуководства, снижается уровень самоуважения (интегративного показателя, который выражает оценку собственного Я испытуемого по отношению к моральности, успешности, воле, целеустремленности). Данные результаты говорят о низкой ответственности студентов 2 курса по отношению к своему здоровью, следствием чего является частые обострения пиелонефрита. Одним из

распространенных заболеваний среди исследуемой группы респондентов явился хронически бронхит. Выявленная отрицательная статически значимая корреляционная связь между хроническим бронхитом и самоуверенностью ( $r = -0,33$ ), саморуководством ( $r=0,33$ ) и самоуважением ( $r=0,38$ ) указывает на то, что проявления хронического бронхита характерны для респондентов с низкой самоуверенностью, саморуководством и самоуважением. Как правило, хронический бронхит вызывается курением, частыми простудными заболеваниями, затрагивающими верхние дыхательные пути. Естественно, что человек, который не удовлетворен своими возможностями, обладает сомнениями в способности вызывать уважение окружающих (обладает низкой самоуверенностью) стремится «подняться» в глазах сверстников, влиться в новую компанию, добиться уважения окружающих с этой целью и по этой причине молодые люди начинают курить, или недостаточно тепло одеваться, дабы продемонстрировать себя перед окружающими. Так как люди с низким саморуководством обладают низкой саморегуляцией, ведомы, они более подвержены такой вредной привычке как курение.

Положительная статически значимая корреляционная связь между хронически бронхитом и наличием сердечных жалоб ( $r=0,39$ ) указывает на то, что у больных хроническим бронхитом студентов часто проявлялись жалобы на боли в сердце, грудной клетке, перебои в работе сердца. Эта связь симптомов объясняется близостью расположения сердца и легких в грудной клетке, тем более что при заболеваниях верхних дыхательных путей болевой симптом может имитировать заболевание сердца.

Также выявлена положительная статически значимая корреляционная связь между саморуководством и самоуважением ( $r=0,75$ ), самоуверенностью и самоуважением ( $r=0,56$ ). Таким образом, чем более выражены явления хронического бронхита, тем менее выражена самоуверенность и, в результате положительной корреляционной связи и самоуважение.

Выявлено достаточно часто встречающееся среди преподавателей заболевание – язвенная болезнь, по патогенезу и клинике очень похожа на хронический гастрит, хотя проявления ее уже достаточно выражены, имеются опасные осложнения. Чем больше проявления язвенной болезни, тем более выражены жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Выявлена отрицательная статически значимая корреляционная связь между желудочными жалобами и влиянием окружающих на образ телесного Я ( $r=-0,45$ ), то есть

респонденты с язвенной болезнью не имеют обратной связи с окружающими, не хотят меняться под их влиянием или для того, чтобы установить более тесный и комфортный контакт – отстраненны и консервативны. Также выявлены отрицательные статистически значимые корреляционные связи между влиянием окружающих на образ телесного Я, внутренней конфликтностью ( $r=-0,49$ ) и внутренней неустроенностью ( $r=-0,44$ ), а также положительная связь с самопринятием ( $r=0,58$ ). Таким образом, преподаватели с язвенной болезнью имеют достаточно выраженные желудочные жалобы, их практически не интересует мнение окружающих относительно их внешности, они не хотят меняться, однако сами себя они также не принимают, у них нет согласия с самим собой, что говорит о внутренней дезадаптации, отсюда высокие показатели внутренней конфликтности и внутренней неустроенности, что также подтверждает наличие дезадаптации. Исследование показало, что не только студенты могут испытывать трудности в адаптации, но также и преподаватели. Язвенная болезнь является классическим примером психосоматического заболевания, которое соматизируется при наличии длительной внутренней дезадаптации.

Таким образом, отношение к себе играет важнейшую роль в формировании целостной личности. Являясь интегральным свойством личности, подобное отношение накладывает определенный отпечаток на все психические процессы и явления, что остается актуальным как для детского возраста, так и для всех остальных периодов жизни человека. Так преподаватели-медики имеют стабильно высокие показатели самоотношения по шкалам, отражающим позитивное отношение к себе, устойчивость к стрессам, самоуверенность, ожидаемое позитивное отношение окружающих, и преобладание низких показателей внутренней конфликтности и самообвинения. В то время как среди студентов 2 курса лечебного факультета наблюдались самые низкие показатели самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самооценности, самопривязанности и самопринятия, - в сравнении со студентами 4 курса и преподавателями, что говорит о недооценке себя, поиске своего образа, имиджа, стереотипа поведения. Показатель самообвинения из всех исследуемых групп был самым высоким и, соответственно независимый фактор «внутренняя неустроенность» также преобладал, - что говорит о высокой дезадаптации, невозможности правильно распределять свои силы и быстром истощении и формированию на этом фоне внутреннего конфликта.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кольшко А.М. Психология самоотношения: Учеб. Пособие / А.М.Кольшко. – К 62 Гродно: ГрГУ, 2004. – 102 с.
2. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М.: МГУ, 1991.
3. Пантилеев С.Р. Методика исследования самоотношения. – М.: Смысл, 1993.-32 с.
4. Соколова Е.Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: Дис.... д-ра. Псих, наук: 19.00.04. – М, 1991. -107 с.
5. Столин В.В. Самосознание личности. – М: МГУ, 1983.-284 с.
6. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. – Тбилиси: «Мецниереба», 1989. – 206 с.
7. Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977.-144 с.
8. Чеснокова И.И. Особенности развития самосознания в онтогенезе // Принципы развития в психологии – М. 1978. – С. 316-335.

## **СВЯЗЬ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ В ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЕ И ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ**

*Терёхина Н.В., преподаватель*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра общей психологии, Москва  
shaman-way@yandex.ru*

Возрастающий интерес к феномену эмоционального выгорания у практикующих врачей-стоматологов обусловлен тем, что возможности обеспечения стоматологами безопасности пациента, качество предоставляемых услуг связаны с состоянием самого врача, его способностью справляться со стрессами. Согласно данным Британской медицинской ассоциации (1992), среди врачей возрастает степень разочарования в профессии, ухудшается состояние психического здоровья, что объясняется высокой стрессогенностью профессии, а также явлением эмоционального выгорания [3].



Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов человека [1, с.9]. СЭВ можно соотнести с третьей стадией общего синдрома адаптации – истощением (как «состояние полного истощения» синдром выгорания был описан в МКБ-10 под рубрикой Z.73.0). По К.Маслач, СЭВ проявляется в виде трёх групп симптомов: эмоциональном истощении (переживании опустошённости и бессилия), деперсонализации (дегуманизации отношений с коллегами и пациентами и редукции профессиональных достижений).

Е.Б. Фанталова [2, с. 107-109] рассматривает внутриличностный конфликт как соотношение двух «плоскостей сознания»: плоскость, вмещающая в себя сознание ведущих ценностей человека, отдалённых жизненных целей, и плоскость всего, что является доступным, находящимся в «зоне легкой досягаемости». Применительно к конкретной жизненной сфере соотношение этих двух плоскостей можно выразить психологическими параметрами «Ценность» и «Доступность». Возникновение внутренних конфликтов в различных жизненных сферах будет определяться во многом характером взаимосвязи и степенью расхождения между ценностью и доступностью.

Нами было проведено пилотажное исследование связи проявлений СЭВ и ценностных конфликтов у практикующих врачей-стоматологов. В исследовании приняли участие 30 стоматологов стоматологических поликлиник г. Москвы. Были использованы «Методика диагностики эмоционального выгорания» В.В.Бойко, и «УСЦД» Е.Б. Фанталовой.

Получены следующие результаты: эмоциональное выгорание выявлено у 22 (73%) стоматологов, при этом все 3 фазы выгорания сформированы у 14 (46%) врачей-стоматологов; только фаза напряжения – у 13 (43%) стоматологов, фаза резистенции – у 17 (56%), истощения – у 22 (73%) врачей.

Корреляционный анализ связи между уровнем ценности и проявлением симптомов отдельных фаз выгорания выявил следующие особенности.

*На фазе напряжения* ценность «уверенности в себе» положительно связана с уровнем переживания психотравмирующих обстоятельств (0,426 при  $p < 0,05$ ). То есть чем сильнее переживаются стрессовые ситуации, тем ценнее для специалиста наличие уверенности в себе.

Проявление таких симптомов на фазе напряжения, как «неудовлетворённость собой» и «загнанность в клетку», имеет отрицательную корреляционную связь с доступностью здоровья как ценности (-0,381 и -0,375,  $p < 0,05$  соответственно). При труднодоступности здоровья возрастает неудовлетворённость собой и ощущение нахождения в клетке. В данном случае ощущение «загнанности в клетку» выполняет предохранительную функцию, но любая жёсткая защита воспринимается человеком, как ограничение свободы.

«Загнанность в клетку» имеет положительную корреляцию с доступностью уверенности в себе (0,449 при  $p < 0,05$ ). Можно предположить, что многим специалистам нужна работа, имеющая постоянный распорядок и определённый набор должностных инструкций, то есть жёсткую структуру. Данные условия могут снижать уровень тревожности у врачей-стоматологов и создавать иллюзию обладания уверенностью в себе.

Уровень расхождения между ценностью и доступностью («Ц» и «Д») в сферах уверенности в себе и наличия настоящих друзей (0,378,  $p < 0,05$ ) положительно связан с симптомом «загнанности в клетку» (0,430,  $p < 0,05$ ). В условиях ощущения несвободы и одновременно защищённости могут переоцениваться доступность друзей и наличие уверенности в себе.

Выраженность расхождения между «Ц» и «Д» в сфере «Свобода как независимость поступков и действий» связана с переживанием психотравмирующих обстоятельств (0,389,  $p < 0,05$ ). Субъективная недоступность свободы в действиях может усиливать переживание стресса на рабочем месте.

*На фазе резистентности* уровень эмоционально-нравственной дезориентации у стоматологов обратно связан с восприятием доступности здоровья (-0,383,  $p < 0,05$ ), а неадекватного избирательного эмоционального реагирования имеет отрицательную связь с доступностью интересной работы (-0,407,  $p < 0,05$ ) и материально-обеспеченной жизни (-0,396,  $p < 0,05$ ). Уровень выраженности расхождения «Ц» и «Д» в сфере «интересная работа» отрицательно коррелирует с эмоционально-нравственной дезориентацией (-0,437,  $p < 0,05$ ) и редукцией профессиональных обязанностей (-0,371,  $p < 0,05$ ).

Ощущение недоступности здоровья, интересной работы и достаточного материального уровня жизни может привести к снижению уровня испытываемых эмоций, имеющего при повышенных психологических нагрузках защитную функцию, что способствует искажению эмоционального реагирования и нравственной дезориентации. Врач-стоматолог ограничивает эмоциональную отдачу, неадекватно «экономит» эмоции, при этом стремится оправдать свою стратегию поведения, что болезненно воспринимается коллегами по работе и пациентами. Постепенно стоматолог может терять доверие пациентов и коллег, что приводит к снижению благосостояния и уменьшению предложений интересной работы, то есть возникает замкнутый круг.

Выраженность симптома «расширение сферы экономии эмоций» положительно связана с доступностью активной жизни (0,433,  $p < 0,05$ ) и отрицательно – с доступностью свободы (-0,384,  $p < 0,05$ ). Уровень расхождения между ценностью и доступностью свободы прямо связан с расширением сферы экономии эмоций (0,447,  $p < 0,05$ ).

На фазе истощения уровень выраженности эмоционального дефицита и эмоциональной отстранённости имеют отрицательную связь с доступностью интересной работы (-0,423 и -0,414 при  $p < 0,05$ ). Повышение уровня эмоционального дефицита прямо связано с доступностью уверенности в себе (0,415,  $p < 0,05$ ). При падении общего энергетического тонуса на данной фазе возникает чувство, что профессионал уже не может помогать пациентам, не в состоянии сопереживать им. Но так как стоматолог действует в рамках привычных обязанностей и присутствует нравственная дезориентация, может переоцениваться наличие уверенности в себе.

Таким образом, можно сделать следующие основные выводы:

1. Снижение субъективного уровня доступности основных ценностей (здоровья) у стоматологов может способствовать возникновению психологических защит, но при этом возникает симптом «загнанности в клетку», то есть одновременно ощущение защищённости и ограничения свободы.

2. Субъективная недоступность свободы в действиях может усиливать переживание стресса на рабочем месте

3. Можно предположить, что первоначально значительное расхождение между ценностью и доступностью в определённой сфере (здоровье, материально-

обеспеченная жизнь) способствует снижению уровня эмоционального реагирования и нравственной дезориентации. Затем, по мере нарастания выраженности симптомов СЭВ, они в свою очередь приводят к неадекватному восприятию доступности и ценности определённых объектов или людей.

#### **Список литературы:**

1. Водопьянова Н.В., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2008.
2. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психол. журн. 1992. Т. 13, № 1. С. 107-117.
3. O'Shea, Corah and Ayer. Sources of dentist's stress// Journal of the American Dental Association, 1984. 109:48-51.

### **ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МУЗЫКАЛЬНЫХ СТИЛЕЙ РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ**

*Тырановец С.В., Самарина М.А., Пацевич Ю.Л.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической психологии, кафедра нормальной физиологии, г. Москва*

Из литературы известно, что музыкальные ритмы неоднозначно влияют на активность структур головного мозга. При этом изменяется активность нейронов коры больших полушарий, характер внутрикорковых взаимодействий, выраженность межполушарной асимметрии [3]. **Цель работы** – исследование степени и направленности влияния музыкальных произведений различных направлений и стилей на функциональное состояние организма и психофизиологические показатели.

**Описание исследования и выборка.** Изучение влияния музыкальных произведений на функциональное состояние организма играет важную роль в определении возможности использования положительного влияния музыки в лечебных целях. Такое воздействие можно использовать в психотерапии для психологической коррекции (музыкотерапия, арт-терапия) при различной степени выраженности

процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, а также процессов изменения активности коры головного мозга.

В исследовании приняло участие 18 испытуемых (8 муж., 10 жен.). Средний возраст  $20 \pm 2$  года.

**Методы работы.** Для оценки функционального состояния организма и его физиологических систем применялся индекс функциональных изменений (ИФИ). Для исследования функционального состояния организма и психофизиологических показателей использовался метод компьютерной экспресс-рефлексодиагностики (КЭРД) «Диакомс», который был ранее выбран нами как наиболее современный и эффективный среди методов, исследующих взаимоотношения БАТ (биологически активных точек) и внутренних органов [1,4]. Для определения субъективных показателей при прослушивании конкретного музыкального стиля использовались следующие психологические методики: 1) *методика «Шкала состояний»*, направленная на оценку степени субъективной комфортности переживаемого человеком функционального состояния в конкретный момент времени; 2) *методика «Шкала ситуативной тревожности Спилбергера»*, с помощью которой дифференцируются разные степени эмоционального напряжения, сопровождающего развитие состояний адекватной мобилизации и психологического стресса; 3) *методика «Шкала дифференциальных эмоций»*, направленная на качественный анализ конкретных видов эмоций, определяющих эмоциональную окраску текущей деятельности [2].

Испытуемым в течение всего периода исследования предъявлялись следующие музыкальные стили: рок, блюз, джаз, поп, рэп, техно, классическая музыка, народная музыка, духовная музыка.

**Результаты работы и их обсуждение.** Было установлено, что музыкальные стили типа «тяжелый рок», «рэп», «техно» вызывали негативное влияние на кору головного мозга, повышали возбуждение в ЦНС и оказывали отрицательное влияние на функциональное состояние и психофизиологические показатели. При этом отмечено снижение индекса субъективного комфорта (ИСК), повышение ситуативной тревожности (СТ) и преобладание негативных и тревожно-депрессивных эмоций. Стили народной, духовной и классической музыки обладали «успокаивающим» эффектом, они оказывали положительное влияние на кору

головного мозга, вызывали торможение в ЦНС, позитивное влияние на системы органов и повышение субъективного уровня комфорта, снижение тревожности и преобладание, в основном, позитивных эмоций.

Причем выявлена как отрицательная, так и положительная динамика. Среди психофизиологических показателей отмечены изменения в эмоциональном состоянии (ЭС), физическом состоянии (ФС), функциональном состоянии организма (ФСО), соотношении симпатической и парасимпатической системы (С/ПС), функциональном дисбалансе (ФД).

При этом отмечено неоднозначное изменение активности тонуса вегетативной нервной системы: возбуждение в ЦНС было связано с повышением тонуса симпатической нервной системы, а торможение – с тонусом парасимпатической. Изменение корковой активности можно объяснить неспецифическим влиянием восходящей ретикулярной системы стволовых образований, которая играет решающую роль в активации коры головного мозга. Характер возникающих позитивных и негативных эмоций и субъективного комфорта при прослушивании того или иного ритма определялся активацией височных отделов коры и структур лимбической системы мозга.

**Вывод.** Выявленное влияние музыки на физиологические системы и психическое состояние человека можно использовать с целью коррекционного и лечебного воздействия при психических расстройствах и соматических заболеваниях. Однако, ввиду выявленного разностороннего влияния музыкальных произведений на функциональное состояние и эмоциональные показатели человека, необходим тщательный и индивидуальный подбор мелодий конкретному больному. Данная задача стоит перед новым направлением психотерапии – музыкотерапией.

#### Список литературы:

1. Лакин В.В. Метод электропунктурной диагностики Накатани и компьютерного комплекса «Диакомс». Учебно-методическое пособие. – М., РГМУ, 2003.
2. Практикум по инженерной психологии и эргономике: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Ю.К.Стрелкова. – М., 2003, с. 86 – 103.

3. Савватеева А., Меньщикова Е., Рубанова Д. Влияние музыкальных ритмов на активность структур головного мозга // Тезисы 58 итоговой студенческой научной конференции МГМСУ. – М., 2010, с. 102–103.
4. Тырановец С.В., Пацевич Ю.Л. Сравнительная характеристика методов исследования биологически активных точек (БАТ) и функционального состояния организма // XI международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН – М., 2010, с. 201.

### **МЕТОД РУССКОГО КАТАРСИСА КАК ВАРИАНТ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ**

Фанталова Е.Б., кандидат психологических наук, доцент

Московский Городской Психолого-Педагогический Университет, кафедра  
нейро- и патопсихологии, кафедра общей психологии, Москва

[elenafantal@yandex.ru](mailto:elenafantal@yandex.ru)

При известной распространенности в сегодняшнем социуме функционирования различных видов психологической помощи населению, последняя, в отдельных случаях, все чаще и острее требует своей корректировки. Чтобы ожидать впоследствии позитивный, адекватный отклик на проведенную психотерапию, необходимо учитывать менталитет человека, базовые ценности, лежащие в основе его культуры, этнопсихологический статус. Модная и широко распространенная в наши дни психотехнизация в психотерапии не всегда способна, а часто и просто не может раскрыть внутреннюю, культурно обусловленную причинность той или иной психологической проблемы, уходящей часто в глубины «разрыва» двух «Я» - поверхностного, наличного, и глубинного, духовного. Это во многом происходит потому, что, как уже подтвердили отдельные эмпирические исследования в области русского этического персонализма, проведенные А.Ф.Бондаренко (контент-анализ текстов русской святоотеческой богословской и философской литературы), человеку русской культуры в процессе психотерапии будет чужда индивидуально-коммерциализованная логика, практицизм, а присущи, напротив, созерцательность, обретение любви к ближним, выполнение ощущаемого Свыше долга, то есть своего долга перед Богом, долга, объясняющего свое человеческое назначение в этой земной и конечной жизни [1].

В связи со сказанным выше следует отметить, что русский катарсис – это социокультурное явление, присущее русской ментальности [2]. Он сам является готовой духовно-практической формой психологической помощи, которую можно интегрировать в практику на определенных условиях. Каковы же эти условия?

*Первое.* Встреча рассказчика и собеседника. Для рассказчика необходим духовно близкий собеседник, способный отразить и отрезонировать его катартический монолог, понять и прочувствовать всю его фабулу, весь душевный пафос. Личность собеседника является, безусловно, определяющей ситуацию в том плане, сможет ли вообще состояться такой монолог-катарсис рассказчика или нет.

*Второе.* Чтобы первое состоялось, необходима внутренняя готовность рассказчика, чтобы открыться и довериться собеседнику. Рассказчик должен для этого внутренне созреть. И, наконец, *третье.* Это наличие для монолога-катарсиса подходящей ситуации, подходящей обстановки. Нужна располагающая к исповеданию атмосфера, хотя иногда может быть достаточно просто отсутствия резких внешних помех.

Все эти три фактора, взятые вместе, “в сплаве” являются как бы индикатором и одновременно условием для возможного катарсиса. *Очень важно отметить, что никаких денег в этой ситуации быть не должно!* Но это вовсе не потому, что их нет, их мало или вообще с ними проблемы. Проблема здесь гораздо тоньше. Просто желание углубленного раскрытия, связанного с потаенностью души, умрет тут же, как только обретет рамки «купли-продажи» и становится объектом отдачи за деньги. *Условие раскрытия потаенности – это бескорыстность принятия.* Ведь всякому верующему, да и не только верующему человеку понятно, что купить можно все, кроме души. И чья бы она ни была, она не продается. Как только рассказчик начинает понимать, что, если его и согласны выслушать, то *только за деньги*, желание углубленного исповедания в русском катарсисе умирает, потому что “наложены оковы” на эту исповедь, а это уже *«не то»*. Главное, что само по себе позволяет осуществиться русскому катарсису (и одного этого момента иногда может быть и достаточно), – это ощущение рассказчика, что он не безразличен собеседнику. Не всегда, может быть, интересен, но не безразличен. Замечено, что в русской ментальности достаточно длительный катарсис между людьми возникает спонтанно. Яркий литературный пример возникновения русского катарсиса представлен в рассказе Л.Н.Тостого «Крейцера соната», где главный



герой Позднышев посвящает ехавшего с ним в поезде собеседника в историю убийства своей жены из-за ревности.

Для каждого желающего обратиться к психологу с просьбой о катарсисе в специально организованных некоммерческих условиях можно предположить примерно такой текст обращения: *« Я хотел(а) бы к тебе (Вам) обратиться. Мне надо кое-что рассказать о себе... Я бы хотел(а), чтобы именно ты (Вы) меня выслушал(а) (-ли)...»*

А дальше требуется только согласие выбранного собеседника (им может быть как профессиональный психолог, так и не-психолог, но личностно и эмпатически ориентированный на исповедь рассказчика человек), его готовность быть посвященным в чью-то тайну, чтобы, выслушав , оставить ее потом при себе. Обращение со стороны психолога может быть примерно следующим: *«Ты можешь (Вы можете) мне рассказать о наболевшем, если захочешь (захотите). У меня найдется для тебя (Вас) время. Я обязательно тебя (Вас) выслушаю. Я думаю, тебе (Вам) это поможет».*

## **Литература**

1. Бондаренко А.Ф., Кондратюк Н.С. Русская традиция в психотерапии: в поисках идентичности // Журнал «Психотерапия». 2008. - №6. - С.7-16.
2. Фанталова Е.Б. Русский катарсис: культурно-исторический феномен в аспекте психологической помощи // Журнал «Психотерапия», 2011. - №5 (101). – С.39 - 51.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА**

*Ходжаев А.В., ассистент*

*кафедра психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, г. Минск*

Патологический прелиминарный период является одним из видов аномалии родовой деятельности. Одной из причин патологического течения прелиминарного периода является нервный стресс. У беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом вдвое чаще отмечаются тревожные и депрессивные

расстройства по сравнению с беременными с физиологическим прелиминарным периодом.

По данным разных источников, частота аномалий родовой деятельности после перенесенного патологического прелиминарного периода, составляет от 12 до 60%. Таким образом, не вызывает сомнения тот факт, что патологический прелиминарный период требует всестороннего сопровождения беременной, в том числе с привлечением специалистов для коррекции психологических проблем. Использование психотерапии и методов психологической коррекции в акушерстве и гинекологии обусловлен также ограничениями фармакотерапии.

Целью исследования явилось определение психологических феноменов у беременных женщин с патологическим и физиологическим течением прелиминарного периода.

Для этого мы изучали феноменологию эмоциональных психологических расстройств у беременных женщин с патологическим и физиологическим прелиминарным периодом, проводили сравнительную оценку между группами и, исходя из полученных данных, обосновывали рекомендации для проведения психотерапевтической коррекции.

**Материал и методы.** Изучены 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью и сроком гестации 38-42 недели.

В основную группу (ОГ) были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Контрольную группу составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Для диагностики спектра психических расстройств у беременных женщин проводилось клиническое интервью, основанное на критериях МКБ-10. Заполнение анкеты, которая включала в себя структурированное интервью, шкалу депрессии Бека, шкалу тревоги Шихана.

**Результаты исследования.** Среднее значение по шкале тревоги Шихана в основной группе составило  $23,4 \pm 2,05$  балла, что соответствует среднему уровню тревоги, в контроле –  $13,8 \pm 1,76$  балла, что соответствует отсутствию тревоги ( $p < 0,05$ ). Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана

Баллы по шкале Шихана	Основная группа		Контроль	
	n	%	n	%
0-19 баллов	17	25,37	35	83,3
20-29 баллов	33	49,26	7	16,7
30 и более баллов	17	25,37	-	-

Среднее значение по шкале депрессии Бека в основной группе составило  $16,52 \pm 0,68$  балла, что соответствует умеренной депрессии, в контрольной группе –  $7,19 \pm 1,16$  балла, что соответствует отсутствию депрессии. Достоверно выше уровень депрессии был в основной группе ( $p < 0,05$ ). Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека

Баллы по шкале Бека	Основная группа		Контроль	
	n	%	n	%
0-9 баллов	1	1,49	37	88,1
10-15 баллов	25	37,32	2	4,8
16-19 баллов	35	52,24	3	7,1
20 и более баллов	6	8,95	-	-

При проведении клинического интервью достоверно чаще сниженное настроение у беременных женщин диагностировалось в основной группе – 40 (59,7%) случаев по сравнению с контрольной группой – 6 (14,3%) ( $p < 0,05$ ). В подгруппе 1А и 1Б сниженное настроение у беременных выявлено 21 (67,7%) и 19 (52,8%) случаев соответственно, достоверных различий не было ( $p > 0,05$ ).

#### **Выводы:**

1. У беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется достоверно более высокий уровень тревоги и депрессии;
2. Уровень тревоги пациенток основной группы соответствует среднему и высокому уровню по шкале тревоги Шихана;
3. Уровень депрессии пациенток основной группы соответствует умеренной и тяжелой депрессии по шкале депрессии Бека;
4. Повышенный уровень тревоги и депрессии у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом указывают на необходимость проведения психотерапевтической коррекции накануне родоразрешения, тем более что назначение медикаментозных препаратов во время беременности ограничено ввиду их нежелательного влияния на плод.

#### Литература.

1. Абрамченко, В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 320 с.
2. Архангельский, А.Е. Патология нервной системы и беременность: Автореф. дис. докт. мед. наук/ВМА, ин-т акушерства и гинекологии им. Д.О. Отто РАМН. – СПб, 1999. – 36 с.
3. Полстяная, Г.Н. Течение беременности и родов при неврозах: Дис. канд. мед. наук /Красноярск, 1989. – 142 с.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Худяков А.В., доктор медицинских наук, профессор*

*Баклушин А.Е., доктор медицинских наук, профессор*

*Кулигин И.В., кандидат медицинских наук, доцент*

*Смирнова О.Ю., кандидат медицинских наук, доцент*

*Жариков Д.А., врач, Молева Н.В., врач*

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново*

*app@ivanovo.ru*

Проблема эмоционального выгорания у работников разных отраслей в последние годы привлекает все большее внимание исследователей.

Нами было проведено анонимное анкетирование 37 преподавателей факультета ДПО Ивановской государственной медицинской академии. Опрошенным предлагалась специально разработанная анкета и тест эмоционального выгорания по В.В.Бойко. Для повышения уровня анонимности в анкетах не указывался пол. Главной составляющей анкеты была оценка следующих социально-психологических факторов: материальной обеспеченности, домашних бытовых условий, дружеского общения в коллективе, отношений с обучаемым контингентом, взаимоотношений с коллегами, взаимоотношения с непосредственным начальством, карьерного роста, самореализации, признания заслуг, комфортности рабочего места, уверенности в завтрашнем дне, организационно-распорядительной работы. Предлагалось оценить реальную и желаемую степень удовлетворенности исходя из 10 баллов, где 0 баллов означал полную неудовлетворенность, а 10 баллов – полную удовлетворенность. В дальнейшем при обработке анкет для упрощения оценки нами были введены следующие критерии: 0-4 балла – низкий уровень удовлетворенности, 5-7 – средний уровень, 8-10 – высокий уровень.

Почти половина анкетированных преподавателей (44%) была в возрасте 50 лет и старше, 30% - в возрасте 40-49 лет и 22% – до 40 лет, из них только один человек был моложе 30 лет. Свой субъективный психологический возраст как «молодой» оценили соответственно 22 % обследованных, 51 % – как «средний», 27 % – как «предпенсионный». Медицинский стаж свыше 20 лет был у 65 % преподавателей, из них свыше 30 лет – у 30 %. Молодых преподавателей с медицинским стажем до 5

лет было 11 %. Соответственно, педагогический стаж до 5 лет был у 14 %, от 10 до 19 лет – у 46 %, более 20 лет - у 38% обследованных.

Почти все преподаватели имели ученую степень, около 1/3 из них были докторами наук, 2/3 – кандидатами.

Изучение потребностей респондентов показало, что во всех случаях имелось расхождение между реальной и желаемой удовлетворенностью потребности (практически все хотели иметь высокую степень удовлетворенности). Особенно резко это несоответствие проявилось в оценке материальной обеспеченности. Реальная удовлетворенность у 54% опрошенных была средней, у 32 % – низкой и только у 14 % – высокой. Также существенное расхождение выявилось при оценке уверенности в завтрашнем дне: она была оценена как низкая 30% опрошенных, средняя – 43%, а высокая – 27%. Удовлетворенность домашними бытовыми условиями ровно делилась между высокой и средней степенями (по 46%), лишь 8% указали на низкий уровень. Дружеское общение в коллективе у 92% опрошенных было реализовано на высоком и среднем уровне и только у 8% - на низком. Все респонденты положительно оценили удовлетворенность взаимоотношениями с обучаемым контингентом (высокая степень – 76%, средняя – 24%). Также высоко были оценены отношения с непосредственным начальством (высокая степень – 84%, средняя – 16%). Несколько ниже были показатели удовлетворенности взаимоотношениями с коллегами (высокий уровень – 78%, средний уровень – 22%). Реальный карьерный рост 14% преподавателей оценили на низком уровне удовлетворенности, 35% – на среднем, 51% – на высоком. Удовлетворенность самореализацией оценили на высоком уровне 41% респондентов, на среднем – 51%, на низком – 8%. Признание заслуг было оценено на низком уровне 11% опрошенных, 30% – на среднем, 59% – на высоком. Комфортность рабочего места была оценена на низком уровне 16% опрошенных, 51% – на среднем уровне и 32% – на высоком. Организационно-распорядительной работой оказались не удовлетворены 30% опрошенных, оценили ее на среднем уровне 20%, на высоком уровне – 50% опрошенных.

При оценке вида деятельности, доставляющей наибольшее удовлетворение в работе были получены следующие данные. Педагогическая деятельность доставляла наибольшее удовлетворение 41% опрошенных, лечебная – 26%, научная – 18%,

методическая деятельность – 12%, административная и организационно-распорядительная – по 3%. Наименьшее удовлетворение приносила организационно-распорядительная деятельность – у 40% опрошенных, методическая – у 30%, научная – у 20%, лечебная – лишь у 10% опрошенных.

Готовность оставить или сменить работу при условии полного удовлетворения материальных потребностей высказали 14% опрошенных, «скорее да» – 31%, «скорее нет» – 29% и твердо заявили «нет» 26% опрошенных.

Анализ результатов теста на выявление синдрома эмоционального выгорания показал следующие результаты. Фаза напряжения синдрома эмоционального выгорания была отмечена у 30% респондентов (формирующийся синдром у 22%, сформированный – у 8%), фаза резистенции отмечена у 76% (формирующийся синдром у 46%, сформированный – у 30%), фаза истощения – у 33% (формирующийся синдром у 19% и сформированный – у 14%). В каждой фазе были определены наиболее важные симптомы.

**В фазе напряжения** неудовлетворенность собой находилась в стадии формирования или сформировалась у 35 % опрошенных. Тревога и депрессия как сформированный доминирующий симптом отмечен у 41 % опрошенных. Симптом загнанности в клетку находился в стадии формирования или был сформирован у 17 % опрошенных.

**В фазе резистенции** у 76 % опрошенных выявлялось сформированное доминирующее неадекватное избирательное реагирование, а у 58% отмечалась эмоционально-нравственная дезориентация. Указали на расширение сферы экономии эмоций 54% опрошенных. Редукция профессиональных обязанностей как формирующийся симптом отмечена у 40 % опрошенных.

**В фазе истощения** у 35% опрошенных был выявлен сформированный доминирующий симптом эмоционального дефицита, формирующийся симптом отмечен у 65% опрошенных. У 43% респондентов был зарегистрирован симптом эмоциональной отстраненности. Симптом личной отстраненности был отмечен у 37 %. Проявления психосоматических и психовегетативных нарушений определили у себя 30 %.

Таким образом, опрошенный коллектив преподавателей характеризовался высоким уровнем профессиональной зрелости и достаточно высоким уровнем притязаний к социально-психологическим характеристикам жизни. Наибольшее расхождение по показателям желаемой и реальной удовлетворенности отмечалось для следующих характеристик (перечислены в порядке убывания степени расхождения): материальная обеспеченность, уверенность в завтрашнем дне, содержание организационно-распорядительной работы, комфортность рабочего места, карьерный рост и признание заслуг. Перечисленные характеристики находятся в зависимости как от микросоциальных, так и от макросоциальных условий и не могут быть решены только усилиями самого индивида или коллектива. В то же время в наибольшей степени соответствия потребностям находятся такие психологические характеристики как взаимоотношения с обучаемым контингентом, коллегами и непосредственным начальством. Вызывает беспокойство высокая степень неудовлетворенности коллектива содержанием организационно-распорядительной работы и низкая степень удовлетворенности научной работой, которую значительно опережает не только преподавательская, но и лечебная деятельность. Особую озабоченность вызывает регистрация у большинства респондентов симптомов эмоционального выгорания и особенно высокая частота таких симптомов как доминирующее неадекватное избирательное реагирование и эмоционально-нравственная дезориентация, а также наличие тревоги, депрессии и психосоматических симптомов.

Сложившаяся ситуация требует принятия мер прежде всего на макросоциальном уровне, но необходимо также проведение работы и внутри коллектива с целью повышения уровня профессиональной удовлетворенности.

## **РОЛЬ КООПЕРАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.**

*Швалева Е.В., студентка 4 курса Института психологии им.Выготского  
Российский Государственный Гуманитарный Университет, Москва  
eshvaleva@inbox.ru*

*Проблема исследования*

Все знают о том, что базовыми симптомами при шизофрении являются дефицит мышления, дефицит общения, а так же трудности в общении (Блейхер, 2002; Сидоров, Парняков, 2001; Поляков, 1998).

Однако в целом в литературе нет точного указания на то, что из этих нарушений является вторичным, а что первичным. Является ли дефицит мышления и эмоций первичным, и вызывающим проблемы с общением? Или же наоборот: дефицит общения обуславливает специфические проблемы в сфере мышления и эмоций?

Считается, что у больных шизофренией снижена социальная направленность и социальная регуляция (Поляков, 1998). Некоторые авторы утверждают, что именно дефицит потребности в общении определяет снижение активности в установлении эмоциональных контактов. Этим, по мнению Полякова, обусловлено снижение инициативного, спонтанного общения у больных шизофренией, столь необходимого как для установления, так и регуляции неформальных личностных контактов, межличностных взаимосвязей, в том числе и семейных отношений. Так, например, Поляков (Поляков, 1991, стр. 210) пишет: «Дефицит потребности в общении, снижение его активности значительно затрудняет развитие других сторон психики, необходимых для общения, социально-перцептивных способностей».

В целом, в литературе довольно много обобщений и исследований в области дефицита общения, однако практически нет указаний на то, какие именно особенности общения оказываются нарушенными.

Такие особенности как нарушения мышления, эмоциональной сферы, речи и общения, а так же специфичность нарушений общения, (которые не сводимы к психогенным или речевым трудностям), приводили нас к тому, что источники нарушения общения необходимо искать в структуре так называемого кооперативного мышления (Томазелло, 2008). Под этим понятием М.Томазелло подразумевает особую способность человека создавать при коммуникации опыт, разделенный с партнерами по общению. Такая способность не совпадает напрямую ни с мотивационно-самооценочными особенностями общения, ни с собственно навыками его организации, ни речью как таковой, и в то же время, является как бы базовой структурой для всего перечисленного. Это и дает нам основание полагать, что специфичные для шизофрении трудности в общении лежат именно в области кооперативного мышления.



Исходя из его предложенных элементов, мы выделили структуру кооперативного мышления: совместное внимание, совместный прошлый опыт, понимание коммуникативного намерения, интерпретация событий с точки зрения участников событий. Совместное внимание – когда коммуникант пытается направить на что-то внимание реципиента, а реципиент пытается придать своему вниманию соответствующее направление и понять, чего хочет коммуникант.

Совместный прошлый опыт – необходим для того, чтобы понимать намерение коммуниканта, иначе коммуникация не произойдет. Не знакомые люди никогда не поймут друг друга, если будут указывать на незнакомый друг другу предмет. Например, Томазелло приводит пример, что двое знакомых сидят в парке, и девушка в испуге показывает на проезжавшего велосипедиста. Благодаря совместному прошлому опыту реципиент без слов понимает, что это бывший муж девушки, и она не хочет с ним пересечься. Не будь бы у них совместного контекста и прошлого опыта, они бы друг друга не поняли.

Понимание коммуникативного намерения – здесь он говорит о таком случае, без которого реципиент бы не понял о том, что коммуникант хочет что-то сообщить. Томазелло: «он должен был бы понять о том, что я хочу, чтобы он знал, что я хочу ему что-то сообщить» (Томазелло, 2008, стр.30)

Интерпретация событий с точки зрения участника событий – под этим названием Томазелло предполагает, что для успешной коммуникации или совместной деятельности, необходима интерпретация с точки зрения участника, чтобы реципиент смог понять, о чем идет речь, чтобы коммуникация как бы была не сама с собой, а направлена на другого человека.

Томазелло свою теорию применяет на развитие психически здоровых людей. В нашей работе, мы хотели сравнить особенности кооперативного мышления у людей, больных шизофренией, с кооперативным мышлением психически здоровых людей, выделяя вышеперечисленные компоненты: совместное внимание, совместный прошлый опыт, понимание коммуникативного намерения, интерпретация событий с точки зрения участников событий.

Метод:

*Участники*

В исследовании принимали участие 25 испытуемых с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения и шизоаффективный синдром) и 25 психически здоровых испытуемых. Среди испытуемых с расстройствами шизофренического типа было 11 мужчин и 14 женщин, возраст от 23 до 61 (средний возраст 42,5). Среди психически здоровых испытуемых было 12 мужчин и 13 женщин, возраст от 21 до 44 (средний возраст 32). Все испытуемые с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения и шизоаффективный синдром) были пациентами психиатрической больницы №1 им. Алексеева (Москва). Психически здоровые испытуемые являются сотрудниками московских коммерческих торговых организаций и студентами непсихологических факультетов московских вузов.

#### *Диагностический материал*

Для диагностики интерпретации событий с точки зрения намерений участников, было необходимо предложить методику, в которой испытуемый должен был бы атрибутировать целенаправленное поведение в условиях предельно минимизированных внешних подсказок, так как в противном случае его атрибуцию можно было бы объяснить простыми ассоциациями. Поэтому мы использовали методику, которую предлагали зарубежные ученые: Kuhlmeier, Wynn, Bloom (2003). Принцип заключался в том, что испытуемому предлагается мультфильм, в котором в качестве героев действуют простые геометрические фигуры, лишённые каких-либо признаков живого (движущихся конечностей, глаз, рта), кроме самопроизвольного движения. Испытуемый, при ответе на вопросы по мультфильму может отнести к нему как к демонстрирующему поведение живых существ, с целенаправленным поведением и предпочтениями, либо как к набору физических событий, не задействующих цели и предпочтения.

Для диагностики удержания совместного внимания, было необходимо предложить методику, в которой от испытуемого требовалось бы участие в совместной деятельности, достаточно простой по структуре, чтобы мы могли быть уверены в том, что помехой для участия в ней не станет дефицит мышления при шизофрении. В связи с этим была разработана серия рисуночных заданий, в которых партнер предлагает испытуемому помочь ему выбрать элемент для продолжения наглядной конструктивной деятельности. В данном случае мы предлагали

испытуемым достроить с нами башню, выбрав при этом один из двух предлагаемых ему предметов.

Для диагностики удержания совместного прошлого опыта, необходимо было разработать методику, в которой испытуемый должен был сформировать свой прошлый опыт на основе совместной деятельности с партнером. И здесь мы взяли предыдущую методику на удержания совместного внимания, но здесь мы не давали испытуемому уже наглядный образец деятельности, испытуемый должен будет опираться на сформированный совместный опыт.

Для диагностики понимания коммуникативного намерения, нам необходимо было создать методику, в которой мы могли бы увидеть понимание испытуемым желания экспериментатора сообщить ему определенную информацию. Здесь мы использовали методику предложенную Diesendruck, которая была проведена в рамках исследования феномена mutual exclusivity (феномен взаимного исключения) (Diesendruck, 2004). Авторы сообщают ребенку новую информацию для одного предмета. Затем ему дается еще одно какое-то новое название и ребенка просят соотнести это название с предметом. И здесь оказывается, что они обычно выбирают именно те объекты, о которых ранее не отмечалось экспериментатором, то есть ребенок выбирает второй предмет, которому не дали название. И этот феномен они назвали mutual exclusivity (Markman, 1989). Таким образом, получается, что партнер экспериментатора в этой методике должен по умолчанию рассматривать слова экспериментатора как спровоцированные намерением сообщить название объекта и отличить тем самым его от другого нового объекта. Все это и является для нас подходящими условиями для проверки нашего предположения.

### *Результаты*

Результаты показали, что между группами есть различия в интерпретации событий с точки зрения участников событий ( $X^2 = 14,6$ ), а так же в удержании совместного опыта ( $X^2 = 15,7$ ). Испытуемые без диагноза значительно лучше выполняют задание на интерпретацию событий с точки зрения участников событий, чем испытуемые с расстройствами шизофренического спектра. Психически здоровые испытуемые значительно лучше выполняют задания на удержание совместного прошлого опыта, чем испытуемые с расстройствами шизофренического спектра

Нет различий между группами по показателям: успешности выполнения задания на удержание совместного внимания, а так же по пониманию коммуникативного намерения партнера. То есть, испытуемые с расстройствами шизофренического спектра и психически здоровые испытуемые, одинаково успешно выполняют задания на понимание коммуникативного намерения партнера и на удержание совместного внимания.

Помимо показателей: интерпретация событий с точки зрения участников событий, удержание совместного прошлого опыта, удержание совместного внимания, понимание коммуникативного намерения партнера. Для каждого из показателя мы фиксировали обоснование выбора, которое испытуемый давал в ответ на вопрос «Почему вы выбрали этот вариант?». Мы фиксировали обоснование, как качественный показатель и нас интересовало, в какой мере испытуемый будет апеллировать к намерениям участников при объяснении своего выбора.

#### *Обсуждение результатов*

Исходя из анализа полученных данных, гипотеза о том, что испытуемые с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения и шизоаффективный синдром) будут значимо реже выполнять задания по интерпретации событий с точки зрения намерений участников, удержанию совместного внимания, удержанию совместного прошлого опыта, пониманию коммуникативного намерения, подтвердилась частично.

Проанализировав результаты по показателям: удержания совместного внимания, формированию совместного прошлого опыта, интерпретации событий с точки зрения участников, а так же понимание коммуникативного намерения у людей, страдающих шизофренией, в сравнении с психически здоровыми, мы получили, что интерпретация событий с точки зрения намерения участников значимо реже выполняется больными людьми, чем здоровыми. Это дает нам возможность полагать, что специфический дефицит мышления при шизофрении связан с пониманием намерений участников окружающих событий. Большинство больных не могли понять «интенциональный» смысл происходящего в мультике, обращая внимание на физические составляющие («Квадрат, потому что мне нравится его цвет»), они видели просто движения («Треугольник и квадрат должны

приблизиться к кругу»); некоторые больные делали свой выбор, основываясь на жизненных ситуациях («Меня бросил муж, хочу, чтобы семья воссоединилась»); некоторые больные делали свой выбор, руководствуясь ассоциациями («Треугольник, потому что он похож на медицинскую змею»).

Задание на удержание совместного прошлого опыта также значимо реже выполняется больными людьми, чем здоровыми. Складывается впечатление, что при шизофрении человеку трудно удерживать сам факт совместной деятельности, возможно, он не представляется чем-то значимым, ценным, тем, что помогает организовывать дальнейшую активность. Поэтому очень часто встречались такие ответы больных как: «Переодевается», «Он моется», «Потому что он вот это потерял»

Между испытуемыми, страдающими шизофренией, и психически здоровыми людьми нет достоверных различий в выполнении заданий на удержание совместного внимания и понимание коммуникативного намерения. По нашему мнению, это объясняется тем, что для больных шизофренией сложность, в первую очередь, представляют собой задания, в которых для интерпретации намерений участников и организации совместной деятельности нет наглядных опор: в мультфильмах не было видимых признаков живого, кроме последовательности событий, а в изображениях с выглядывающим из-за стены персонажем не было начатой башни. Все это позволяет подозревать прежде всего трудности с представлением намерений другого человека, удержанием их в сознании.

Иными словами, мы полагаем, что это говорит о том, что при шизофрении в первую очередь нарушается возможность выстраивать коммуникацию без опоры на непосредственно воспринимаемые коммуникативные сигналы.

### *Заключение*

В работе была поставлена проблема, которая заключалась в том, что первичным для шизофрении считается дефицит мышления и эмоций. Но есть множество указаний на то, что этот первичный дефицит спровоцирован проблемами с общением у этих больных. Однако в литературе практически нет четких указаний на то, какие именно особенности общения оказываются нарушенными. Судя по

всему, эти нарушения отличимы от трудностей общения психологического генеза, а также от речевых трудностей. Наряду со связью коммуникативных трудностей с нарушениями мышления при шизофрении, эти различия привели нас к мысли о том, что источники специфического для шизофрении характера нарушения общения необходимо искать в структуре так называемого кооперативного мышления.

Исходя из этого, проверялась гипотеза о том, что у больных шизофренией, в отличие от психически здоровых людей, нарушены такие особенности кооперативного мышления, как удержание совместного внимания, понимание коммуникативного намерения, интерпретация событий с точки зрения намерений участников.

Анализ результатов показал, что наша гипотеза подтверждается частично. Что задания на интерпретацию событий и на усвоение совместного прошлого опыта выполняются намного хуже, чем психически здоровыми людьми. Достоверных отличий в выполнении заданий на коммуникативное намерение, а так же на совместное внимания не было обнаружено.

В будущем мы планируем проверить свои предположения по интерпретации наших результатов: о том, объясняются ли они возможностями удерживать представление о намерениях другого без внешних подсказок, или же возможностями приписывания намерений персонажам в символической реальности.

#### *Литература*

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М: «Репринт», 1993
2. Поляков Ю.Ф. Патология и творчество. М: «Издательство МГУ», 1998
3. Поляков Ю.Ф. Нарушение общения и социальной регуляции поведения. Диссоциация психического развития. М: «Издательство МГУ», 1998
4. Снежневский А.В. Общая психопатология. М: «МЕДпресс-информ», 2010
5. Поляков Ю.Ф. Нарушение общения и социальной регуляции поведения. Диссоциация психического развития. М: «Издательство МГУ», 1998
6. Интернет-ресурсы <http://your-psihologija.ru/rasstrojjstva-rechi/17-rasstrojjstva-rechi-pisma-gnozisa-i-praksisa.html>
7. Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М: «Издательство МГУ», 1998

8. Поляков Ю.Ф. Нарушение общения как проявление аутизма. М: «Издательство МГУ», 1998
9. Каменсков М.Ю. Нарушение когнитивных функций у подростков, страдающих шизофренией. 2009, интернет ресурсы <http://psihiatriya.ucoz.ru/publ/1-1->
10. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М: Издание 2, 2001
11. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. «Москва-Воронеж», 2002
12. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Медицинская книга; М.; 2007
13. Фрумкин К. Учебный атлас психиатрии. Киев Госмедиздат, 1962
14. Завилянский И.Я. Психиатрический диагноз. М: «Вища Школа», 1979
15. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. Медицина, 1988
16. Diesendruck G. The Principles of Conventionality and Contrast in Word Learning: An Empirical Examination. *Developmental Psychology*, 2005, Vol. 41, No. 3, 451–463
17. Kenneth R. Huntley and Patrick M. Mutual Exclusivity and Exclusion: Converging Evidence From Two Contrasting Traditions. *University of Nevada, Reno*, 1993, 11, 63-76

**К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕГРАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ  
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ  
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Яковлева Н.В., кандидат психологических наук, доцент  
Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова, Рязань*

*Факультет клинической психологии, кафедра общей психологии с курсом  
педагогике*

[yakovleva.nata2@gmail.com](mailto:yakovleva.nata2@gmail.com)

Государственный образовательный стандарт определяет клиническую психологию как *психологическую* специальность широкого профиля, имеющую межотраслевой характер и участвующую в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Практическая и научно-

исследовательская деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию [1].

Необходимость использования клинических баз для организации обучения, решающее значение в формировании профессиональной компетентности опыта взаимодействия в терапевтической бригаде определили данную специальность как медико-гуманитарную, а подготовку клинических психологов осуществляют медицинские вузы. С одной стороны для медицинского вуза психология не является абсолютно новым направлением подготовки. Ряд медицинских вузов России в течение десяти лет выпускали специалистов в области медицинской психологии. В медицинских вузах осуществляется подготовка менеджеров сестринского дела, в программу обучения которых включен существенный по объему и содержанию психолого-педагогический блок. Наконец, в самом медицинском образовании есть психолого-педагогическая компонента, представленная такими дисциплинами как «Психология и педагогика», «Медицинская психология», различными психологическими элективными и факультативными курсами общегуманитарной и узкопрофессиональной направленности. Но с другой стороны, такой экспансии классической психологии в образовательное пространство медицинского вуза еще не было. Различие технологий профессиональной подготовки медиков и гуманитариев порождает ряд проблем объективного характера.

Интегральной целеполагающей характеристикой образовательного пространства вуза принято считать модель специалиста. [3]. Взяв за основу модель формирования специалиста, разработанную Лебедевой и Доценко [2], мы попытались проанализировать различия в профессиональном становлении врача и клинического психолога в процессе вузовской подготовки на пяти уровнях:

- профессионально-образовательная среда;
- формирование профессионального поведения;
- развитие профессиональной учебной мотивации;
- становление профессиональной идентификации;
- формирование профессиональных эталонов и ценностей.

*1 уровень: профессионально-образовательная среда.* Этот уровень модели отвечает на вопрос: насколько образовательное пространство аутентично



профессиональной среде. Если врач может профессионально работать преимущественно в системе здравоохранения, чему органично соответствует образовательная среда медицинского вуза, то ориентация клинического психолога значительно шире: образование, социальная помощь населению, различные отрасли народного хозяйства. После завершения обучения для выпускника факультета клинической психологии возможно больше направлений реализации профессионального потенциала. Для организации факультетов клинической психологии необходимо расширение баз практики: привлечение педагогических экспериментальных площадок, учреждений социальной помощи населению, других предприятий и организаций.

В Рязанском государственном медицинском университете такими новыми базами практики являются учреждения дошкольного образования детский сад № 127 и 36 г. Рязани, общеобразовательные школы № 5, 17, 36; Рязанский областной дом ребенка, Психолого-медико-педагогическая комиссия при Городском управлении образования, детский дом творчества «Южный», детские общеоздоровительные и специализированные лагеря отдыха «Юность», «Солотча», «Смена», «Сатурн», городской приют для безпризорных и безнадзорных детей «Надежда» и др. Наши студенты ...

Широта возможной профессиональной реализации клинического психолога является тем фактором, который определяет специфические требования к содержанию и организации учебного курса «Введение в профессию» и первой ознакомительной учебной практики [4]. Это позволяет медицинскому вузу шире интегрироваться в социальную инфраструктуру города.

*2 уровень: профессиональное поведение.* На этом уровне решается вопрос о формировании профессиональных навыков и умений в процессе профессиональной подготовки. Сравнение содержания учебных планов показывает, что подготовка по обеим специальностям: лечебное дело и клиническая психология - достаточно четко делится на доклинический и клинический период. Первый - насыщен теоретическими дисциплинами. Во втором преобладают практикумы и супервизии. Другой вопрос - какие навыки, сформированные в образовательном процессе, будут востребованы в будущей деятельности клинического психолога, обучение которого проводилось в стенах медицинского университета.

Недостаток высококвалифицированных клинических психологов в медицинских вузах приводит к тому, что учебные планы подготовки психологов насыщаются

дисциплинами медицинской специализации. Клинические кафедры не могут изменить профиль содержания предметов и преподают студентам факультета клинической психологии пусть в сокращенном виде, но стандартные курсы. Для клинических психологов практическая ценность таких дисциплин не очень высока. В будущей деятельности они не смогут самостоятельно ставить диагноз, назначать лечение, выписывать лекарства и т.п. В процессе обучения у клинических психологов формируется некоторая избыточность практических медицинских умений и навыков, которые в дальнейшей деятельности будут не востребованы.

Нормативно определенная роль клинического психолога в лечебно-реабилитационном процессе – вспомогательная, экспертная. Он «по направлению врача проводит психодиагностические исследования и длящиеся диагностические наблюдения за пациентами, уделяя особое внимание лицам с факторами риска психических расстройств. Совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов, выполняет работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов. По направлению врача осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем» [8]. Но если клинический психолог будет работать во взаимодействии с врачом, почему на уровне образовательных технологий не отработать навыки этого взаимодействия? Формой такого обучения могли бы стать межфакультетские объединенные занятия в рамках обучения на клинических кафедрах и во время производственной практики, цель которых обучение многомерной диагностике состояния пациента, составление индивидуальных лечебных и реабилитационных программ.

*3 уровень – развитие профессиональной учебной мотивации* Исследование структуры профессиональной психологической компетентности специалиста, выполненное в русле авторской концепции [5, 7], показало, что в представлениях студентов о профессиональном поведении врача и клинического психолога есть существенные различия, влияющие на учебную мотивацию. Студенты - медики и студенты - клинические психологи по-разному оценивают значимость и востребованность отдельных психологических умений в своей будущей профессии. Если в начале обучения (1-2 курс) ядром модели компетентности студента лечебного

факультета являются способы организации познавательной активности, то у студента факультета клинической психологии – коммуникативные умения. На старших курсах картина меняется: будущие врачи считают центральным компонентом профессиональной психологической компетентности эффективную саморегуляцию, студенты факультета клинической психологии – организацию познавательной деятельности [6]. Студенты факультета клинической психологии, как гуманитарии, все годы подготовки занимаются научно-исследовательской работой в рамках курсовых и дипломных работ. На старших курсах они изучают ряд дисциплин общеметодологического плана, предъявляющие высокие требования к организации познавательной активности субъекта обучения.

Все это приводит к необходимости формирования нового подхода к профессиональной учебной мотивации в пространства медицинского вуза. Если традиционно при подготовке будущих врачей проводится последовательная и все усиливающаяся ориентация на практику, то при подготовке клинических психологов необходимо целенаправленно формировать мотивацию к научно-исследовательской деятельности. Важнейшей задачей организации учебного процесса в этих условиях становится организация самостоятельной научно-исследовательской работы студентов, совершенствование технологий руководства курсовыми и дипломными проектами, активизация работы научных кружков и т.п.

Первым шагом на этом пути для нас стали открытые защиты курсовых проектов студентов 3 и 4 курсов факультета клинической психологии. На защиты приглашаются студенты всех факультетов, преподаватели, специалисты практики в области клинической психологии и смежных наук. Все это, с одной стороны, значительно усложняет процедуру защиты курсовой работы, но с другой стороны, дает бесценный опыт публичных научных выступлений, повышает значимость собственной научно-исследовательской работы.

*4 уровень- формирование профессиональной идентификации.* Общая динамика профессиональной идентификации клинических психологов такова. Обучаясь в медицинском вузе, студенты - клинические психологи младших курсов изначально осознают себя как врачи, но врачи особого рода. Даже в сочиненном студентами гимне факультета есть слова: «Среди врачей других таких не будет, и помощь наша всем нужна...» В то же время, эта «особость» парадоксально, на первый взгляд, сочетается со сниженной профессиональной самооценкой студентов младших курсов факультета клинической психологии. Ощущение определенной

«второсортности» в сравнении себя со студентами лечебного факультета, сближает их со студентами медико-профилактического факультета, у которых есть подобные проблемы в профессиональном самосознании. И лишь на старших курсах у части клинических психологов пробуждается ощущение своей профессиональной уникальности.

Кардинальным решением проблемы является широкое внедрение клинико-психологической работы в практику здравоохранения. Если психологические службы и центры будут созданы не только в специализированных диспансерах, а станут необходимым звеном любого лечебно-диагностического процесса, то специфика взаимодействия врача и клинического психолога будет понятна и доступна изучению, а студенты факультета могут самоопределяться в профессиональных интересах еще в процессе обучения.

В определенном смысле снизит остроту проблемы профессиональной идентификации «просветительская» работа с преподавателями медицинских кафедр, популяризация результатов клинико-психологических исследований в медицинской среде. Совершенствование образовательных технологий, активизация теоретических и прикладных исследований модели специалиста в области клинической психологии, проведение педагогических конференций по особенностям подготовки клинических психологов на кафедрах медицинского профиля, проведение научно-практических конференций по организации взаимодействия в лечебно-реабилитационной бригаде лечебно-профилактического учреждения - все это необходимые условия интеграции подготовки клинических психологов в образовательной среде медицинского вуза.

Межрегиональная научно-практическая конференция «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия», организуемая факультетом является помимо прочего формой популяризации клинической психологии среди преподавателей медицинских дисциплин и практических врачей.

*5 уровень - становление профессиональных эталонов и ценностей.* Этот уровень отражает систему убеждений и ценностей, которые составляют смысловое ядро личности. С целью изучения ценностно-ориентационного аспекта становления профессионала нами было проведено исследование смысловой сферы личности студентов 4 курса трех групп: факультета клинической психологии, лечебного факультета, факультета психологии Рязанского государственного университета имени С. Есенина. Нам хотелось выяснить, что больше влияет на формирование

профессиональных ценностных ориентаций клинических психологов: «среда» медицинского вуза или психологическое «содержание» подготовки. Исследование показало, что в большей мере задает будущую профессиональную ориентацию жизненных планов студентов-психологов обучение в медицинском вузе. Клинические психологи значительно ориентированы на «результативность» взаимодействия с клиентом, нежели на « процесс общения и самореализации в этом процессе». Они, как и будущие врачи, четче и яснее, чем студенты классического университета, представляют свою будущую деятельность и осознают ценность профессионального обучения. При этом, студенты факультета клинической психологии сохраняют присущую всем психологам общегуманитарную направленность, ценят свободу личности и ее неповторимую уникальность. Образование в медицинском вузе как бы задает «каркас жесткости» гуманистическим эталонам профессиональной деятельности психологов. Ценностно-ориентационная близость будущих клинических психологов и врачей позитивно влияет на межфакультетское сотрудничество. Опыт студенческого общения, открытость, толерантность по отношению друг к другу будут способствовать, в свою очередь, эффективности дальнейшего профессионального взаимодействия.

В целом формирование специалистов- психологов в образовательной среде медицинского вуза - сложный и многогранный процесс, требующий больших организационных и методических усилий. Но конечная цель этого процесса позитивна во всех смыслах: сближение психологии и медицины открывает новые перспективы в организации помощи человеку в трудных жизненных ситуациях.

#### Литература.

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования Специальность 030401 Клиническая психология . М., 2010
2. Лебедева Л.В., Доценко Е.Л. Обоснование подготовки специалистов по психологии безопасности // Проблемы подготовки и востребованности психологов-профессионалов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Тюмень, 2006 .- С. 35-46.
3. Сластенин В.В. Общая педагогика. М., 2003.
4. Хитрова Н.В., Яковлева Н.В. Формирование основ профессиональной деятельности у студентов-психологов // Проблемы подготовки и

- востребованности психологов-профессионалов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Тюмень, 2006 .- С.198-202.
5. Яковлева Н.В. Формирование профессиональной психологической компетентности профессионала. Дисс. на соискание ученой степени кандидата психол. наук, Ярославль, 1994
  6. Яковлева Н.В. Формирование профессиональной психологической компетентности клинического психолога в процессе обучения в медицинском вузе // Проблемы развития личности. Сборник материалов научно-практической конференции, Рязань, 2006 С.234-239.
  7. Яковлева Н.В., Сибгатуллина О.Л. Становление врача в процессе обучения в медицинском вузе. Рязань, 2003.
  8. Денисова Т.Н. О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения. Методические рекомендации. М., 1996.

## **РОЛЬ ФАКТОРОВ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ГРУППОВОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Ялтонская А.В., аспирант*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО, Москва*

Y\_alex00@mail.ru

**Введение.** Когнитивно-поведенческая терапия (КБТ), как система психотерапевтических подходов для лечения разнообразных психических заболеваний успешно существует уже более 45 лет (Beck & Dozois, 2011). В настоящее время ее определяют как «наиболее быстро развивающуюся и хорошо исследованную форму психотерапии» (Prochaska & Norcross, 2010, стр. 332). Особенностью этого подхода является то, что в его основе лежит тщательно разработанная теоретическая база, которая была сформулирована на основе длительного наблюдения за большим числом пациентов и анализа их психопатологической симптоматики. Когнитивная теория тех или иных

психопатологических феноменов была не раз подвергнута оценке в научных исследованиях, в которых была подтверждена ее правомерность (Clark, Beck et al., 1999; Bieling & Kuiken, 2003). В свою очередь, несмотря на молодой возраст, когнитивно-поведенческая терапия получила широкое распространение и ее эффективность много раз подвергалась эмпирической проверке. На сегодняшний день в мире накоплены результаты сотен исследований, опубликованы многочисленные мета-анализы и систематические обзоры, подтверждающие эффективность этого метода для лечения аффективных расстройств, расстройств личности, различных видов зависимостей, а так же, согласно последним данным, и психотических расстройств (Beck & Weishaar, 2000). При этом КБТ может использоваться в лечебной практике как самостоятельно, так и в комбинации с медикаментозной терапией (DeRubeis et al., 1998; Chambless et al., 2001; Butler et al., 2006).

### **Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия: история вопроса.**

Традиционно когнитивно-поведенческий подход был разработан и применяется для индивидуальной работы с пациентами. Однако уже в оригинальном, классическом руководстве по лечению депрессии, разработанным основоположниками когнитивного подхода Beck, Rush, Shaw and Emry (1979), упоминается возможность использования КБТ в групповом формате. Причина тому крайне проста и актуальна в настоящее время: «За один и тот же промежуток времени при групповой форме работы может получить помощь большее число пациентов» (Hollon and Show, 1979, p. 328). Некоторые авторы указывают, что в отношении времени затраченном психотерапевтом, групповая КБТ на 50% более эффективна, чем индивидуальная форма работы (Morrison, 2001). Помимо прочего, применение групповых форм работы позволяет снизить финансовую нагрузку на систему здравоохранения, что особенно актуально для стран с единой/всеобщей системой здравоохранения, к которой относится и Россия (Scott & Stradling, 1990, Morrison, 2001). Во многих странах, в связи с ограниченным финансированием, применение групповой КБТ является единственным возможным вариантом обеспечения пациентов альтернативным фармакологическому подходу к лечению.

**Вклад факторов группового процесса в эффективность групповой когнитивно-поведенческой терапии.** Корни группового психотерапевтического движения уходят к психодинамической школе психотерапии, к формату

экспериментальных психодинамических групп, что казалось бы противоречит структурированному и директивному подходу когнитивно-поведенческой психотерапии. Действительно, в течение многих лет группы КБТ рассматривались в качестве так называемых «структурированных» групп, в которых основной фокус внимания лежит на содержательной составляющей и специфических терапевтических стратегиях, реализуемых в процессе сессий (Burlingame et al., 2004). Данный вид групп противопоставлялся группам, сфокусированным на процессах происходящих «здесь и сейчас» и межличностном взаимодействии как механизме изменений.

В 1985 году в журнале «Поведенческий терапевт / Behavioral Therapist» была опубликована статья Rose, Tolman & Tallant, в которой авторы подчеркивали, что для групповой КБТ групповые процессы играют существенную роль и значительно влияют на ее эффективность (Rose et al., 1985). В течение последних 6-10 лет также стали появляться работы, подчеркивающие значительный терапевтический эффект самого группового процесса и его важность для психотерапии (Burlingame, 2004). Например, такой феномен как «самораскрытие» своих негативных мыслей, страхов, интерпретаций событий и поведения людей, столь необходимый для эффективной когнитивной работы, возможен только в условиях значительного уровня групповой сплоченности и доверия. В исследованиях также было показано, что пациенты воспринимают групповые процессы как важный терапевтический опыт (Glass & Arnkoff, 2000). Кроме того, факторы группового процесса существенно влияют на динамику улучшения состояния членов терапевтической группы (Castonguay et al., 1998)

Группа американских исследователей групповой когнитивно-поведенческой психотерапии (Bieling, McCabe, Antony, 2006) в своем труде «Когнитивно-поведенческая психотерапия в группах» (Cognitive-Behavioral Therapy in Groups, The Guildford Press, 2006) приводит подробное описание того, как классические факторы группового процесса могут быть использованы для повышения эффективности групповой КБТ. Опираясь на терапевтические групповые факторы, выделенные Ирвином Яломом в книге «Групповая психотерапия: теория и практика», Bieling и соавторы демонстрируют их аналогичную актуальность и важность для групп КБТ. Приведем несколько примеров.



1) **Внушение надежды и сообщение информации** (Yalom, 1995). Как правило, проведение КБТ в группах, начинается с предоставления пациентам когнитивной модели психического расстройства, например, когнитивной модели депрессии. Особое внимание уделяется обнадеживающему пациентов факту, что с помощью психотерапии каждый из них обучится техникам, с помощью которых он сможет менять свое мышление на более адаптивное, что в свою очередь положительно повлияет на его эмоциональное состояние, и будет способствовать редукции симптомов депрессии. Кроме того, практически все существующие на сегодняшний день протоколы групповой КБТ включают в себя психобразовательный компонент, благодаря которому пациенты получают достоверную информацию о своем заболевании, особенностях его течения и способах лечения. Это способствует развеиванию существующих «мифов» о психическом расстройстве, снижению уровня само-стигматизации, формированию адекватной внутренней картины заболевания.

2) **Универсальность** (Yalom, 1995). Зачастую, факт объединения в группу пациентов с одинаковым психическим расстройством, позволяет участникам впервые осознать, что другие люди так же страдают этим заболеванием и испытывают схожую симптоматику. Для многих членов группы, возникает редкая возможность поделиться своими глубинными переживаниями, которые до этого они стеснялись высказывать, или встречали непонимание со стороны членов семьи или друзей. Кроме того, нередко уже после первого круга знакомства, участники испытывают удивление и чувство облегчения, от того, что люди самого разного пола, возраста, социального положения столкнулись с той же проблемой и обратились к идентичным способам лечения. Возникшее чувство сплоченности создает благоприятную атмосферу для применения когнитивных и поведенческих техник и способствует развитию взаимопомощи, поддержки, альтруизма между членами группы.

3) **Альтруизм** (Yalom, 1995). После того как члены группы освоили базовые когнитивные техники (мониторирование «автоматических мыслей», оценка доказательств «за» и «против» их истинности, поиск альтернативного адаптивного ответа на негативные автоматические мысли), они как правило охотно помогают другим членам группы в применении их. Задавая вопросы в ключе Сократического диалога другим участникам, члены группы приобретают навык задавать эти вопросы самому себе. Выслушивая разнообразные мнения членов группы по поводу одного

вопроса, участники учатся смотреть на ситуацию с разных точек зрения. Кроме того, благодаря активному вовлечению в работу, у членов группы возникает чувство «собственной значимости», способности «помогать», что способствует укреплению «Я»-концепции, повышению самооценки и улучшению психического состояния.

4) **Развитие социализирующих техник, имитационное поведение, интерперсональное влияние** (Yalom, 1995). Само по себе участие в группе представляет собой набор активизирующих поведенческих техник, предполагающих активное вовлечение в интерактивную работу группы. Кроме того, группа предоставляет уникальную возможность для отработки поведенческих навыков, как в ролевых играх, так и в реальном межличностном общении. Наблюдая за групповыми процессами и взаимодействуя с другими участниками, члены группы могут перенимать успешные стратегии поведения, совладания со стрессовыми ситуациями. Группа дает возможность получать в безопасной поддерживающей обстановке обратную связь в отношении той или иной формы поведения, или информацию, опровергающую или поддерживающую автоматические мысли и убеждения пациентов. Совместно с другими участниками и терапевтом, пациенты учатся выработать стратегии выхода из сложных жизненных ситуаций.

5) **Групповая сплоченность** (Yalom, 1995). Групповая сплоченность в группе, как возникающее чувство доверия и поддержки между участниками группы, является важным фактором, влияющим на эффективность групповой КБТ. В своем роде, групповая сплоченность в группе является аналогом терапевтического альянса между психотерапевтом и пациентом при индивидуальной работе. Для групповой КБТ, высокий уровень сплоченности является важным в связи с необходимостью в процессе работы высокого наличия высокого уровня самораскрытия участников, высокой потребности пациентов в эмпатии и принятии.

**Заключение.** В заключении хотелось бы подчеркнуть, что когнитивно-поведенческая психотерапия, являясь экономичным, структурированным методом с доказанной эффективностью для лечения и профилактики многих психических расстройств, должен активно внедряться в клиническую практику в целях повышения качества оказываемой помощи пациентам. Однако в современных условиях нередко именно использование групповых форм является стратегией выбора. При проведении групповой когнитивно-поведенческой психотерапии групповые процессы оказывают значительный терапевтический эффект, а так же способствуют обеспечению создания условий для эффективного применения когнитивных и

поведенческих технологий. Исследование групповых процессов при проведении групповой когнитивно-поведенческой психотерапии является достаточно новым и активно-развивающимся направлением.

#### **Список литературы:**

1. Beck AT, Dozois DJA. Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. //Annu. Rev. Med. - 2011. – V.62. -P.2.1–2.13
2. Beck AT, Weishaar ME. Cognitive therapy in Corsini RJ & Wedding D (Eds.), Current psychotherapies, 2000, (6<sup>th</sup> ed., pp 241-272). Itasca, IL: Peacock.
3. Beck AT. Cognitive Therapy of depression /Rush AJ, Shaw BF and Emry G.- 1979. New York: Guilford Press.
4. Bieling RE, McCabe RE, Antony MM, Cognitive behavioral therapy in groups, 2006 The Guilford Press, New York.
5. Burlingame GM, MacKeinz KR and Strauss B. Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert MJ, Bergin AE and Garfield SL (Eds), Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change, 2004, (5<sup>th</sup> ed. pp. 547-696). New York: Wiley.
6. Castonguay LG. The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they better. / Castonguay LG., Pincus AL, Agras WS, Hines CE et al. //Psychotherapy Research. -1998. -V.8. - P.225-238.
7. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression, 1999. New York: Wiley.
8. DeRubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. //J. Consult. Clin. Psychol. -1998. - V.66. -P.37–52.
9. Glass CR, Arnkoff DB. Consumers' perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. //Journal of Clinical Psychology. -2000.-V.56.-P. 1467-1480.
10. Hollon SD and Show BF. Group cognitive therapy for depressed patients in Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emry G (Eds.). Cognitive Therapy of depression (pp 328 - 353), 1979. New York: Guilford Press
11. Morrison AP. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? //Behavioral and Cognitive Psychotherapy. - 2001. –V.29. -P. 311-322.
12. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis, 2010. Belmont: Brooks/Cole.

13. Rose SD, Tolman R & Tallant S. Group process in cognitive-therapy. //Behavior Therapist. -1985. -V.8. -P.71-75.
14. Safran JD, Segal ZV. Interpersonal process in cognitive therapy, 1990. New York: Basic Books.
15. Scott MJ and Stradling SG. Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. //Behavioral psychotherapy. - 1990. - V.18. -P.1-19.
16. Yalom ID, The theory and practice of group therapy (4<sup>th</sup> ed), 1995. New York: Basic Books.